

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS

CICLO DE PALESTRAS

SAÚDE

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

BRASÍLIA
2010

CICLO DE PALESTRAS

SAÚDE

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS
MINISTRO SAMUEL PINHEIRO GUIMARÃES

Presidência da República
Secretaria de Assuntos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, Bl. O – 7º, 8º e 9º andares
70052-900 Brasília, DF
Telefone: (61) 3411.4617
Site: www.sae.gov.br

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS

CICLO DE PALESTRAS

SAÚDE

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

PALESTRA PROFERIDA EM 18/03/2010



BRASÍLIA, 2010

Degração:

Adrienne Moura

Gabriela Campos

Raul Oliveira

Projeto Gráfico:

Rafael W. Braga

Revisão:

Maria Cecília Costa Perez

Coordenação:

Walter Sotomayor

FICHA CATALOGRÁFICA

C568

Temporão, José Gomes

Ciclo de palestras: Saúde/José Gomes Temporão. Brasília:
Presidência da República, Secretaria de Assuntos Estratégicos - SAE,
2010.

52 p.

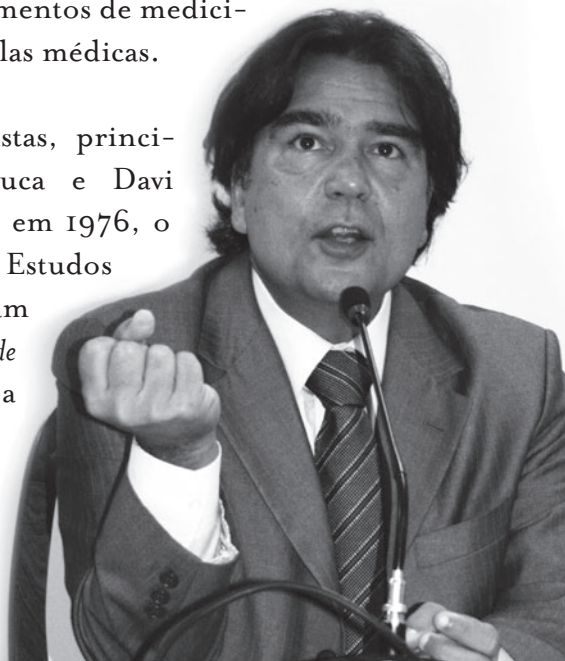
1. Políticas Públicas 2. Saúde – Brasil. I Presidência da
República, Secretaria de Assuntos Estratégicos. II. José Gomes
Temporão

CDD - 350

PALESTRA DO MINISTRO
JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Vários fatores contribuíram para a estruturação do sistema brasileiro de saúde: o movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos 1970, do século passado; a declaração de uma ata da Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata da atenção primária como aspecto central na estruturação dos sistemas de saúde; a experiência, principalmente dos países europeus, das políticas de seguridade social, como o sistema de saúde inglês, no pós-guerra; a experiência canadense e a cubana; o forte movimento social e sindical de associações de bairros, as academias, dos departamentos de medicina preventiva e das escolas médicas.

Um grupo de sanitaristas, principalmente Sérgio Arouca e Davi Capistrano, fundaram, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, e começaram a publicar a revista *Saúde em Debate*, que passou a ser também um instrumento de luta política.



Foi uma experiência de mobilização de base e luta contra a ditadura. Muitos eram militantes de partidos comunistas e conseguiram transformar uma agenda contestadora da estrutura sociopolítica do sistema de saúde em um projeto hegemônico que, na Constituinte, se transformou no capítulo Saúde da Constituição Brasileira.

A saúde passa, então, a ser vista no Brasil como um direito. Até 1988, o Brasil tinha três categorias de brasileiros em relação à saúde. Os muitos ricos compravam diretamente a assistência médica no mercado. Os que trabalhavam com carteira assinada tinham direito à assistência médica da Previdência Social. E a grande maioria da população brasileira era objeto de caridade e de filantropia. Somente em 1988 a saúde se torna direito de cidadania, e um dever e responsabilidade do Estado. O sistema foi unificado, até então fragmentado em dezenas de Ministérios, sob a égide do Ministério da Saúde, e descentralizado para os estados e municípios, com o compartilhamento do financiamento entre as três esferas de governo. Uma inovação brasileira, que foi a participação social, por meio das conferências de saúde – conferência nacional, estaduais e municipais a cada quatro anos – e os conselhos nacional, estaduais e municipais com representação de trabalhadores, gestores e profissionais de saúde. E os princípios básicos da universalidade, da equidade, da integralidade e a atenção básica de saúde como uma proposta, que seria a base de estruturação do sistema. Nesse esforço o Brasil examinou as experiências de Cuba, do Canadá e da Inglaterra, principalmente.

O sistema de saúde atendia 30 milhões de pessoas antes da Constituição e atualmente atende a todos. Os transplantes de órgão são feitos pelo sistema público, com exceção do transplante de córnea e de rim, e agora de medula óssea, que os planos e seguros são obrigados a fazer. Os medicamentos de alto custo para doenças crônicas são distribuídos pelo SUS. O tratamento de Aids é realizado pelo sistema público. Vacinas são aplicadas pelo sistema público. Vítimas de acidentes socorridos pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (Samu), ou pelo pronto-socorro de emergência, são atendidos pelo sistema público. Todos os alimentos e medicamentos são controlados, fiscalizados e a qualidade é garantida pelo SUS. Todos usam o Sistema Único de Saúde.

Há números significativos que mostram os avanços na saúde brasileira. A mortalidade infantil teve uma queda expressiva e significativa. Foram 20 mil transplantes em 2009. Pacientes em terapia anti-retroviral, passaram de 35,9 mil a 88 mil. E medicamentos essenciais oferecidos à população foram multiplicados por dez.

Há 64 mil estabelecimentos de saúde, entre hospitais, clínicas, policlínicas e unidades básicas. E 80% da população usa apenas o SUS. Em São Paulo, por exemplo, 60% população da capital tem plano e seguro saúde. Mas nas capitais do Nordeste, por exemplo, 90% da população usa exclusivamente o SUS.

São 130 milhões de vacinas aplicadas ao ano. Em 2010 esse número será dobrado, uma vez que apenas contra a gripe H1N1 serão 90 milhões de pessoas vacinadas.

O SUS realiza 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11 milhões de internações e 254 milhões de consultas. Quando comparado a qualquer outro sistema de saúde, o sistema brasileiro é impressionante.

O Brasil está passando por uma transição epidemiológica importante. Os brasileiros adoecem e morrem praticamente das mesmas doenças presentes nos países ricos. A principal causa de morte são as doenças cardiovasculares, seguidas pelo câncer. Mas o Brasil tem uma especificidade no peso relativamente importante das doenças infecto-contagiosas, ainda que bem menor do que no passado e, infelizmente, da violência, ou seja, de causas externas. Homicídios, acidentes de trânsito e acidentes de trabalho colocam uma carga adicional sobre o sistema de saúde.

A transição demográfica também é muito importante. O Brasil está fazendo em 50 anos o que a França fez em 100. Registramos também a redução da taxa de mortalidade, o aumento significativo da população idosa e queda expressiva da taxa de fecundidade, que já está em 1,7 filho por mulher. De outro lado, há o processo de incorporação de novas tecnologias no processo de tratamento de diagnósticos. Recentemente, o Supremo Tribunal Federal julgou alguns casos garantindo o direito do acesso a

tecnologias, mesmo que elas não constem nos protocolos do Ministério da Saúde. Por um lado, isso significará sérias dificuldades financeiras do sistema público. A título de exemplo, um único medicamento fornecido pelo Ministério para apenas 7 mil brasileiros, custa R\$ 200 milhões por ano. Há pressão da estrutura técnico-científica, dos laboratórios farmacêuticos, principalmente, que vislumbra certa reificação da tecnologia como solução para tudo. É uma falsa solução. Quando comparados os sistemas de saúde centrados em hospitais e em tecnologia de ponta com os sistemas de saúde com uma forte base de atenção primária, estes últimos são mais eficientes, mais baratos e com melhores indicadores. Por exemplo, os Estados Unidos gastam 17% do PIB. É um sistema que tem muita iatrogenia, em que morrem 100 mil americanos por ano de erro médico e de complicações decorrentes da intervenção da moderna tecnologia médica. A Inglaterra, por outro lado, gasta 8% do PIB e todos os indicadores são melhores. Trata-se de problema contemporâneo importantíssimo, talvez um dos mais desafiadores, uma vez que os processos de ensino médico e de formação dos médicos levam a uma especialização precoce e a uma perda de visão mais ampla.

Outro fenômeno é a transição da dieta alimentar. Há uma profunda mudança no padrão de consumo alimentar em todo o mundo e no Brasil não é diferente. São vários os fatores envolvidos e um deles é a questão da forte inserção da mulher no mercado de trabalho e o consumo de alimentos prontos ou semi-prontos com teor alto de

gordura, açúcar e sal. Em 1975, 12% dos brasileiros estava acima do peso e hoje são 43%. A obesidade, que era apenas 3%, já está em 13%. Assistimos a uma epidemia de obesidade infanto-juvenil no Brasil. Outro número preocupante: apenas 15% dos brasileiros consomem cinco porções de frutas e hortaliças por dia.

A taxa de fecundidade caiu de maneira impressionante. O número de filhos por mulher já está inferior a 2, taxa muito próxima das observadas no Canadá, em Cuba e até abaixo da França. Na França, recentemente, o governo tomou medidas para estimular os casais a terem filhos. A população já estava chegando a um nível crítico e houve, inclusive, estímulo financeiro para que as famílias tivessem mais filhos, o que resultou em melhoria da fecundidade. A tendência é a população brasileira atingir algo em torno de 230 ou 240 milhões de habitantes daqui a 20 ou 30 anos, se estabilizar, e a partir desse ponto vai tender a diminuir.

Uma pesquisa muito interessante que o Ministério vem fazendo mostra que 15% da população brasileira fuma. Pode parecer muito, mas há 15 anos, 34% da população brasileira fumava. A política do Brasil de redução do tabagismo é uma das mais importantes do mundo e de sucesso incontestável. O Brasil é hoje um dos países do mundo onde menos se fuma. Há um esforço no Senado pela aprovação de uma lei federal que proíbe o fumo em ambientes fechados. Doze estados do Brasil e onze municípios já

aprovaram leis que banem e evitam o consumo passivo da fumaça do cigarro.

É evidente que uma dieta mais balanceada é importante para a saúde. Por exemplo, 34% da população do Brasil consome carne com excesso de gordura. Esse é um indicador muito preocupante. O padrão alimentar do Brasil não está bom. Só 16% se dizem fisicamente ativos durante o tempo livre, fazem alguma atividade como caminhar e andar de bicicleta; 27% seriam sedentários absolutos.

Metade da população brasileira não bebe, e nos outros 50%, 25% bebem socialmente e 25% de maneira abusiva, o que é um fator importante de doença e de violência. E 1,5% das pessoas entrevistadas, o que é muito alto, declararam espontaneamente que dirigem depois de beber. A Lei Seca busca coibir esse comportamento e os resultados já são bastante interessantes em alguns estados. No Rio de Janeiro, onde o governo estadual assumiu essa questão de maneira mais importante, com *blitz* e campanhas permanentes, houve uma redução muito grande de mortes causadas por acidentes de trânsito.

Por outro lado, a expectativa de vida segue crescendo. Os homens, como sempre, se cuidam menos. Têm um grau de onipotência maior, acham que não vão adoecer ou quando começam a adoecer não procuram um médico. A verdade é que têm medo até de tomar injeção. Então, os homens morrem mais, adoecem mais em todas

as faixas etárias, e sofrem mais violências, homicídios e acidentes do que as mulheres.

Um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde é estruturar uma rede integrada de atendimento que evite a fragmentação do cuidado, e cujo funcionamento seja claro para a população que necessite de atendimento. Trata-se da implantação de Territórios de Atenção Integrada da Família, ou seja, um conjunto de equipamentos organizados e estruturados para o atendimento, para cada 100 mil habitantes, aproximadamente. Em cada Território haverá um centro de especialidades odontológicas, um núcleo de apoio da saúde da família, que são algumas especialidades que apoiam o PSF, e o centro de atenção psicossocial para atender as pessoas com distúrbios psiquiátricos. Cabe ressaltar que nos últimos 20 anos a reforma psiquiátrica brasileira fez uma verdadeira revolução. Milhares de brasileiros foram trancados em manicômios, perderam suas identidades, e o tratamento asilar de internamento era praticamente compulsório. Atualmente a maioria do atendimento é ambulatorial em residências terapêuticas e em centros de atenção psicossocial. Além disso, nesse conjunto de equipamentos teremos uma farmácia popular, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) para os casos de baixa e de média complexidade, um hospital e a base do sistema, que são as equipes de saúde da família compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem ou técnicos em enfermagem e agentes comunitários

de saúde, onde há um forte componente de prevenção e de promoção da saúde.

Um recorte menor é exatamente o que acontece atualmente entre o Samu, a UPA e o hospital de referência. O Samu, quando é estruturado em uma localidade, passa a ter uma central de regulação e é também o fator de organização e de estruturação do sistema. Hoje 100 milhões de brasileiros já são cobertos pelo Samu e, até o fim deste ano, toda a população brasileira estará coberta pelo Samu. Em dezembro do ano passado, foram compradas 2.200 ambulâncias, o que permitirá universalizar esse atendimento. O atendimento poderá ser feito em casa. O número de telefônico é 192 em todo o Brasil. Após a chamada, a ambulância fará o atendimento na residência ou na rua, e levará o paciente para a UPA se for caso de média ou de baixa complexidade. Caso contrário, por meio da central de regulação se reservará um leito na especialidade correspondente. Estrutura-se a rede para atender casos cirúrgicos, clínicos, ou procedimentos específicos como cateterismo ou atendimento neurológico.

O programa Saúde da Família começou em 1994 e transformou-se política nacional em 2006. É uma questão absolutamente central. O hospital não pode ser o centro do sistema de saúde. Por isso, o presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, está encontrando dificuldade para mudar o sistema que é caríssimo, ineficiente e exclui 40 milhões de americanos. O filme *SOS Saúde*, de Michael Moore, é contundente quando compara o sistema ameri-

cano com os sistemas canadense, francês, inglês e cubano. Evidentemente, a ironia do Michael Moore cria algumas situações bastante constrangedoras, mas não deixam de ser interessantes.

E o Brasil, de alguma forma, copiou as experiências inglesa; canadense; dos médicos descalços, da China; ou do sistema cubano. Os principais problemas são resolvidos na ponta quando se estabelece um vínculo entre o terapeuta e o doente. E na realidade, já diziam os antigos, de maneira muito apropriada, que a primeira droga que se prescreve a um paciente é o próprio médico.

Como a doença está sempre cercada de angústia, de medo e de insegurança, sem uma boa relação médico-paciente, o tratamento falha. Para o paciente, poder falar das suas fragilidades e sentir segurança para ter um tratamento adequado é a base de qualquer boa medicina. Isso está se perdendo. Esta é a visão do Saúde da Família. Equipes multidisciplinares se organizam para atender as pessoas, inclusive com visitas domiciliares, conhecendo a família, estabelecendo um vínculo e uma relação. Cada equipe do Saúde da Família atende entre 3,5 e 4,5 mil pessoas. Há uma população cadastrada, com o perfil definido da população com relação às principais causas de doenças e problemas de saúde. A equipe trabalha exatamente com a associação entre promoção, prevenção e atenção. A política do programa cobre 95 milhões de pessoas. Foi registrado um aumento entre 2002 e 2009 de 73%. Alguns

dados, inclusive publicados em revistas indexadas, mostram a eficiência desse sistema.

As áreas cobertas pelo Saúde da Família apresentam queda mais rápida da mortalidade infantil. Cada 10% de aumento de cobertura corresponde à queda da mortalidade infantil de 4,6%. Em cinco anos no Brasil, 35 mil crianças deixaram de morrer por conta dessa estratégia. O número de mães com atendimento pré-natal é maior. Evita-se internações desnecessárias. É quatro vezes maior o número de idosos atendidos em casa. A oferta de exames de câncer de colo de útero é 47% maior nas localidades onde há o Saúde da Família.

Bárbara Starfield, uma professora americana e uma autoridade nesse assunto, disse que estudos feitos em países desenvolvidos e em desenvolvimento demonstram que regiões com melhor atenção primária têm melhores resultados em saúde, incluindo taxas globais de mortalidade, taxas de mortalidade por doenças cardíacas e mortalidade infantil, além de melhor detecção precoce de câncer do tipo colo retal, de mama ou tri-melanoma. A situação inversa, ou seja, com maior concentração de especialistas, está associada aos piores resultados.

Em relação ao Samu, registra-se um aumento de 177 para 1.445 ambulâncias desde 2003. Vale ressaltar que a população abrangida é superior a 100 milhões. Há também “ambulanchas”, que são construídas pela Marinha com recursos financeiros federais. Essas “ambulanchas”

são muito importantes, principalmente na Amazônia, mas também em regiões como o Centro-Oeste. São quatro helicópteros e recentemente foram introduzidas as “motolâncias”, que são motocicletas com agentes de saúde que podem, em regiões metropolitanas com trânsito complexo como São Paulo e Rio de Janeiro, chegar antes da ambulância e fazer os primeiros socorros que podem ser decisivos para salvar uma vida.

As UPAs foram criadas com o intuito de acabar com essa cena dramática apresentada pelas salas de emergências lotadas dos pronto-socorros. Verificou-se após análise que 80% dos casos atendidos não necessitavam dos recursos de um pronto-socorro. Por omissão ou incompetência de um prefeito, ou a desorganização do sistema de saúde, não há o atendimento adequado e no pronto-socorro misturam-se casos efetivamente graves com os mais variados casos ambulatoriais.

No Rio de Janeiro existem 25 UPAs, e é exemplar. De cada mil pessoas atendidas em uma UPA, apenas dez precisam de algum tipo de atendimento hospitalar. Anteriormente, todas se dirigiam a um hospital. Agora são atendidas com qualidade e conforto. A UPA tem laboratório e raio-x 24 horas por dia, médico, enfermeiro e odontólogo. O paciente recebe a medicação e tem leito de observação. Pode ficar internado por até 24 horas. Há 330 unidades em construção, e estamos investindo quase 1 bilhão de reais até o final do ano na construção de 500 em todo o Brasil.

A rede assistencial foi ampliada de forma significativa nos últimos anos. Muitos hospitais, inclusive na região Nordeste e na Amazônia, foram inaugurados nos últimos três anos, reduzindo o déficit de oferta de leitos.

O Brasil Sorridente é uma prioridade do presidente Lula e uma política de grande sucesso e muito interessante porque foi construída em conjunto com os odontólogos brasileiros. Essa política significou uma ampliação no número de dentistas e técnicos de odontologia. Pelo menos 20 mil dentistas trabalham no Brasil Sorridente.

O programa, lançado em 2003, atende hoje 88 milhões de pessoas, em 83% dos municípios. Foram instalados, no Brasil, 6 mil consultórios equipados com aparelhos de raios-x. O Brasil, adicionalmente, é líder mundial na produção de equipamentos para o setor de odontologia, e exporta para o mundo inteiro. O número de laboratórios de próteses dentárias aumentou de 33 para 323.

O governo Lula lançou um programa, Farmácia Popular do Brasil, com duas modalidades. A primeira, uma modalidade própria, em parceria com os municípios, em que são vendidos 107 remédios a preço de custo. Atualmente são 529 unidades, e serão ampliadas para 600 unidades até o fim deste ano. onze milhões de pessoas compram medicamentos, mensalmente, nos 410 municípios onde o programa está disponível.

A segunda modalidade é o *Aqui Tem Farmácia Popular*, que oferece medicamentos subsidiados. Temos insulina, medicação para diabetes, anticoncepcional, anti-hipertensivo, etc. O governo paga 90% do custo e o paciente, apenas 10%. São 13 mil farmácias conveniadas nas quais, por meio da receita médica, compra-se com 90% de desconto. Por exemplo, um aposentado que gastava R\$ 100 por mês com os remédios para pressão e para diabetes, atualmente gasta R\$ 10. É uma mudança fantástica. Um milhão e duzentas mil pessoas já adquirem medicamentos nessa modalidade, todos os meses, com regularidade.

Os genéricos são hoje 20% do mercado brasileiro. Quando foi lançado, esse tipo de medicamento era 5% do mercado. No mundo inteiro, os genéricos têm uma fatia de 40% ou 50% do mercado farmacêutico. No Brasil os médicos são influenciados pelas indústrias farmacêuticas desde os bancos da faculdade. Os representantes da indústria farmacêutica visitam as faculdades de medicina e os ambulatórios, e os jovens médicos se acostumam com a abordagem constante e os presentes dos laboratórios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) proibiu os brindes, o que é muito saudável.

Existem muitos questionamentos dos médicos e da indústria farmacêutica, incluindo conflitos de interesses e aspectos éticos. Quando um laboratório trabalha durante décadas com um determinado produto, um remédio de marca, o médico incorpora aquele produto como sendo o melhor. Não é simples convencer o médico de que o

genérico tem o mesmo produto ativo, a mesma eficácia e o mesmo efeito.

Faz-se necessário, então, um trabalho de mudança do padrão de consciência para convencer os médicos e mostrar que um genérico é tão seguro quanto o remédio de marca. Isso está acontecendo no Brasil. O mercado farmacêutico brasileiro hoje cresce de 12% a 15% ao ano, e é um dos mais dinâmicos do mundo. Os genéricos são os que mais crescem dentro do mercado brasileiro.

A incidência de hanseníase teve 30% de redução entre 2003 e 2008. A tuberculose registrou queda de 28% e a taxa de mortalidade caiu 34% entre 1999 e 2007.

As mortes por malária caíram pela metade. A melhora desse índice deve-se a duas medidas práticas: primeiro, a descentralização do diagnóstico na Amazônia Legal. O mesmo técnico realiza o exame, colhe o sangue, examina a lâmina e faz o diagnóstico. O técnico com esse perfil existe em qualquer pequeno município brasileiro. Segundo, o novo remédio fabricado pela Associação Oswaldo Cruz que associa duas drogas é muito mais eficaz. Então, o diagnóstico mais precoce e o início da tomada do medicamento reduziram drasticamente as internações e as mortes por malária. O número de internações também caiu quase pela metade em apenas um ano.

Em relação a outros problemas de saúde, o Brasil reduziu em 20% o número de mortes por doença cardio-

vascular. O número de mortes de crianças com menos de um ano por diarreia caiu quase 100% em 25 anos. O problema deixou de ser a segunda causa de mortalidade infantil e passou para a quarta posição. O déficit de altura em meninas com menos de cinco anos caiu 85%. Uma pesquisa recente mostrou que, na média, os meninos e meninas brasileiros já ultrapassam os americanos em altura. Mantendo esse ritmo, o Brasil vai erradicar a desnutrição entre 10 e 15 anos.

A mortalidade infantil está em queda. Em 2008 deve estar abaixo de 18%. É expressivo, mas ainda acima do que seria razoável para um país que é a quinta ou a quarta economia do mundo. O presidente Lula lançou, em 2009, o PAC de redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e no Nordeste, estabelecendo uma meta de redução de no mínimo 5% ao ano. Estamos, nesse momento, em plena implementação dessa estratégia.

Três vacinas modernas foram incluídas no calendário de vacinação. A vacina do rotavírus, importante para a redução da mortalidade infantil, foi incorporada em 2006. Estamos, no momento, incorporando a vacina do pneumococo. Pneumococo causa otite, pneumonia, meningite, e é responsável por muitos óbitos em crianças pequenas. Esta última e a vacina do meningococos C são vacinas conjugadas, de DNA recombinantes, e de tecnologia de ponta.

A incorporação da vacina do meningococo C custa R\$ 300 milhões por ano para o Ministério da Saúde. Existe um acordo de transferência de tecnologia entre a empresa multinacional e um laboratório estatal brasileiro. Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, e a GlaxoSmithKline assinaram um contrato de transferência. Ao fim de sete anos, aproximadamente, toda a tecnologia passará a ser dominada pelo Brasil. O mesmo procedimento foi adotado para a vacina do meningococo, pela Fundação Ezequiel Dias, de Minas Gerais. É uma maneira interessante de reduzir a defasagem tecnológica que o Brasil apresenta com relação a outros países em algumas áreas.

Em 2008, realizamos a maior campanha de vacinação do mundo, recorde que vai ser quebrado pelo Brasil na vacinação contra o H1N1 no corrente ano – 67 milhões de pessoas foram vacinadas e erradicamos duas doenças, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita. Aguarda-se o certificado de erradicação emitido pela Organização Mundial da Saúde.

Em 2002, existiam 400 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), com uma cobertura de 21%, sendo que 75% do dinheiro para a saúde mental era aplicado em hospitais e não em hospitais. Em 2009, temos 1.467 CAPs, a cobertura de 66%, e 65% dos recursos são aplicados em políticas extra-hospitalares. Alcançamos o número de 533 residências terapêuticas onde pacientes podem ficar ou morar. Muitos passam o dia nesses locais e à noite vão

para suas casas. A enfermeira pode até realizar visita de emergência na casa do paciente se for necessário.

A questão de direitos sexuais e reprodutivos e planejamento familiar tem sido uma prioridade da atual gestão. A distribuição gratuita de preservativos, nos últimos dois anos, tornou o Ministério o maior comprador do mundo. Abrimos uma fábrica em Xapurí, no Acre, o que é muito interessante, porque o látex é colhido pelos trabalhadores daquela região e transformado em preservativos nessa fábrica. Os estudantes da rede pública poderão retirar gratuitamente preservativos em máquinas localizadas nas escolas. A oferta de pílula anticoncepcional também foi aumentada. Foram distribuídas, em 2008/2009, 50 milhões de cartelas. Além disso, no Aqui Tem Farmácia Popular, a pílula está disponível com 90% de desconto. A rede pública também oferece o DIU, o anticoncepcional injetável, a pílula de emergência (pílula do dia seguinte), a minipílula e o diafragma.

A Política Nacional de Saúde do Homem foi lançada no ano passado. Para os casais que não querem mais ter filhos e optam por um método de esterilização definitiva, uma ligadura de trompas é uma intervenção cirúrgica complexa. A vasectomia está sendo estimulada, portanto, uma vez que demora 15 minutos e o paciente vai para casa no mesmo dia. O problema é de ordem cultural. Os homens evitam o assunto, muitos têm medo ou receio. Ainda assim, observa-se o crescimento do número de homens que concordam em se submeter à vasectomia.

A nova abordagem pelo Ministério da Saúde consiste na dualidade da saúde: por um lado, é uma política social fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população, para a redução do sofrimento e da morte, mas também é uma das áreas mais dinâmicas da economia. No setor de saúde são criados empregos de qualidade, além de riqueza, desenvolvimento e inovação. Há uma dinâmica industrial de inovação importante. As duas fronteiras mais avançadas, em termos de conhecimento, são a indústria bélica e a indústria da saúde. A saúde no Brasil representa algo entre 8% e 10% do PIB. São 10 milhões de empregos diretos e indiretos. Mas, o déficit crescente da balança comercial setorial, no valor de U\$ 7 bilhões, representa uma fragilidade.

Esse déficit não é o mais preocupante. É expressão de uma vulnerabilidade de conhecimento e de capacidade tecnológica que é preciso superar. E é o objetivo da inclusão da Saúde na política do PAC de Ciência e Tecnologia, do Mais Saúde e da política de desenvolvimento, em que conta com a participação do BNDES. O poder de compra do Estado por intermédio do Ministério da Saúde, e a atuação do BNDES para fomentar a produção local e a redução desse déficit de produtos de alta relevância epidemiológica, estratégicos e de alto custo, são alguns dos critérios usados. Ou seja, a Saúde, nessa nova visão, é vista como uma oportunidade de emprego, inovação e desenvolvimento.

Durante o período de construção de uma rodovia, há muitos trabalhando, mas ao final da obra os empregos

desaparecem. Quando se constrói um hospital, ao contrário, será necessária mão-de-obra para o seu funcionamento. Para construir as 500 UPAs no Brasil, serão criados 100 mil empregos diretos. Depois, em funcionamento, cada UPA requer, pelo menos, 200 trabalhadores, entre vigilantes, médicos, enfermeiros, odontólogos e pessoal de limpeza.

As Parcerias Público-Privadas (PPPs) entre laboratórios públicos e empresas privadas de capital nacional ou não também constituem uma iniciativa interessante do governo. Em 2009, nove parcerias foram formalizadas entre sete laboratórios públicos e sete empresas privadas para a produção de 14 fármacos, se traduzindo em compras na ordem de R\$ 650 milhões por ano. O Ministério economizará R\$ 130 milhões em cinco anos. Oito novos projetos serão lançados este ano, incluindo medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, de alto impacto e sem proteção patentária. O laboratório privado desenvolve e produz o princípio ativo, o sal, e o laboratório público o transforma no produto final, na forma de comprimido, ampola ou solução.

Apesar de todos os avanços, temos ainda alguns desafios na Saúde. O primeiro deles é o financiamento. O sistema de saúde público brasileiro é subfinanciado. Há uma renúncia fiscal importante e subsídio do Estado brasileiro ao setor privado. É curioso constatar que, de um lado, o governo tira recursos para atender a todos e, por outro lado, subsidia os planos de seguro privados.

Outra contradição: Os funcionários públicos dos três Poderes têm um plano de saúde privado subsidiado pelos impostos arrecadados da população brasileira. O funcionário público deveria usar o SUS. Se optar por um plano de saúde privado, poderá custear com recursos próprios.

O segundo desafio é melhorar o padrão de gestão. Tornar os hospitais mais eficientes, melhorar a racionalidade no uso dos recursos e a eficiência no funcionamento do sistema.

O Ministério da Saúde, em 2010, tem um orçamento de R\$ 67 bilhões. Desse total, 8 bilhões são destinados à folha de pagamento. Portanto, aproximadamente 58 bilhões estão disponíveis para todas as despesas com assistência médica e medicamentos. Os estados e municípios, em princípio, participam com montante equivalente.

Enquanto o SUS gasta R\$ 675 *per capita*/ano no atendimento, vacinas, e transplantes, a média dos gastos das famílias com planos e seguros de saúde é de R\$ 1.428,00 *per capita*/ano, o que leva a conclusão que está faltando dinheiro no SUS. É evidente que há um subfinanciamento crônico que asfixia o sistema e compromete a sua qualidade.

Outro dado importante vem de uma pesquisa do IBGE. A saúde no Brasil não é financiada pelo Estado, mas pelas famílias. O governo gasta apenas 37,3% do custo total, enquanto na Inglaterra, por exemplo, que tem um sis-

tema universal como o brasileiro, a participação do gasto público no custo total é de 85%. A diferença é financiada pelas famílias, por meio de desembolso direto, planos de seguros e outras despesas.

O governo subsidia indiretamente a classe média por meio dos planos de seguro, no valor de 12 bilhões por ano. Somado ao que o governo gasta com os funcionários públicos, cerca de 4 bilhões, chega-se a cifra de R\$ 16 bilhões por ano, que estão deixando de ser aplicados no sistema público para privilegiar uma certa parcela da população brasileira.

PERGUNTAS & RESPOSTAS

CRISTIANE ALARCÃO FULGÊNCIO (SAE)

Poderia falar sobre a influência dos discursos morais e religiosos no Legislativo brasileiro no campo da bioética em relação às células-tronco, à saúde reprodutiva da mulher e à ortotanásia?

RESPOSTA:

Os temas relacionados com pesquisa de células-tronco embrionárias e aborto estão sendo discutidos nas sociedades do mundo inteiro. Um bom exemplo são os Estados Unidos, em que, até a posse do presidente Barack Obama, não era permitida a pesquisa com células-tronco embrionárias. O Brasil tinha uma série de parcerias com organismos americanos, relativas a políticas de Aids, e rompeu essas relações porque os americanos não concordavam com a inclusão de abordagem com prostitutas, travestis ou grupos mais vulneráveis.

Após a posse do Barack Obama tudo isso mudou. As pesquisas sobre células-tronco embrionárias foram permitidas e recebi a visita do novo embaixador dos Estados Unidos no Brasil. Começamos a resgatar velhas parcerias que no passado funcionaram muito bem. De certa forma o Congresso Nacional expressa uma visão mediana do que o Brasil pensa. Sou radicalmente a favor da pesquisa com células-tronco, como sou também a favor da decisão das mulheres sobre o aborto, e não é papel do Estado ou das religiões se envolverem. Mas essa é uma visão de uma parte pequena da população brasileira.

Há uma mudança de visão sobre esses temas, que passam por um processo de amadurecimento, de reflexão, de construção de uma consciência diferenciada. Então, em alguns momentos, determinados encaminhamentos geram frustração, mas devemos perseverar na ampliação do debate e na discussão. Portugal, por exemplo, um dos países mais religiosos da Europa, fez uma discussão sobre a questão do aborto há dez anos, perdeu, e nove anos depois mudou e aprovou uma lei. São temas que mexem com questões muito arraigadas. Questões filosóficas e religiosas são sempre temas muito delicados. O Brasil avançou quando o Supremo aprovou a pesquisa com células-tronco, foi muito importante, por apenas um voto.

Mas esse discurso mais conservador, que se expressa não apenas no Congresso Nacional, mas em vários espaços, é, de certa forma, uma espécie de síntese da visão da própria sociedade brasileira. Mas é interessante perceber que há mudanças em determinadas situações ou temas tabus, quando se cria uma grande polêmica ou se faz uma grande discussão, em que mui-

tas vezes se defendem posições extremadas. Percebe-se que as pessoas, que em determinados momentos se colocavam como totalmente contrárias, ao conhecer outros pontos de vista podem mudar de opinião.

BRUNO FURTADO (SAE)

O senhor falou *en passant* sobre a atuação do Judiciário. Gostaria de saber sua opinião sobre a atuação do Judiciário na concessão de medicamentos não licitados na lista oficial do SUS. O que o senhor diria para um juiz de direito que se vê numa situação de conceder ou não um medicamento que pode salvar uma vida, ainda que dependa de um orçamento?

RESPOSTA:

Alguns estados tomam medidas interessantes, como São Paulo e Rio de Janeiro, que estruturam espaços de assessoria ao Judiciário. De forma a permitir o julgamento com mais propriedade pelo juiz, um grupo de médicos e especialistas preparam o processo com argumentos mais consistentes relativos à solicitação de um medicamento ou de uma terapia.

O problema no Brasil é muito variado. Evidentemente existem problemas de financiamento que impedem uma incorporação de tecnologias e de drogas que seriam mais adequadas, apesar dos importantes avanços nos últimos anos. Mas há também uma distorção grave, por exemplo, com a aquisição de medi-

camamentos sem eficácia comprovada, sem registro no Brasil, e as autorizações para terapias experimentais.

Infelizmente, se paga tratamento no exterior, tratamento experimental, e são milhares de dólares gastos pelos cidadãos brasileiros, sem que existam evidências científicas que justifiquem esse caminho. Faz-se necessária a aprovação pelo Congresso Nacional de lei que regulamente essa questão de uma vez por todas.

Não é razoável que essa decisão caiba ao Judiciário para julgar caso a caso. Precisamos de uma legislação que defina a obrigação do Estado e a estruturação do processo de decisão para incorporação tecnológica. É uma área, no entanto, em que entram em jogo grandes interesses econômicos. Necessitamos critérios transparentes para que a sociedade possa acompanhar e fiscalizar, e que sejam tecnicamente sólidos e validados cientificamente.

O sistema de saúde americano está em uma situação limite em grande parte por conta disso: todos recebem tudo sem nenhuma avaliação crítica. Ora, são necessários estudos de custo e efetividade, avaliações e consenso entre os pares. A opinião de um médico não é suficiente, busca-se consenso entre especialistas de que aquele tratamento é reconhecido pelos pares como um tratamento eficaz e a um custo compatível com a realidade brasileira.

Com a ampliação de hospitais em todo o Brasil e a descentralização, foram realizados investimentos na área de gestão administrativa da Saúde?

RESPOSTA:

Ainda se investe pouco. Estamos fazendo algumas parcerias interessantes, com a Confederação das Casas da Misericórdia no Brasil, por exemplo. As Santas Casas são responsáveis pela oferta de metade dos leitos do Sistema Único de Saúde, mas muitas santas casas se encontram em situação difícil e têm problemas graves de gestão.

O exemplo positivo é a Santa Casa de Porto Alegre, que é superavitária e atende ao SUS bem como aos planos de saúde também. A experiência do Gerdau, em Porto Alegre, em uma parceria com o Ministério, está sendo utilizada também em várias outras Santas Casas no âmbito dessa parceria com a Confederação das Casas da Misericórdia.

O hospital é uma instituição supercomplexa e deve-se que operar essa instituição dentro de padrões de eficiência e de custos compatíveis. O modelo da administração direta é absolutamente incompatível com um mínimo de eficiência. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) é um bom exemplo. Ele estaria fechado se não fosse a Fundação Ary Frauzino. Essa fundação privada contrata especialistas rapidamente e complementa salários porque o salário de um oncologista clínico ou de um cirurgião de oncologia é totalmente diferenciado de

outros profissionais. Os 1.600 funcionários que trabalham no Inca, um dos maiores centros de tratamento de câncer da América Latina, são contratados por essa Fundação.

O Tribunal de Contas da União e a CGU afirmam que essa situação é ilegal e que essa fundação deveria ser fechada. Se o Inca voltar ao padrão da administração direta, não funcionará adequadamente. Para contratar um neurocirurgião, é necessário fazer um concurso público e esse processo leva um ano e meio. Então se o neurocirurgião se aposentou, como podem os doentes com câncer esperar um ano e meio para serem operados?

Por isso, propomos a criação de uma fundação estatal de direito privado, que é uma instituição pública, mas simples e eficiente, com contrato CLT, salário de mercado, metas, indicadores, desempenho e compromisso. O movimento corporativo, centrado principalmente no Conselho Nacional de Saúde e nos sindicatos, impediu o andamento desse projeto. O projeto não caminhou no nível federal, em que o Ministério da Saúde é responsável por seis hospitais gerais e três institutos no Rio de Janeiro. Nos estados há uma série de tentativas desesperadas dos prefeitos e governadores de se livrarem das amarras e da legislação que impede o bom funcionamento dos hospitais públicos.

As tentativas incluem organizações sociais, terceirização e fundações estatais de direito privado. Vale ressaltar essa situação, porque muitos são contra a fundação estatal e na realidade estamos inclusive implantando modelos, com os quais

não concordamos, e que privatizam. Há dificuldades relacionadas com a reforma do Estado, portanto, que merecem ser resgatadas.

Trabalhamos também com a questão da biodiversidade, sobre a qual o Ministério tem uma política de plantas medicinais. Recentemente, incorporamos mais seis plantas no Sistema Único de Saúde, e existem parcerias e pesquisas na Amazônia. Mas a grande questão são os biofármacos. Um terço do mercado mundial de medicamentos é de biofármacos e há a certeza de que faremos uma mudança profunda. A hegemonia atualmente é dos medicamentos de síntese química, mas iremos na direção da biotecnologia. Esse é um caminho sem volta. O Brasil deve se preparar para isso também. O Ministério está discutindo com a indústria e com a Anvisa, uma regulamentação especial para os biofármacos que viabilize a preparação do Brasil para esse processo.

GONZALO ENRIQUE VÁSQUEZ ENRÍQUEZ (SAE)

Como o Ministério da Saúde utiliza a enorme biodiversidade do Brasil, dado que grande parte da população mundial utiliza produtos naturais para se medicar? Existe uma política nesse sentido? E como tem evoluído, uma vez que a inovação tecnológica se trata de uma questão estratégica para o Brasil? Os avanços são muito significativos e importantes para o Brasil, mas

se levarmos isso para a Amazônia, se levarmos isso para determinadas regiões, vemos, que na verdade, a Saúde está em crise. Não vemos os mesmos avanços em todas as regiões.

RESPOSTA:

Evidentemente é um desafio organizar uma rede, em uma realidade geográfica, social e territorial tão diferenciada. Existem comunidades na Amazônia acessíveis somente por barco. Nesses casos há uma parceria com a Marinha, com o Exército e com a Aeronáutica na Amazônia Legal que tem sido bastante interessante, mas é evidente que nessa região o sistema de saúde regionalizado e hierarquizado não é adequado.

A campanha da vacinação é um bom exemplo. Em todo o Brasil a campanha será por etapas, dependendo da idade. Na Amazônia não pode ser assim, há que vacinar por localidade. Mas existem regiões ainda muito desassistidas para algumas especialidades, como, por exemplo, para o tratamento do câncer não há oferta adequada no Amazonas, no Pará e em Rondônia. O Acre melhorou muito nos últimos anos, inclusive a estrutura assistencial. A saúde foi priorizada pelos últimos governos e é evidente que a situação está melhor. Tem bons hospitais, tem uma política interessante.

O senhor poderia falar sobre o papel da Anvisa na regulamentação e avaliação dos agrotóxicos?

RESPOSTA:

A Anvisa está fazendo uma avaliação de cerca de vinte agrotóxicos, que deverá ser concluída nos próximos meses e, com certeza, isso implicará a retirada de produtos do mercado. Há uma grande pressão econômica desse setor, mas não é razoável que o Brasil continue utilizando pesticidas nas suas lavouras e culturas que já foram banidos dos Estados Unidos, da América e da Europa. Esse estudo está sendo feito sob a coordenação do ex-ministro José Azenar, de maneira muito séria, muito competente e sempre enfrentaremos essa questão com a visão de defesa da saúde pública.

O senhor disse que o Saúde da Família é o centro do modelo, só que há problemas de expansão do Saúde da Família em municípios como São Paulo e Rio de Janeiro. Esse modelo do Saúde da Família continuará a ser implantado nesses municípios ou há alternativas em termos de estruturação da atenção básica? Segundo, há espaço político para a discussão de um projeto de redução de renúncia fiscal para planos de saúde?

RESPOSTA:

O Ministério da Saúde está financiando uma série de estratégias importantes de fortalecimento da atenção básica, da formação de especialistas em saúde da família, da concessão de bolsas para preceptores para fortalecer a estratégia do Saúde na Família como centro do modelo.

O desafio é implantar uma organização do processo de trabalho no Saúde da Família que permita ao médico ou enfermeiro ver neste espaço o trabalho para toda a sua vida profissional. Enquanto o médico disser “eu vou trabalhar no PSF enquanto eu não consigo nada melhor” ou “eu vou dar um plantão aqui, um plantão ali”, enquanto nós não transformarmos o PSF em algo que passe a ser objeto do desejo de jovens médicos e enfermeiros, continuaremos com fragilidade.

Existem algumas polêmicas em discussão sobre modelos de organização, mas não há nada suficientemente avançado no Ministério que questione ou que introduza mudanças profundas na visão que temos dessas políticas.

Evidentemente, não há espaço político para discutir a renúncia fiscal, mas por dever de ofício, tenho que chamar à atenção para esse problema. Essa questão precisa ser resolvida. Para manter os 15 bilhões de reais de renúncia fiscal, será necessário prover mais 15 bilhões reais para melhorar o sistema público.

O grande desafio do Sistema Único de Saúde foi e continua sendo a descentralização e, dentro desse processo de descentralização, o grande sucesso do SUS chama-se imunização. Está em curso a maior campanha de vacinação feita no Brasil – 90 milhões de doses contra a gripe H1N1. Por que toda a população do Brasil não foi atingida por essa campanha?

RESPOSTA:

O Brasil é um país muito interessante porque no mundo inteiro, ninguém quer tomar essa vacina, e aqui todo mundo quer tomar. A cobertura hoje na Espanha é de 7% e da França é de 10%.

Pode ser atribuído a alguns fatores, até mesmo uma superestimação. Desde o ano passado, venho reiterando que não há diferença da gripe comum. A taxa de letalidade é parecida. Mas criou-se uma grande expectativa. No hemisfério Norte começou o inverno e a vacina ainda não estava disponível. Muitos países encomendaram o dobro da quantidade necessária porque os estudos ainda estavam em andamento. Quando se comprovou que apenas uma dose protegia, muitos países já tinham comprado duas doses por pessoa. Além de grande sobra de vacinas, a adesão foi baixa por uma série de questões. São realidades e culturas bem diferentes. O Brasil construiu com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), ao longo dos últimos 35 anos, uma cultura de vacinação de sucesso estrondoso.

No Dia Nacional da Gotinha, 12 milhões de crianças são vacinadas. A Semana de Vacinação do Idoso também tem adesão enorme. O Brasil tem esse know-how e tecnologia, que desenvolvemos e criou uma consciência na população.

Quais foram os critérios que usamos para definir quem tomará a vacina? A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que quatro grupos em todos os países devem ser vacinados. São eles: profissionais de saúde, população indígena, mulheres grávidas e população com doenças crônicas. Esse vírus, ao contrário do vírus da gripe sazonal, é grave em mulheres grávidas e em adultos jovens saudáveis. Já a gripe sazonal causa mais complicações em idosos e pessoas com doenças crônicas.

No Brasil, além de vacinar esses quatro grupos recomendados pela OMS, acrescentamos três grupos nos quais, no ano passado, houve uma maior concentração de casos graves e óbitos: crianças de seis meses a dois anos e adultos saudáveis de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Totalizam cerca de 91 milhões de pessoas.

Por que não vacinar os escolares? A estratégia em relação a essa doença não é a erradicação. Nesse caso, teríamos que vacinar a população inteira. Mas não é erradicável, até porque o vírus está circulando no mundo inteiro. A última doença que a humanidade erradicou foi a varíola. A estratégia é a de contenção da doença e de proteção dos mais vulneráveis, daqueles que têm maior risco de adoecer.

Para vacinar a população inteira, teríamos dois obstáculos. O primeiro é o tempo: dois meses e meio para vacinar a população toda seria impossível. Já estamos no limite do sobre-esforço: são 91 milhões de pessoas sendo vacinadas em 75 dias. O segundo obstáculo é o acesso à vacina. Nesse momento não teríamos acesso à vacina porque, apesar de muitos países terem doses sobrando, eles não vendem para outros. Além disso, estão segurando o estoque porque ainda há dúvidas sobre o comportamento do vírus no verão, por exemplo. Pode ser que, ao contrário do que se esperava, aconteça um novo surto na região Norte no verão ou durante a primavera.

Nos Estados Unidos, no México e no Canadá a adesão foi bem maior do que na Europa, mas também não foi significativa. Nos Estados Unidos, até o momento, foram vacinadas 70 milhões de pessoas, ou seja, menos de 25% da população. O Brasil vai vacinar 50%. Toda família brasileira terá uma pessoa vacinada, até porque tem um idoso, um adulto jovem, uma criança, ou uma mulher grávida.

Há outro fator importante. Quando 90 milhões de pessoas são vacinadas, é criada a chamada proteção de grupo, reduzindo a circulação viral. Além disso, como o vírus circulou com muita intensidade nos estados do Sul e do Sudeste, muitos já estão imunizados naturalmente. Então, somando todos esses fatores, avaliando a disponibilidade de vacinas no mercado internacional, avaliando também que todo medicamento traz efeitos colaterais, não teria muito sentido vacinar pessoas que não correm nenhum risco. Seria um custo desnecessário.

A vacina é segura, protege, em média, 95% das pessoas que a tomam. É importante saber que não existe o risco de adoecer por tomar a vacina, uma vez que é feita de vírus desativados. A função da vacina é apenas estimular a produção de anticorpos específicos em cima do material antigênico que está presente no organismo.

NABIL MOURA KADRI (SAE)

O senhor discorreu sobre a gestão dos hospitais nos municípios, e eu gostaria de ouvir um pouco sobre as ações do Ministério em relação às Unidades da Federação. Por exemplo, o que tem sido feito para a melhoria da gestão da saúde nos municípios brasileiros? Há pouco, uma pesquisa apontou que 80% dos municípios visitados pela CGU não têm controle de estoque de medicamentos. Estamos falando de financiamento, de falta de recursos e 80% dos municípios não têm controle de estoque. Queria saber sobre a integração dos sistemas na área da Saúde. Sabemos que existe uma profusão de sistemas, o Sisvan, o Sisob e todos os "SIS". Como está caminhando essa integração e qual é a possibilidade da utilização efetiva do cartão SUS em um único sistema?

RESPOSTA:

Esse talvez seja um dos nossos maiores desafios. Estamos trabalhando para implementar uma série de medidas. Destacaria o Pacto pela Saúde, implementada em 2006, que veio substituir as normas regulamentadoras do SUS, pactuadas na Comissão Tripartite, onde a União, os estados e os municípios sentam, discutem, compartilham e pactuam políticas.

O Pacto pela Saúde introduziu, pela primeira vez, prioridades nacionais como mortalidade infantil, saúde materna e infantil, doenças infectocontagiosas, e o câncer. Ao todo são onze prioridades. Foram definidos indicadores e metas e já foram assinados, por mais de 3.500 municípios, termos de compromisso de gestão, que contem uma síntese de estratégias, prioridades, metas e indicadores.

Estamos atualmente elaborando uma ferramenta para que esse sistema esteja disponível na internet, de forma a permitir a sua monitoração e avaliação. É similar ao sistema de avaliação nacional da qualidade da educação do Ministério da Educação. Evidentemente, isso passa por uma integração dos sistemas internos do Ministério. Estamos avançando muito. Todos os municípios e os estados são obrigados a apresentar um relatório de gestão. Esse relatório de gestão é encaminhado aos tribunais de contas, e relata a prestação de contas, o uso de recursos, políticas e indicadores. A partir deste mês (março de 2010), os relatórios de gestão que antes eram todos feitos em papel, serão feitos através de um sistema on-line que permitirá monitorar e avaliar o cumprimento de metas.

Essas são medidas aliadas ao Cartão SUS, que foi lançado em 1998 com uma série de problemas. Naquela época não havia internet ou microinformática. A proposta sofreu uma série de problemas nesse tipo de implementação e nós estamos reconstruindo o projeto, reestruturando-o, para que possa ser efetivamente implementado.

ALEXANDRE MANOEL ANGELO DA SILVA (IPEA)

O senhor falou dos problemas dos hospitais, das filas, da triagem e também do efeito “carona” dos municípios vizinhos, que se utilizam dos hospitais maiores para o atendimento. Além das UPAs, o Ministério tem trabalhado na questão do consórcio de saúde ou em algum incentivo para melhorar essa distribuição do financiamento, evitando, assim, a utilização pelos municípios vizinhos dos serviços públicos de saúde?

RESPOSTA:

A questão da organização do sistema na ponta. Como se viabilizam os municípios pequenos, que são a grande parte dos municípios brasileiros e que não têm capacidade de gerenciar uma rede assistencial? Como é a organização em macroregiões, em redes integradas, onde a gestão, evidentemente, tem que ser compartilhada?

Um mecanismo muito utilizado nos estados da região Sul e em Minas Gerais são os consórcios. No Paraná, no Rio Grande do

Sul e em algumas regiões de Minas, já há consórcios intermunicipais em que, por exemplo, um hospital com maior complexidade com um custo mais elevado atende uma região de 20, 30 ou 40 municípios, com administração compartilhada por esses gestores através do financiamento tripartite, da União, estados e municípios.

O Ministério dará início à implementação este ano de novo acordo com o Banco Mundial, cujo objetivo é a estruturação das redes integradas e das redes assistenciais. A integração e racionalização de serviços proporcionarão um salto de qualidade, com o objetivo de facilitar a vida do usuário.

RICARDO GARCIA FRANÇA (SAE)

Como o Ministério faz o acompanhamento e avaliação da qualidade do atendimento, principalmente sendo um sistema tão descentralizado? Há ainda uma grande desconfiança da classe média com relação à eficiência do sistema de saúde público.

RESPOSTA:

Nesse caso temos uma discussão conceitual e até filosófica: o que é qualidade de serviço para cada um de nós? Para quem está com dor, a qualidade do atendimento é que a dor suma rapidamente. Então para qualquer serviço que essa pessoa for,

se ela continuar sentindo dor, ao final, quando receber o formulário para avaliar o atendimento prestado no local, ela vai avaliar como péssimo.

Então, o acolhimento, o tempo de espera e o conforto são todos fatores. Há que se levar em conta também aspectos culturais e experiências prévias com o sistema de saúde. A avaliação das pessoas que conseguem ser atendidas pelo SUS, é muito boa.

O paciente que é internado, fez uma cirurgia ou teve o filho na UTI pediátrica avalia o serviço e o atendimento como ótimos. As avaliações são sempre muito boas. O problema é o acesso em muitas situações e as condições nas quais se dá esse acesso. O primeiro contato será nas UPAs. Evidentemente, se a pessoa busca o atendimento em uma situação aguda e fica horas em uma fila, a avaliação do sistema será muito ruim.

Tempo de espera para determinadas patologias é um fenômeno que afeta todos os sistemas de saúde do mundo porque é complexo. Por outro lado, para determinadas especialidades não é razoável. Algumas condições clínicas exigem a atenção imediata de especialista, sob risco do agravamento do quadro. Talvez essa seja uma das maiores fragilidades do sistema. Por quê? Em algumas localidades, por problemas de gestão, em outras regiões, por falta de oferta ou de leitos. Há uma grande concentração de médicos nas regiões Sul e Sudeste. Evidentemente a questão do subfinanciamento é central à questão de eficiência do sistema.

Há algum levantamento de preços de medicamentos genéricos em comparação com os medicamentos de marca? O custo dos medicamentos para a população foi reduzido?

RESPOSTA:

O preço do genérico, por lei, tem que ser de 35% a 40% mais baixo do que o preço do medicamento de marca. Temos três tipos de medicamentos no mercado brasileiro: o remédio de marca protegido por patente ou não, o similar que é um genérico sem bioequivalência e o genérico com teste de bioequivalência e biodisponibilidade, o que encarece o registro.

Observa-se uma competição por preço, em que o similar consegue, às vezes, ser um pouco mais barato. Comparando a situação quando o genérico entrou no mercado em 2000 e a situação atual, percebe-se que houve realmente um aumento da competição por preço no mercado brasileiro. O genérico é um fator de ampliação do acesso e de redução de preço do medicamento.

Já é de conhecimento geral a importância da prevenção, forma mais eficaz e, ao mesmo tempo, mais barata de assegurar a própria saúde. Como é a relação do Ministério da

Saúde com o Ministério da Educação na questão de boa alimentação e bons hábitos de vida?

RESPOSTA:

Saúde e Educação. A nossa relação Saúde/Educação nunca foi tão próxima como agora. Nós estamos avançando em todas as áreas, nas questões dos hospitais universitários, das escolas médicas, da formação e da validação dos diplomas dos médicos formados no exterior. Há uma série de iniciativas em que os dois ministérios trabalham de maneira muito harmônica. Uma delas é o Saúde nas Escolas, relacionando educação em saúde, doenças sexualmente transmissíveis, hábitos, promoção e também realizamos assistência nas escolas, principalmente nos municípios mais pobres. Também, estamos envolvidos com o Territórios da Cidadania.

Mas essa pergunta levantou uma outra questão, relativa a um fenômeno brasileiro preocupante que é a questão da violência urbana, drogas, crack, tráfico de drogas, homicídios. Todos sabem que a escola é um poderoso antídoto para a violência, a desigualdade, para melhorar o acesso das pessoas a uma vida melhor, e o Brasil avançou muito na universalização do ensino básico. Mas curiosamente, o Brasil tem olhado sempre para uma ponta do sistema. Eu estou olhando hoje para crianças com seis anos ou mais, e o que está sendo feito com a origem dos problemas, que é a mulher grávida, o bebê e esse bebê até o quinto ano de vida?

Vários países do mundo têm políticas voltadas para essa faixa etária, o chamado Early Child Development (Desenvol-

vimento Infantil Precoce). As neurociências mais modernas comprovam que se o bebê não é adequadamente estimulado e cuidado durante esses três primeiros anos, o primeiro em particular, os danos no potencial desse ser humano são irreversíveis, mesmo pela escola.

Quando se juntam as neurociências no que há de mais moderno com a psicanálise, principalmente os estudos de Donald Winnicott, um pediatra inglês que trabalhou muito essa relação da mãe com o bebê desde o útero e principalmente no desenvolvimento emocional primitivo, chega-se a uma nova visão e uma nova abordagem.

Essa nova abordagem é fundamental principalmente para famílias pobres e mulheres em situação de vulnerabilidade. Há que concentrar os esforços na atenção ao parto, ao pré-natal, aos primeiros momentos de vida e no seguimento em creches como um espaço onde esse bebê seja estimulado a crescer emocionalmente, psiquicamente e neurologicamente.

No Brasil, hoje, temos dois estados com experiências nessa área: o Rio Grande do Sul, que há seis anos tem um trabalho com essa visão; e Pernambuco, agora com o governador Eduardo Campos, com o programa Mãe Coruja. O Ministério da Saúde está trabalhando em um projeto nessa linha que se chama “Brasileirinhos Saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional”. Evidentemente que a ação não é apenas do Ministério da Saúde, porque envolve também os ministérios da Educação, Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte.

É necessário ter uma visão ampla e a nossa expectativa este ano é começar com experiências em cinco cidades brasileiras e fortalecer e apoiar experiências de ONGs ou de entidades e instituições que trabalham com essa visão.

Apresentei essa proposta para a ministra (da Casa Civil) Dilma (Rousseff). Trata-se de uma grande mudança de qualidade na abordagem do assunto. Se não olharmos a origem da violência, da desagregação e da doença ficaremos apenas lamentando a situação. É necessário um ambiente familiar que estimule o bebê a desenvolver toda a sua potencialidade, o que começa na gravidez. De nada vai adiantar que esse bebê esteja bem alimentado fisicamente, se ele não estiver bem alimentado emocionalmente.

MARIA PAULA SANTOS (IPEA)

Como é que o senhor vê a perspectiva de carreira no SUS, uma vez que no início do governo Lula se organizou a Secretaria de Gestão da Educação do Trabalho no SUS, houve várias rodadas de negociação e essa agenda não avançou no Ministério. O senhor comentou sobre a rotatividade do trabalho nas equipes do Saúde da Família, e na área de saúde mental a rotatividade do trabalho também é muito grande por conta das terceirizações e do uso de entidades intervenientes. Qual é a importância da carreira do SUS para a melhoria da gestão do trabalho, da organização dos serviços e em que ponto

se encontram as negociações entre os profissionais e o Ministério?

RESPOSTA:

A carreira do SUS é um assunto muito complicado. É assustador pensar em uma carreira nacional do SUS em razão da questão do federalismo, e dificilmente funcionará. Prefiro modelos como o da Bahia, por exemplo. Na Bahia, o secretário Jorge Sola teve uma ideia genial.

A maioria dos municípios não tem condições de manter o Saúde da Família dentro de um padrão de qualidade razoável. O que se fez? Foi criada uma fundação estatal de direito privado e estabeleceu-se a carreira estadual para o Saúde da Família. Então, todos os funcionários que trabalham no Saúde da Família na Bahia, em todos os municípios, são contratados por essa fundação.

Existe plano de cargos e salários, expectativa de progressão profissional e com salários mais altos para os funcionários com especialização. O financiamento é tripartite, com participação dos recursos do Ministério da Saúde, do estado e dos municípios. A gestão é na ponta, a ação é na ponta, mas foi centralizado em um organismo que permite uma racionalidade. Considero esta uma experiência muito interessante.

O Brasil tem 500 municípios sem médico. Então, levar assistência médica, médicos e enfermeiros para áreas remotas e de difícil acesso, é um grande desafio. Seria preciso ter algo que infelizmente foi destruído no Brasil, que era a fundação Cesp.

A criação de uma carreira federal para permitir que médicos e enfermeiros possam trabalhar em áreas desassistidas está na nossa agenda.

Esta obra foi impressa pela Imprensa Nacional
SIG, Quadra 6, Lote 800
70610-460, Brasília - DF, em maio de 2010
Tiragem: 1.500 exemplares

