



LULA PRESIDENTE

Programa Setorial de Saúde
2007 / 2010





LULA PRESIDENTE

**Programa Setorial de Saúde
2007 / 2010**

Sumário

Apresentação

1. Introdução
O Sistema Único de Saúde - SUS
O Complexo Produtivo da Saúde
(CPS)
2. A situação da saúde no Brasil
3. Principais realizações do governo
Lula no sistema de saúde
4. Principais diretrizes/metastas e ações
para o período 2007 a 2010

APRESENTAÇÃO

Como o Governo Lula vai continuar cuidando da saúde do povo do Brasil? Em primeiro lugar, com o respeito que toda brasileira e todo brasileiro merecem, como nos primeiros quatro anos de governo. Em segundo lugar, com a decisão política de que a saúde será tratada como política de Estado e como direito de cidadania.

Este programa, elaborado com a participação ampla de dirigentes públicos, parlamentares, representantes partidários, entidades sindicais e de usuários dos SUS, instituições de saúde e da academia, apontará os caminhos que manteremos para a consolidação do SUS no Brasil. Ele é fruto da experiência acumulada em muitos anos de luta pela Reforma Sanitária e pela implantação do SUS. Muito se avançou nos quatro anos do Governo Lula. O SUS, inscrito como importante conquista na Constituição, vem se consolidando como a maior política pública de inclusão social do Brasil, quiçá da América Latina e do mundo.

No entanto, a oferta e a qualidade do atendimento prestado precisam continuar melhorando. Por isso, no programa do nosso governo, que tem o compromisso com a redução das desigualdades sociais, é reconhecido que ainda há muito por fazer: avançar e consolidar o que se implantou; implementar novas políticas estruturantes; consolidar

o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, bem como implementar outras políticas públicas que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

Já demonstramos que é possível tratar a saúde do povo do Brasil com responsabilidade. Realizamos ações no campo específico do setor (prevenção de doenças com origem na extrema pobreza – diarreia, infecções respiratórias e parasitárias –, as principais causas de mortalidade infantil) para prevenir enfermidades como febre amarela, cólera, dengue, hanseníase, malária e tuberculose, que voltaram a atingir a população de forma crescente em 2002 e foram controladas nos últimos quatro anos. A elas, associamos outras ações de governo, como Bolsa Família, saneamento, geração de emprego e renda, Luz para Todos, ProUni, ampliação de crédito, agricultura familiar, dentre outras.

Com a participação da sociedade, impulsionamos ampla mobilização em defesa do SUS: foi retomado o Movimento pela Reforma Sanitária; ampliamos a participação da comunidade; fortalecemos a ação dos Conselhos de Saúde e das Conferências; construímos e iniciamos a implantação do Pacto Pela Saúde com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Também implantamos a Mesa Nacional e Setorial Permanente de Negociação do SUS. Todas essas ações tornaram-se instrumentos poderosos à disposição da população e dos trabalhadores para fortalecer o SUS.

Nosso governo vai continuar enfrentando esses desafios com a mesma disposição demonstrada nos primeiros quatro anos. Avançaremos na implementação de políticas bem-sucedidas como o combate ao HIV/AIDS e às endemias; a assistência farmacêutica; o fortalecimento do controle social; as imunizações; a atenção básica efetuada pelo Programa Saúde da Família; os transplantes, as urgências e emergências; a atenção hospitalar; o investimento em ciência e tecnologia; a gestão do trabalho e da educação em saúde. Também vai ampliar e qualificar iniciativas exitosas como o Brasil Sorridente; o SAMU; o QualiSus; a Farmácia Popular; as pesquisas com células-tronco; o programa de reestruturação dos hospitais de ensino, de pequeno porte e filantrópicos. E consolidar o Pacto pela Saúde com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Além disso, será prioridade a implantação dos Centros de Referência de Especialidades, para enfrentar a grande dificuldade de acesso na área de atendimento ambulatorial especializado e de exames diagnósticos.

1. INTRODUÇÃO

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) – concebido sob a forma de política de seguridade social, como assistência e previdência – vem se consolidando como a maior política pública de inclusão social do Brasil, oferecendo serviços e ações para 180 milhões de pessoas. Firmou-se como a mais bem-sucedida proposta da reforma do Estado brasileiro, com um modelo inovador de pacto federativo e intensa participação social. A saúde é uma das bases de sustentação do Estado Social. Vinculada a direitos humanos, trabalho, moradia, educação, alimentação, paz e lazer, é o indicador mais sensível das desigualdades econômicas, culturais e sociais do País. É o setor onde ocorre intensa atividade econômica na produção de medicamentos, vacinas, equipamentos e serviços, movimentando significativa parcela do PIB. O investimento em saúde contribui para a melhoria das condições produtivas e a elevação do grau de satisfação da sociedade. A saúde no Governo Lula, tratada como política de Estado e direito de cidadania, com participação popular e controle social, produzirá um modelo exemplar de desenvolvimento nacional com justiça social. As doenças decorrem das desigualdades evitáveis e socialmente injustas. Demonstrando a importância das

ações intersetoriais para a saúde, o Governo Lula instituiu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde, com participação social, para propor políticas, programas, operações e ações que revertam as desigualdades e melhorem os indicadores nacionais e regionais de saúde. O atendimento humanizado e com qualidade é preocupação do Partido dos Trabalhadores e do Presidente Lula.

Apesar desse esforço, o acesso da população às ações e aos serviços de saúde do SUS – em suas necessidades, a tempo e hora adequados, em boas condições de atendimento e qualidade – apresenta ainda grandes desafios a serem enfrentados. É inaceitável que em municípios ou estados brasileiros o povo ainda não tenha acesso a um tratamento digno. No segundo mandato será intensificada a implantação de redes regionalizadas de serviços de fácil acesso, adequadas às demandas locais em todos os níveis de complexidade. Esse é um dos compromissos do Pacto pela Saúde – com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – firmado recentemente com estados e municípios. Manteremos a integração dos serviços privados conveniados, atendendo aos mesmos critérios de qualidade, humanização, rapidez e controle social presentes no SUS. O governo não poupará esforços para regulamentar a EC 29, que fixa patamares de vinculação da receita e define ações e serviços de saúde no SUS. O aperfeiçoamento dos mecanismos de acompanhamento, monitoramento e controle social

dos recursos do Ministério da Saúde e os transferidos a estados e municípios continuará sendo prioridade no combate ao desperdício e a desvios.

A gestão do trabalho no setor saúde vai considerar a importância de profissionais técnicos e administrativos concursados e organizados em carreira, e estes devem participar de processo de educação permanente para consolidar o SUS. A Mesa Permanente de Negociação aperfeiçoará o processo de funcionamento para firmar acordos e entendimentos entre os gestores e os trabalhadores do SUS.

A consolidação do SUS como política social, com ideal da solidariedade e valores universais de defesa da vida e dos direitos humanos, busca o aperfeiçoamento da democracia, do Estado capaz de fazer justiça social, da gestão pública controlada pelo povo e das macropolíticas que definirão o projeto de desenvolvimento nacional.

O COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE (CPS)

É fundamental compreender a Saúde não apenas numa dimensão estrita, que considera apenas a assistência ou a atenção ao paciente, mas abordá-la em sua complexidade – envolvendo o conjunto de setores da economia e das políticas institucionais que participam da produção da saúde como um todo – e em sua dimensão cidadã, do direito ao acesso a ações e serviços.

A produção de ações e serviços de Saúde inclui uma série de cadeias produtivas entrelaçadas, que efetivamente necessita ter uma política deliberada, coordenada e concertada para o seu conjunto. É o que constitui o Complexo Produtivo da Saúde (CPS), composto por cinco grandes elementos: Ciência e Tecnologia, Industrial, Trabalho e Educação na Saúde, Serviços, Distribuição e Comercialização. O SUS é um sistema com gigantesca capacidade de indução, de poder de compra governamental e de captação e difusão de tecnologia, pela complexa rede assistencial que possui – não apenas própria, mas conveniada e contratada. A ação governamental, direcionada para o desenvolvimento de políticas regulatórias, indutoras e eficientes, permite trabalhar essa totalidade para o desenvolvimento do Complexo Produtivo numa perspectiva de desenvolvimento social.

Uma política de investimentos deve considerar todas as ações dessa cadeia – por exemplo, a aplicação de recursos na modernização de plantas para certificação de vacinas –, identificando outras possibilidades de políticas governamentais de investimento. Ao se abordar o tema de formulação de políticas para o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde, deve-se, primeiramente, ressaltar a importância do diálogo teórico-prático entre economia e saúde, mas modificando o enfoque tradicional sobre os investimentos na área social, tidos como gastos improdutivos nas abordagens economicistas.

2. A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Diferentemente do senso comum, reproduzido por rádios, TVs e jornais, e em que pesem todas as dificuldades, desde 1988 o SUS vem se consolidando como a mais importante política social em curso no país, com base nos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e participação. Desse modo, além de um SUS quase invisível, que controla das epidemias e endemias à qualidade da água e dos alimentos, ele realiza, por ano, cerca de 12 milhões de internações; 2,2 bilhões de procedimentos e consultas ambulatoriais; 2,2 milhões de partos; 9,8 milhões de ultrasonografias; mais de 50 mil transplantes e 63 milhões de aplicações de vacinas. O SUS conta com cerca de 65 mil estabelecimentos de saúde, 26 mil equipes de saúde da família e 375 mil leitos hospitalares em todo o país, envolvendo mais de 2 milhões de trabalhadores.

O IBGE, pesquisando uma amostra de 384 mil pessoas (PNAD-Saúde/2003), demonstrou que hoje, no Brasil, 80% da população já contam com um serviço de saúde de referência. E que, de 1,8 milhão pessoas/dia que procuraram serviços de saúde, 98% foram atendidas – 86% das quais consideraram o atendimento recebido como bom ou muito bom.

O expressivo impacto do SUS nos indicadores de saúde explica-se tanto pela firme expansão das ações e dos serviços de saúde nos últimos

três anos quanto pela melhoria das condições de vida da população. Assim, lado a lado com a queda da miséria, da fome, do desemprego e do analfabetismo, além de outros inúmeros frutos das políticas sociais do Governo Lula, ocorreu importante ampliação no acesso à saúde. A mortalidade infantil caiu para 22,5 óbitos/por mil nascidos vivos, em apenas dois anos (2003 e 2004) diminuindo em 9,9% o número de óbitos – o que representa 8078 mortes infantis evitadas no período.

O número de mulheres sem acompanhamento pré-natal diminuiu em 22,5% entre 2003 e 2004, e 52% das brasileiras já têm o direito a sete ou mais consultas durante a gestação. Apesar de dificuldades localizadas, mantêm-se controladas as doenças transmissíveis, com melhora na detecção, nas ações de vigilância e na estrutura dos estados e municípios.

Além da diminuição da mortalidade por tuberculose, a partir de 2004 manteve-se o controle da dengue (cuja epidemia, em 2002, atingiu 800 mil casos notificados), apesar da irresponsabilidade sanitária de cidades e estados como o Rio de Janeiro, que colocam em risco o quadro nacional. Após a modernização do programa de hanseníase, em 2004 a prevalência caiu de 1,71 para 1,48 caso por cem mil, em apenas um ano. A epidemia de Aids registrou queda de mortalidade em 2004 e estabilidade ou diminuição de casos novos em diversos estados, destacando-se ainda o aumento da cobertura e a identificação dos casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

Em relação a um grande número de doenças

transmissíveis para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Duas delas já foram erradicadas: varíola e poliomielite. O sarampo foi eliminado e a meta da erradicação para a raiva humana por animais domésticos, rubéola congênita e tétano neonatal será atingida ainda nesta década. O MS investiu R\$ 180 milhões anuais no controle da malária, dos quais cerca de R\$ 142 milhões são transferidos sistematicamente a estados e municípios.

O programa nacional de imunizações tem garantido boas coberturas vacinais em todo o país, oferecendo excelente cobertura (de 86%) da população com mais de 60 anos contra a influenza. Neste governo foram introduzidas as vacinas contra o Haemophilus, reduzindo a mortalidade infantil por meningites e pneumonia, e contra o Rotavirus, fazendo do Brasil o primeiro país do mundo a oferecê-la na rede pública, com estimativa de 40% de redução nas internações infantis por gastroenterite infecciosa e redução de até 850 mortes anuais em crianças com até 5 anos.

3. PRINCIPAIS REALIZAÇÕES DO GOVERNO LULA NO SISTEMA DE SAÚDE

Atenção Básica (Saúde da Família)

A atenção básica – centrada na estratégia

Saúde da Família, responsável por 50% das ações de saúde no país – ampliou sua cobertura de 55 milhões de pessoas, em 2002, para 82 milhões em 2006. Acréscimo de 34% no período, com aumento de 56% do número de equipes (de 16 mil para 26 mil) chegando às grandes cidades e aos locais de mais difícil acesso, além de repasse de recursos diferenciados para comunidades quilombolas, assentamentos rurais e municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), visando reduzir as desigualdades sociais.

Assistência Farmacêutica

O acesso a medicamentos é um dos maiores desafios para o sucesso do tratamento e prevenção de doenças. Estima-se que a população de baixa renda consuma cerca de 60% do orçamento familiar com esse gasto, o que freqüentemente leva ao abandono do tratamento prescrito. A assistência farmacêutica foi uma prioridade definida pelo Presidente Lula em todas as suas dimensões: desenvolvimento, produção, controle da qualidade e regulação de preços de medicamentos, disponibilidade e orientação de uso correto para a população. O Governo Federal ampliou os recursos nessa área de R\$ 1,9 bilhão, em 2002, para R\$ 4,2 bilhões, em 2006, assegurando distribuição gratuita de medicamentos na rede pública. Também adquiriu moderna fábrica para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), levando a um salto na previsão de produção de 2 bilhões de

unidades farmacêuticas, em 2005, para 10 bilhões, em 2008. Fortaleceu os laboratórios oficiais dos estados e das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica). E criou o Programa Farmácia Popular do Brasil, que apresenta elevado grau de satisfação em suas farmácias próprias. São cerca de 180 Farmácias Populares em funcionamento (há mais 320 credenciadas em processo de instalação), oferecendo 90 apresentações de medicamentos e preservativo a preço de custo, e 1,7 mil farmácias e drogarias privadas credenciadas, vendendo medicamentos para hipertensão e diabetes com 90% de seus custos subsidiados pelo governo federal.

O Governo Lula deu passos importantes na implementação de ações que induzem o desenvolvimento da indústria farmacêutica doméstica. Essa indústria foi selecionada como opção estratégica pela Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior.

Particularmente importante para a indústria farmacêutica foi a criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma), linha de financiamento voltada para a reestruturação e desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional em três linhas distintas: Profarma – Produção, Profarma – C, T&I e Profarma – Fortalecimento das Empresas de Controle Nacional.

As operações com a carteira do Profarma totalizaram R\$ 928,4 milhões em financiamento em dezembro de 2005. Esse montante viabilizou o investimento total de R\$ 1,78 bilhão na indústria farmacêutica nacional.

Ações de Promoção e Vigilância em Saúde
Em 2006 o Governo Lula instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Referenciada no conceito ampliado de saúde, essa política é voltada para a promoção da qualidade de vida e para a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde e seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Para alcançar tal objetivo, é fundamental ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde, minimizando ou extinguindo desigualdades de toda e qualquer ordem (étnicas, raciais, sociais, regionais, de gênero, de orientação sexual, dentre outras), além de promover a articulação entre os diversos setores responsáveis pela proposição e implementação das políticas públicas – saúde, educação, cidades, economia, agricultura, etc.

A PNPS é oportuna e prioritária na medida em que corrobora com os compromissos assumidos pelo Brasil em sua legislação e também internacionalmente, como signatário das Metas de Desenvolvimento do Milênio propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), da Estratégia Global para a Alimentação Saudável e Atividade Física, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

O Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito já foi implanta-

do em 16 capitais, e vem tendo impacto na redução de traumas. A política de desarmamento resultou na redução em pelo menos 5 mil do número de óbitos por arma de fogo entre 2004 e 2005, e os estudos da SVS sobre o impacto do desarmamento na redução da mortalidade e morbidade hospitalar têm sido importantes no debate sobre a violência.

No período de 2003 a junho de 2006, o MS, por meio da Funasa, realizou ações de saneamento em cerca de 1.250 municípios brasileiros com menos de 30 mil habitantes, beneficiando cerca de 10 milhões de pessoas com investimentos de R\$ 2,3 bilhões. Essas ações vão desde a implantação de sistemas de abastecimento de água, resíduos sólidos e esgotamento sanitário até o manejo ambiental e drenagem urbana para o controle da malária. Destacam-se avanços obtidos em cerca de 900 comunidades indígenas e outras populações vulneráveis, como os remanescentes de quilombos.

Os principais avanços da política de saúde e nutrição foram: a) o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional foi incrementado, atingindo 1.050 municípios, e foram implantados projetos de capacitação e disseminação de práticas visando a alimentação saudável; b) foram adquiridos equipamentos antropométricos para viabilizar as ações da vigilância nutricional; c) ampliou-se o controle das carências por micronutrientes, a suplementação de Vitamina A atingiu 3,9 milhões de crianças na região do semi-árido e foi lançado o Programa

Nacional de Suplementação de Ferro, que hoje cobre 40% das crianças e gestantes; d) foi reformulada a tabela brasileira de composição de alimentos (TACO); e) foi reformulado o Guia Alimentar para a População Brasileira, incluindo as primeiras diretrizes alimentares oficiais em relação à definição de parâmetros nacionais sobre alimentação saudável; f) foi publicado o Caderno de Atenção Básica, que aborda a prevenção e o tratamento da obesidade; g) foram adequados os parâmetros calóricos das refeições de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira no Programa de Alimentação do Trabalhador; h) entre 2003 e 2005, foram apoiados mais de 100 projetos de extensão universitária e disponibilizadas tecnologias sociais para inclusão social e para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Atenção Especializada

As mudanças pelas quais passou a Atenção Especializada também marcam o período recente. Além da ampliação da oferta desses procedimentos em 20%, a nova política de qualificação das UTIs permitiu a criação de 3054 novos leitos e a qualificação de outros 860, a partir de 2003. A contratualização dos Hospitais de Ensino, mediante contratos de gestão por metas, envolve 200 importantes hospitais universitários, e serve de base para a contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte e dos grandes Hospitais Filantrópicos, com investimento total de R\$ 471 milhões.

Média e Alta Complexidade e Hospitalar

Para elaborar propostas, implantar e acompanhar a implementação das políticas de atenção de média e alta complexidade, foram criadas as Câmaras Técnicas, compostas por representantes de MS, Conass, Conasems, sociedades científicas afins e usuários. Nesse processo, foram revistas as políticas da atenção de alta complexidade para problemas auditivos, doenças renais, traumato-ortopedia, problemas cardiovasculares, doenças neurológicas, oncologia (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), assistência em terapia nutricional (queimados, gastroplastia), diretrizes para atenção ao portador de obesidade, implante coclear lábio palatal. Essas políticas geraram um aumento de repasse financeiro para estados e municípios da ordem de mais de R\$ 5 bilhões de recursos novos.

Com o objetivo de reduzir a demanda reprimida existente e identificada pelos gestores estaduais e/ou municipais, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade, tais como traumato-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, angiologia, proctologia, mastologia, gastroenterologia e cirurgia geral, não incluídos nos antigos mutirões nacionais, que incluíam apenas as cirurgias de catarata, retinopatia diabética, varizes e próstata. Foram investidos R\$ 160 milhões de recursos novos, além do destinado aos mutirões, nos últimos dois anos.

O Governo Lula deu início à Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, baseada em alguns eixos estruturantes: garantia de acesso, humanização, participação efetiva dos hospitais na rede de atenção à saúde, democratização da gestão e responsabilidade social dessas instituições. O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (365 hospitais contemplados em nove estados), a Política Integral de Atenção ao Paciente Crítico (3.054 novos leitos de UTI credenciados), a Política de Internação Domiciliar e o Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos são exemplos dessa Reforma.

Também os hospitais próprios do MS, no Rio de Janeiro, e os do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, passaram por um processo de reestruturação e redefinição de papéis, recebendo investimentos que propiciaram ampliação da oferta e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população do RJ e do RS.

Atenção às Urgências e Emergências

O governo Lula implantou a Política de Atenção às Urgências e Emergências, e o atendimento pré-hospitalar móvel foi implementado em todo país por meio da Rede Nacional SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), cujo principal objetivo é realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência de forma a reduzir o número de mortes, o tempo de internação em hospitais

e as seqüelas decorrentes da falta de socorro rápido. Atualmente, funcionam 101 SAMUs em 784 municípios brasileiros de 25 estados, com 101 centrais de regulação implantadas e em funcionamento. Além disso, deu-se início a uma articulação com as Forças Armadas, de forma a garantir o atendimento de urgência nas áreas de difícil acesso.

Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes, maior sistema público de transplante do mundo, ampliou em 33% sua produção no período 2002-2005 e qualificou seus sistemas de informação, com maior transparência e capacidade de controle público. Em 2005 foram realizados mais de 15 mil transplantes de órgãos e tecidos.

Saúde Bucal

Em julho de 2004 o Ministério da Saúde instituiu o repasse de recursos financeiros para a instalação e custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Até então, não havia uma política para o financiamento das ações especializadas em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CEO são referência para as Unidades Básicas de Saúde e ofertam ações de média complexidade, como: tratamento endodôntico (canal), atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor, periodontia (tratamento das doenças da gengiva e demais tecidos de sustentação

dos dentes) e diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), além de outros procedimentos a serem definidos nos municípios. Foram implantados, até julho de 2006, 420 CEO. Outros 247 CEO já foram credenciados. De janeiro de 2005 a maio de 2006, foram realizados 4.161.226 (quatro milhões, cento e sessenta e um mil, duzentos e vinte e seis) procedimentos odontológicos nos 334 CEO habilitados até então. A Coordenação Nacional de Saúde Bucal está elaborando os “Protocolos Clínicos nas Principais Especialidades Odontológicas”, o documento de “Recomendações para Referência e Contra-Referência aos Centros de Especialidades Odontológicas” e os cursos de “Capacitação Técnica para Gestores e Coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas”.

Diante do grande número de desdentados existentes e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, estão sendo implantados os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Entre janeiro de 2003 e julho de 2006, foram implantados 135 LRPD e produzidas 249.793 próteses dentárias (dentaduras e próteses parciais removíveis com estrutura metálica). Nos hospitais com até 30 leitos, foi incorporada a atenção de urgências odontológicas.

Em 2005 o Ministério da Saúde possibilitou a emissão, pelo cirurgião-dentista, da AIH (documento de Autorização de Internação Hospitalar) e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, para garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de cân-

cer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar dessa patologia. Ainda em 2005, estabeleceram-se diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de atenção por meio de unidades de assistência e centros de referência.

Entre 2005 e 2006, foram entregues 540 cadeiras odontológicas e 135 conjuntos de equipamentos (composto por aparelho de Raio-X, autoclave, amalgamador, fotopolimerizador e outros), para apoiar a instalação de CEO. Um total de 135 laboratórios de prótese também recebeu equipamentos (como motor de chicote, mufla, microondas, recortador e vibrador de gesso) para a implantação do serviço.

O projeto Brasil Sorridente vem diminuindo fortemente a exclusão social, que levou o Brasil a ter 10 milhões de desdentados e 4 mil mortes anuais por cânceres de boca. Ampliaram-se as equipes de saúde bucal de 4.260, em 2002, para 13.200, em junho de 2006. E ainda criou, capacitou e equipou 370 Centros de Especialidades Odontológicas, com mais outros 226 já credenciados.

Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/Aids

O Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/Aids, destaque importante do Governo Federal, viabiliza o tratamento com o coquetel de medicamentos anti-Aids para

100% das pessoas que procuram atendimento no SUS. Entre 2002 e 2005, ampliou o tratamento para 161 mil pessoas, incluindo quatro novos medicamentos. A expansão verificada do tratamento aos pacientes com o coquetel é resultado da política de acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais. De 2002 a 2005, ampliou-se o número de municípios participantes do programa em 173%. Também aumentou em 140% a cobertura populacional e em 138,6% os recursos repassados para estados, DF e municípios. Além disso, foram distribuídos testes para diagnósticos de HIV em 1.142 maternidades, para uso em triagem de gestantes.

A consolidação do Programa reduziu o número de internações por Aids de 167 mil, em 2003, para 148 mil em 2004. O tempo de sobrevida das pessoas com HIV/Aids passou de cinco meses em 1996 para quase 58 meses em 2005 – e deve chegar a 72 meses em 2006.

Estratégias de Inclusão Social na Saúde - Equidade

Para que se efetivem os princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços do SUS, são necessários esforços contínuos dos gestores rumo à inclusão de toda a população brasileira, no sentido de construir e implementar políticas de equidade direcionadas a populações mais vulneráveis social, econômica e epidemiologicamente, para as quais o acesso é mais difícil

do que para a média geral da população.

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Foi lançado em março de 2004, com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, garantindo uma atenção humanizada e com base em evidências científicas. Atualmente participam 25 estados, e dois estão em processo de adesão. A ONU considerou a pactuação entre gestores e sociedade civil, com definição de estratégias, responsabilidades e metas, como um modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do desenvolvimento do Milênio. O Ministério da Saúde garantiu recursos no valor de R\$ 31,17 milhões para intensificação de ações de qualificação da atenção à mulher e ao recém-nascido no Pacto. A Mortalidade Infantil era de 24,3 óbitos por mil nascidos vivos, e passou para 22,5 em 2004, redução significativa de 7,4%.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Lançada em 2004, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, e busca consolidar

os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega também a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as pessoas com doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. Ampliou a distribuição dos métodos anticoncepcionais reversíveis para atender às necessidades de 5.235 municípios, o que representou, em 2005, investimento de R\$ 27 milhões. Em 2002, foram gastos R\$ 7,8 milhões. No período de 2003 a 2005, foram credenciados 209 novos serviços para a realização de laqueadura tubária, totalizando 571 serviços no país.

Além disso, ampliaram-se as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, na sua especificidade e necessidades, tais como: mulher negra, mulher índia, lésbicas, trabalhadora rural, mulher em situação de prisão. Foi regulamentada a Lei de Notificação Compulsória dos Casos de Violência Contra Mulheres e Crianças. Em 2002, o número de serviços hospitalares que estavam preparados para atender mulheres vítimas de estupro eram 82. Em 2005, foram contabilizados 121 serviços, com aumento de 48%, abrangendo todas as regiões do país.

Principais ações para a atenção obstétrica e neonatal: fortalecimento da Humanização da Atenção ao Parto; reajuste dos valores pagos pelo SUS para parto normal (de R\$ 205, em 2002, para R\$ 317,15 em 2006), cesariana (de R\$ 337, em 2002, para R\$ 402,83 em 2004);

regulamentação da Lei do Acompanhante, instituindo a remuneração de R\$ 6 (seis reais) à diária para o acompanhante ao parto; lançamento da Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, no SUS e na Saúde Suplementar. Ainda como estratégia de inclusão, no período 2003/2006 foram implementados e implantados Comitês Técnicos Nacionais para organizar a saúde dos negros/quilombolas, populações do campo, da floresta, ribeirinhas e população GLBT, com ações específicas para cada uma delas.

Saúde do Idoso

Além do atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, destaca-se a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, imunizando 84% das pessoas com mais de 60 anos de idade. O resultado ultrapassa a meta de cobertura recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que é de 70% dos idosos.

Segurança e Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é a área da Saúde Pública voltada para a atenção e prevenção dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, como acidentes e doenças do trabalho. O trabalho, como fator determinante da saúde, tem sido amplamente estudado e discutido nos últimos anos, mas as ações em Saúde do Trabalhador, até o ano de 2002, vinham sendo desenvolvidas apenas por alguns estados e municípios, de forma isolada e fragmentada

das demais ações de saúde no âmbito nacional. Somente a partir de 2003, o Ministério da Saúde começou a executar uma política nacional para a área, com diretrizes, estratégias, ações e repasse de recursos. As principais ações foram: a) implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com 110 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em 2006 (existiam apenas 17 em 2002); b) Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador – não existia nenhum em 2002, hoje há mais de 1,2 mil serviços indicados; c) protocolos de atenção à saúde do trabalhador; d) trabalho infantil: Publicação do Protocolo - Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Crianças Economicamente Ativos e dos Módulos de Auto-Aprendizagem no Trabalho Infantil e Juvenil (em parceria com a OIT), e realização de 25 oficinas de trabalho para capacitação de 50 multiplicadores nos estados até dezembro de 2005; e) articulação intra e intersetoriais: Criação da Biblioteca Virtual em Saúde do Trabalhador, instalada a página do Observatório de Saúde do Trabalhador e realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Saúde Mental

O Governo Lula aprofundou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, garantindo, além de tratamentos clínicos intersetoriais, a reintegração das pessoas com doenças mentais aos seus lares e à sociedade em que vivem. Criou o Programa De Volta para Casa (beneficiando 2,4 mil egressos de hospitais com ajuda fi-

nanceira à família) e o Programa de Geração de Renda para usuários dos serviços de saúde mental (237 projetos em todos os estados do país). Outras realizações foram: ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de 424 para 882; ampliação das Residências Terapêuticas, de 160 para 480 módulos; ampliação das equipes de saúde mental na atenção básica; capacitação de 30 mil trabalhadores de saúde mental dos CAPS, dos ambulatórios e do Programa de Saúde da Família; regulamentação da estratégia de Redução de Danos; ampliação dos recursos financeiros de 1,8% para 2,7% do orçamento do SUS, invertendo o modelo de financiamento; implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil.

Saúde da População Negra

A saúde da população negra traz em si diversos desafios – entre eles, assimetrias econômicas, exclusões, acessibilidade deficiente e vulnerabilidades. Em virtude do racismo e da pobreza, os dados evidenciam profundas desigualdades de saúde em relação à população negra, refletindo as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a discriminação na atenção prestada, o que determina a baixa qualidade do atendimento. Há fortes evidências científicas de que o racismo é fator determinante nas desigualdades em saúde. Os dados mostram que a juventude negra está morrendo precocemente, vitimada pela violência. Por isso, o Governo Lula atuou fortemente contra o racismo e

o incluiu como um dos determinantes sociais para a saúde, incorporados na Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde. Por eleger a busca da igualdade racial como prioridade, um dos mega-objetivos do Plano Pluri-Anual 2004-2007 é a Saúde da População Negra, o que inclui a garantia de acesso dos quilombolas às ações e aos serviços de saúde e ainda a Campanha de Combate ao Racismo Institucional no SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde dessa população, maioria entre os que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde. Uma política de saúde voltada para a população negra se assenta em perfil epidemiológico marcado por singularidades, tanto do ponto de vista genético quanto das condições de vida que geram diferenças no processo de adoecimento, cura e morte.

Além disso, uma das principais realizações do Governo Lula para a saúde da população negra foi a pactuação com estados e municípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, cujos eixos são: a) melhoria do nível e de indicadores de saúde, especialmente a mortalidade infantil, materna, violências e homicídios, doenças infecciosas e hipertensão; b) inclusão de conteúdos sobre SPN nos processos de formação profissional; c) melhoria dos sistemas de informação e produção de conhecimento em saúde para a população negra.

Saúde das Pessoas com Deficiência

A política de atenção à pessoa com deficiên-

cia visa prevenir agravos e promover ações de reabilitação para o desenvolvimento pleno da capacidade, da habilidade e dos recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência com inclusão social.

Além do acesso ao conjunto das ações e serviços de saúde do SUS, as demandas e necessidades específicas de reabilitação são oferecidas nas Redes de Serviços de Reabilitação, que realizam o atendimento médico especializado: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, atendimento psicológico, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, fornecimento de órteses e próteses (auditivas, visuais, ortopédicas, bolsas de colostomia) e outros atendimentos, como a assistência ventilatória para pacientes com Distrofia Muscular Progressiva.

Em 2005 foram implantados 155 serviços de reabilitação física, 424 serviços em saúde mental e 91 serviços de atenção à saúde auditiva. Estão previstos, para 2006, mais 26 serviços de reabilitação física, 25 de saúde auditiva e 48 para atender às pessoas com deficiência mental.

A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, a partir de 2004, constituiu significativo avanço na perspectiva da atenção integral às necessidades de reabilitação da pessoa com perda auditiva ou surdez. Nos serviços de saúde auditiva, distribuídos em todos os estados da Federação, o SUS realiza tratamento clínico e cirúrgico, oferecendo aparelho auditivo e prótese para implante coclear, acompanhamento e terapias.

Um dos maiores avanços das políticas públi-

cas para a atenção às pessoas com deficiência ocorridos no atual governo foi a parceria estabelecida entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos com definição de linhas de pesquisa com células-tronco. Essas pesquisas trazem novas perspectivas para a qualidade de vida e a recuperação da saúde das pessoas com deficiência.

Saúde da População GLTB

O Conselho Nacional de Combate à Discriminação – instituído pelo Decreto Nº 3.952 (de 04/10/01) e vinculado ao Ministério da Justiça – teve como encaminhamento efetivo a elaboração e o lançamento, em 2004, do Programa de Governo Federal Brasil sem Homofobia (Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual), sob coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. No Ministério da Saúde, instituiu-se o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, com a atribuição de formular a proposta da Política Nacional de Saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais. Por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em articulação com a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT) e com a Associação para a Saúde Integral e Cidadania da América Latina (ASICAL), já vinha, desde 1995, estabelecendo ações de promoção à saúde de gays, por meio do Projeto SOMOS,

e também voltadas a transgêneros (travestis e transexuais), pelo Projeto TULIPA.

A instituição do Comitê Técnico Saúde da População GLTB, em 2004, teve como meta a ampliação, para além da questão da AIDS e demais DSTs, da atenção à população GLTB na esfera da gestão de políticas públicas de saúde, primando pelo combate à discriminação e pela qualificação da atenção integral à saúde desses segmentos populacionais.

Saúde da População da Amazônia

Diminuir as desigualdades regionais. Essa é uma diretriz do Ministério da Saúde, entendendo que cabe ao SUS promover, proteger e recuperar a saúde individual e coletiva, respeitando as diferenças e garantindo a universalidade do acesso aos grupos populacionais mais vulneráveis às desigualdades. Nessa perspectiva, foi criado o Plano de Saúde Amazônia, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Acordo Multilateral de Cooperação em Ciência e Tecnologia e Saúde da Amazônia, Conselho Nacional de Saúde e Organismos Multilaterais. A partir da articulação das diversas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e do reconhecimento da especificidade da Região nas políticas de saúde, busca-se assegurar a implementação do SUS, exigindo-se que o sistema atue com eficiência e eficácia no atendimento às demandas, produzindo um impacto positivo na qualidade

de vida da população dos nove estados que compõem a Amazônia Legal.

Saúde no Sistema Penitenciário

Essa política prevê a organização de ações e serviços de atenção básica à saúde em unidades prisionais. No Brasil, a população penitenciária está estimada em 224.130 pessoas reclusas em aproximadamente 539 unidades prisionais nos 27 estados da Federação. Foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, financiado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça em 10 estados brasileiros qualificados.

Saúde da População Rural

Na área rural, a responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde passou para 320 pessoas, possibilitando o aumento de mais de 7 mil contratações de ACS, com reajuste do incentivo financeiro em 50%. Com isso, foram contemplados em torno de 550 municípios. Também se firmou com a Marinha Convênio de Atendimento Oftalmológico para a população ribeirinha.

Saúde dos Povos/Nações Indígenas

A FUNASA ampliou os investimentos nessa área de R\$ 124 milhões, em 2002, para R\$ 200 milhões em 2005, prevendo-se R\$ 232 milhões para 2006. Em dezembro de 2002, as unidades de saúde eram 932, passando, em dezembro de 2005, para

1.436. O número de profissionais aumentou de 6,3 mil para 14,6 mil, o que contribuiu para a redução dos casos positivos de tuberculose e da mortalidade infantil. As ações integradas do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social, iniciadas em janeiro de 2005, reduziram a mortalidade infantil indígena em Dourados (MS) para 36,28/1000 nascidos vivos em 2005, comparando-se com 66/1000 nascidos vivos em 2004.

Qualificação e Humanização no SUS

Temos tido avanços na construção do SUS, mas algumas questões ainda exigem aperfeiçoamento. Entre elas, o acolhimento e a valorização dos trabalhadores e do vínculo entre usuários e equipes; a integralidade no processo de atenção; a atuação sistêmica, em rede hierarquizada, dos vários serviços. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem o propósito de efetivar os princípios do SUS nas práticas do dia-a-dia da atenção e da gestão, e de fomentar as trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde, invertendo o foco de programas anteriores, que eram voltados para unidades hospitalares. São princípios dessa política: a) a transversalidade; b) o protagonismo dos sujeitos e a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos e a construção de redes de cooperação; c) a inseparabilidade entre atenção e gestão nos processos de produção de saúde.

Gestão do SUS: estratégica e participativa Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão

Uma importante ferramenta de gestão participativa são os espaços de pactuação para ampliar a participação dos gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e usuários na identificação dos problemas e das proposições orientadoras das ações dos sistemas de saúde nas três esferas de gestão. Como exemplo tem-se, atualmente, o Pacto pela Saúde 2006 em suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Representa método inovador que aperfeiçoa a descentralização e a articulação entre as três esferas de governo em torno de compromissos e responsabilidades sanitárias. Nesse processo destacam-se: a) instituição de instrumento de responsabilização solidária no SUS, segundo o qual os municípios passam a ser gestores plenos, substituindo o anterior processo de habilitação; b) regionalização como eixo estruturante da organização da rede de serviços, instituindo mecanismos de gestão e planejamento regional pactuados; c) redefinição dos instrumentos de planejamento, regulação, controle, programação e avaliação; d) unificação, a partir de 2007, dos diversos pactos temáticos vigentes; e) fortalecimento do SUS por meio de iniciativas que valorizam o controle social, a promoção da cidadania e a simplificação do processo de financiamento

da saúde; f) o SUS no centro das agendas federativas como projeto de inclusão social e instrumento chave para a promoção da qualidade de vida.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

O repasse de recursos para estados e municípios aumentou em 15% no valor per capita, e a revisão da base populacional de estados e municípios, com base nos dados do IBGE, corrigiu valores repassados com vistas a fortalecer a gestão descentralizada, ou seja, dos estados e municípios. Os recursos foram ampliados por meio de adesão a programas como: SAMU, Brasil Sorridente, Saúde da Família, redução da mortalidade materna e infantil e combate ao câncer pélvico-uterino, com a contratação de atendimento especializado, internação, cirurgias e exames, além da correção da tabela de prestadores de serviços. Atualmente, 80% dos recursos do orçamento do Ministério são repassados diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Monitoramento, Controle e Avaliação

Neste governo, monitoramento, controle e avaliação da gestão do SUS transformaram-se em Meta Presidencial, com dez produtos esperados, sendo um deles a estruturação de um Sistema Nacional de Monitoramento e Avaliação. Para coordenar essas ações e apoiar a estruturação dos componentes

estaduais e municipais, previstos no Pacto pela Saúde, foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

A implementação do monitoramento e da avaliação do SUS integra a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. O Painel de Indicadores do SUS, em construção, será mais um instrumento colocado à disposição da sociedade para fortalecer o controle social do SUS.

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

O contexto geral da gestão do trabalho e da Educação na saúde, desde a década de 90, refletia os efeitos da política neoliberal imposta ao País: 13 anos sem Conferências Nacionais específicas; ausência de Planos de Carreiras para o SUS; precarização do trabalho, deixando mais de 800 mil trabalhadores do SUS sem direitos trabalhistas e previdenciários; ausência de concursos públicos e de negociação coletiva; desvalorização das estruturas de gestão; ausência de interlocução entre Ministério da Saúde e da Educação; entre outras. Para enfrentar tal situação, o governo Lula criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, formulou políticas públicas para a área e realizou a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2006, com a presença de 1.500 participantes de todo o país, envolvendo todos os estados e mais de 2.200 municípios.

Gestão do Trabalho

O Governo Federal reinstalou a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde para debater, negociar, e aprovar o PCCS-SUS, a criação de mesas estaduais e municipais de negociação, o Sistema Nacional de Negociação do Trabalho em Saúde, o Processo Educativo em Negociação Coletiva para 2.000 trabalhadores e gestores, o Protocolo de Cedências de Pessoal, a desprecarização do trabalho, entre outras conquistas. Foram elaboradas as Diretrizes Nacionais de Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS (PCCS-SUS), que atinge mais de 2 milhões de trabalhadores. Foi criado o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), constituído de gestores e trabalhadores, apresentando resultados como: o diagnóstico situacional; a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS; a realização de concursos públicos em várias secretarias municipais e estaduais e para mais de 4.000 vagas nos hospitais federais, na Fiocruz, na Anvisa e na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foi aprovada no Congresso Nacional a Emenda Constitucional nº 51, regularizando os vínculos de mais de 200 mil Agentes Comunitários de Saúde e 70.000 Agentes de Combate às Endemias. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, implantada no governo Lula formula ações e cria mecanismos de regulação profissional e iniciativas legislativas para a área da saúde.



Gestão da Educação na Saúde

No governo Lula, estabeleceu-se uma política de educação na saúde para a formação de profissionais com perfil adequado para atender às necessidades da população, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Foi estabelecida cooperação técnica entre o Ministério da Educação e da Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, desde o nível técnico até a pós-graduação. Por meio dos Pólos de Educação Permanente, consolidou-se uma rede complexa de participação social, instância de articulação interinstitucional, de abrangência locorregional, responsável pela gestão da educação permanente em saúde. Promoveram-se mudanças nos cursos de graduação, aproximando instituições formadoras da realidade de saúde, formando profissionais capacitados para atuarem no sistema. O Aprender SUS sensibilizou e mobilizou a comunidade acadêmica da área de saúde. Debateu-se a implementação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais, construiu-se o programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver SUS). Foi revisto o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, considerando-se a articulação dos cursos com o sistema de saúde. Foi ampliado o financiamento para programas de Residência e Especialização e o credenciamento de novas vagas de Residência

em Medicina de Família e Comunidade. Foi criada a Residência em Área Profissional da Saúde e instituída a Residência Multiprofissional, para atender ao princípio da integralidade. No nível técnico, o projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE), entre 2000 e 2006, formou 289.873 trabalhadores, com um investimento de US\$ 289,8 milhões. Foram qualificados 6.417 trabalhadores na área da odontologia, sendo investido um total de R\$ 20,3 milhões, exclusivamente pelas Escolas Técnicas do SUS de 11 estados, no período de 2003/2006. A qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde está sendo executada em 22 estados, atendendo a 147.039 trabalhadores da atenção básica, no período de 2005/2006, com investimento de R\$ 113,3 milhões.

Democratização da gestão do SUS

A gestão democrática, a mobilização e a participação popular são marcas deste governo em busca de soluções para os graves problemas sociais existentes. O Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa para apoiar, articular, qualificar e implementar a participação, a negociação e a pactuação – com estratégias de gestão e instrumentos de controle como ouvidoria, auditoria, monitoramento, avaliação e apoio à gestão participativa – como dispositivo para a inclusão social e a promoção da equidade em saúde.

Foram criados os Comitês de Promoção da Equidade, construídos de forma coletiva entre gestores, trabalhadores, usuários e movimentos populares rurais e urbanos, além de grupos populacionais vítimas da exclusão, com o propósito de fazer a interlocução entre as necessidades de saúde desses grupos e as áreas técnicas do Ministério da Saúde. O apoio permanente à participação popular e ao controle social, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, fundamental para o fortalecimento das estruturas de gestão participativa no SUS, é o diferencial quando comparado aos governos anteriores. Como espaços de democratização da gestão do SUS, estão sendo implementados:

Colegiados de gestão

Nesta gestão, foram criados e implementados Conselhos de Gestão Participativa nos Hospitais próprios do MS, nos Hospitais Universitários e nos Hospitais de Pequeno Porte. Busca-se também fazê-lo nos hospitais filantrópicos.

Mesa permanente de negociação com os trabalhadores da saúde

Estratégia para desenvolver a política de democratização das relações do trabalho no SUS, reinstalada em 2003, constitui-se como espaço democrático de negociação e de pactuação entre gestores, trabalhadores e prestadores públicos e privados, sobre as



questões referentes às relações e aos processos de trabalho.

Relacionamento do Ministério da Saúde com prestadores de serviço

Esta relação se caracterizou pelo diálogo e respeito, destacando-se a negociação com os hospitais de pequeno porte, com os hospitais em geral e hospitais de ensino para aumento de recursos, tendo sido instituída a contratualização, priorizando o direito à qualidade e não o direito econômico.

Diálogo com os movimentos sociais

Na perspectiva de fortalecer a democracia e promover a participação popular na gestão das políticas públicas, foi criada a área de Educação Popular em Saúde, que se articula com movimentos sociais, trabalhadores rurais, estudantes, educadores populares e trabalhadores da saúde, possibilitando a efetiva e qualificada participação na formulação de políticas de saúde, envolvendo conselheiros e integrantes de movimentos populares. Foram implementados processos de educação permanente para o controle social, capacitando 85.000 conselheiros. O reconhecimento e a valorização do saber e das práticas populares de saúde que aproxima o SUS do cotidiano das comunidades deram origem ao Catálogo Nacional de Práticas de Educação Popular em Saúde, envolvendo mais de 100.000 pessoas em cursos de formação em Educação Popular em Saúde, eventos

regionais para compartilhamento de experiências, ampliação dos espaços e práticas de cuidado, interlocução com a gestão, conselhos e academia, mobilizando todos em defesa do SUS.

Relacionamento do Ministério da Saúde com o Controle Social do SUS

A autonomia do controle social está refletida no protagonismo da sociedade civil na construção do primeiro Plano Nacional de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde com participação popular. Tal fato é constatado, ainda, pelo grande número de resoluções aprovadas pelo CNS e homologadas pelo Ministro da Saúde, que aumentou, em relação ao governo passado em 83% e o número de conferências nacionais, que foram 6 em 8 anos do governo passado, enquanto que, neste governo, em 3 anos e 6 meses, foram realizadas 7 conferências nacionais, envolvendo meio milhão de participantes.

Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria do SUS, criada em 2003, é um canal de participação para os cidadãos, por meio do qual o usuário do SUS pode formular queixas, dar sugestões, fazer reclamações, denúncias, elogios e solicitar esclarecimentos sobre ações e serviços de saúde prestados pelo SUS. Vem se consolidando por meio de ações como a unificação dos telefones 0800, implementação do Ouvidor SUS, celebração de convênios com estados e municípios

e desenvolvimento de diretrizes e estratégias que facilitam a implementação do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, estabelecendo instrumentos de garantia dos direitos dos cidadãos, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Auditoria do SUS

A Auditoria do SUS é componente relevante de controle interno, importante instrumento de gestão e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus, órgão central do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, vem desenvolvendo parcerias com estados e municípios no apoio à implantação de seus respectivos componentes.

Neste governo, desencadeou-se um processo de mudança conceitual, normativa e operacional que altera a lógica pautada na análise da produção e do faturamento para a lógica que orienta o acesso à atenção qualificada aos cidadãos.

No governo Lula foram realizadas 5.271 ações de auditoria, abrangendo 1.316 municípios brasileiros. Isso representou a fiscalização de R\$ 19 bilhões em recursos do SUS, com indicação de R\$ 180 milhões em glosas. O Denasus participou, ainda, de ações compartilhadas com a Controladoria Geral da União (CGU) a partir dos sorteios públicos de municípios a cada dois meses, e valorizou os profissionais da área, incluindo a capacitação de 1,2 mil auditores do Sistema Nacional de Auditoria nas áreas de Regulação,

Controle, Avaliação e Auditoria, bem como a instituição de gratificação incidente sobre os vencimentos como forma de incentivo e reconhecimento do trabalho executado.

Informação e Comunicação em Saúde

O governo reafirmou a importância da comunicação e informação em saúde como direitos essenciais para o fortalecimento do SUS. Uma das primeiras iniciativas do atual governo, em 2003, foi propor a inclusão do tema na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Várias propostas desse fórum vêm sendo implementadas pelo Ministério da Saúde, como Política Pública de Comunicação, coerente com a diversidade cultural da população brasileira.

O Conselho Nacional de Saúde vem discutindo, desde 2005, o “Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde”, incentivando, no âmbito dos Conselhos de Saúde, o fortalecimento do acesso e da apropriação democrática da comunicação e informação em saúde, respeitando as diversidades regionais.

Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

No Governo Lula, o MS assumiu a coordenação dessa política. Aproximou o esforço dos pesquisadores e das instituições de C&T às demandas nacionais de saúde. Responsável por cerca de 17% das publicações científicas brasileiras, a pesquisa em saúde representa apenas 0,9% da produção mundial. A

dependência externa é agravada pela baixa transferência de conhecimentos técnico-científicos para o cuidado à saúde. Para superar essa lacuna, o MS criou a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, aprovou a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde e constituiu redes de pesquisas clínicas, doenças negligenciadas, determinantes sociais em saúde e saúde de populações vulneráveis. Teve forte participação na implementação da Política Nacional de Biotecnologia, nos Fóruns de Competitividade e Fundos Setoriais de Saúde, Biotecnologia, Fármacos e Medicamentos, visando aprimorar a competência nacional e diminuir a dependência à importação. Na pós-graduação, atuou com o MEC para articular as pesquisas e os programas com a agenda de prioridades e o esforço de inovação.

A Fiocruz, maior instituição de Ciência e Tecnologia em Saúde da América Latina em decorrência das políticas de C&T e de saúde implementadas, foi valorizada e fortalecida no Governo Lula. De 2002 a 2006, seu orçamento aumentou em 86% (mais de R\$ 280 milhões de investimentos); oficializou-se o Estatuto da instituição, de acordo com os princípios da gestão democrática e participativa; foi realizado o maior concurso público da Fiocruz, com mil novas vagas e criado o novo plano de cargos e carreira. Também foi realizado o alinhamento estratégico entre as diretrizes e prioridades de governo e do SUS e as ações do Plano Plurianual da Fiocruz; o número de egressos de cursos quintuplicou; a realização de exames laboratoriais de

referência triplicou; o número de pesquisas publicadas aumentou em 50%; a produção de kits diagnósticos aumentou em 50% e a produção de medicamentos aumentou em mais de 70%.

Foi criada a Hemobrás, que, além da produção dos hemoderivados, será uma indústria e instituição de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação da biotecnologia. Aspectos econômicos, tecnológicos, sociais e éticos foram decisivos na tomada de decisão para sua criação. Há 15 anos fala-se em “auto-suficiência em hemoderivados”. O Brasil possui cerca de 200 mil litros de plasma/ano disponíveis para a obtenção desses medicamentos. Essa quantidade de plasma pode ser aumentada para que o país atenda a sua demanda integral.

A substituição da importação desses produtos levará à economia esperada e possibilitará avanços tecnológicos com o desenvolvimento de novos hemoderivados, por meio da tecnologia dos recombinantes ou a partir do plasma humano, resolvendo a questão ética em relação ao atual descarte deste material de alto valor biológico. A Hemobrás, ao entrar em produção nos próximos anos, deverá gerar, progressivamente, centenas de empregos diretos e milhares de outros indiretos.

Saúde Suplementar

Um dos maiores desafios do Governo Lula foi o de trazer uma nova perspectiva ao processo regulatório da saúde suplementar. Atu-

almente, a atividade regulatória da Agência Nacional de Saúde (ANS) atrela à regulação econômico-financeira a regulação assistencial, induzindo a produção da saúde.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, lançado pela ANS, tem dois componentes: qualificação das operadoras de planos de saúde e qualificação do órgão regulador.

Com relação à qualificação das operadoras, foram avaliadas, no ano de 2005, 850 operadoras, a partir de quatro dimensões: atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários. Paralelamente, editou normas para a concessão da autorização de funcionamento. Até 2004, as operadoras funcionavam com registros provisórios.

A qualificação institucional ocorre de forma gradativa. Foi iniciada com a realização de concurso público, o que significou a transição de um cenário de provisoriedade para um cenário de servidores efetivos, e a ANS conta hoje com 342 servidores concursados. A Agência também instituiu o Plano de Carreira e o processo de Avaliação de Desempenho Individual dos seus servidores.

Como estratégia de melhoria da atenção à saúde prestada aos beneficiários de planos de saúde, estabeleceu-se um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), para registro e intercâmbio de dados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, e criaram-se incentivos para que as operadoras adotassem Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.

Registre-se que 214 operadoras apresentaram propostas para avaliação da Agência.

A participação popular e o Controle Social do SUS no Governo Lula

Nesta gestão, as Conferências de Saúde mobilizaram meio milhão de brasileiros para a elaboração do Plano Nacional de Saúde em execução. O respeito ao controle social e ao Conselho Nacional de Saúde - CNS valorizou a opinião da sociedade civil na elaboração das políticas do governo e confirmou o espaço permanente e estável de formulação, deliberação e controle de políticas e estratégias para o SUS. O governo Lula atendeu à reivindicação das Conferências de Saúde para democratizar e ampliar a participação e a composição do CNS, realizando eleições de conselheiros, entre as entidades da sociedade civil, e do Presidente do CNS, entre os seus membros. O apoio à articulação de atividades entre os Conselhos de Saúde garantiu o funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, a implantação da Política Nacional de Comunicação e Informação para o Controle Social, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde de acesso público, o estímulo à inclusão digital e a implementação da Política de Educação Permanente para os conselheiros de saúde, ampliando o reconhecimento do SUS pela população. Ao investir nas relações com a sociedade criaram-se condições para a solução dos conflitos oriundos desses espaços plurais que são as conferências e os conselhos de saúde.

Relações Internacionais em Saúde

A saúde ganhou relevância na política de relações internacionais do Governo Lula. Além dos problemas locais, os sistemas nacionais de saúde são forçados a enfrentar a globalização dos riscos, associada às mudanças ambientais globais, movimentos populacionais, trocas comerciais, tráfico de drogas e disseminação de novas tecnologias. A ameaça de doenças emergentes e pandemias, a exemplo da Aids, SARS e Gripe Aviária, vem exigindo o reforço em áreas da pesquisa, vigilância e estrutura dos serviços de saúde e a solidariedade internacional.

Por outro lado, as políticas nacionais são influenciadas por movimentos globais, sejam econômicos, políticos ou científico-tecnológicos. O fato de o Brasil ter na Constituição sua política de saúde garantida pelo Estado, e de ter implementado esta política de maneira bem sucedida, colocou o país como referência internacional, apresentando uma agenda com possibilidade de articular países e organismos internacionais que defendam a implantação de sistemas de saúde universais, equânimes e gratuitos.

A utilização da saúde como instrumento de integração sul-americana também foi adotada pelo governo brasileiro. Ações intersetoriais do Ministério da Saúde, Ministério de Relações Exteriores, Subchefia de Assuntos Federativos e Ministério da Integração Nacional foram desenvolvidas. Destacam-se a implantação do Sistema Integrado de Saúde

das Fronteiras (SIS-Fronteiras), a criação da Comissão Intergovernamental para promover a política de saúde sexual e reprodutiva no Mercosul e Estados associados e a inflexão na agenda do Sub-Grupo de Trabalho da Saúde do Mercosul (SGT-11), investindo na integração dos Complexos Produtivos de Saúde dos países membros. Essas ações procuraram romper com limitações burocráticas ao acesso aos cuidados de saúde, utilizando o setor como elemento de desenvolvimento econômico.

TEM ESPECIAL DESTAQUE A COOPERAÇÃO COM A ÁFRICA E A AMÉRICA LATINA.

SIS Fronteira

No Governo Lula foi criado o Comitê do SIS Fronteiras, que elaborou um plano de trabalho pautado nas especificidades locais, compreendendo três fases: Diagnóstico Local e Plano Operacional; Qualificação da Gestão, Serviços e Ações e Implementação da Rede de Saúde nos Municípios Fronteiriços; Implantação de Serviços nos Municípios Fronteiriços. A execução está na fase I, finalizando o plano de monitoramento e avaliação do diagnóstico dos municípios fronteiriços.

Cooperação com Países da África

A cooperação com a África foi significativa, incluindo o aprimoramento do ensino de saú-

de pública em Angola e Moçambique e ramificações a distância para Guiné Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe; o fornecimento de vacina de febre amarela para a República Democrática do Congo; e a cooperação com a UNAIDS em Zimbábue e Zâmbia no combate à AIDS e à tuberculose.

Integração com a América Latina

Foram doados 24 milhões de vacinas de febre amarela para Venezuela, Colômbia, Bolívia e República Dominicana; instituiu-se a Rede de Pesquisa da Região Amazônica, incluindo o fortalecimento da Organização do Tratado da Bacia Amazônica; realizou-se o desenvolvimento da Rede de Laboratórios de Saúde (ANLIS) da Argentina e a coordenação da Rede Latino-Americana de Formação Técnica.

O Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores e o Fundo de População das Nações Unidas apoiaram o Governo do Haiti na implementação de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica.

Foi criado o Fórum de Articulação entre os Ministérios da Saúde (Programas de Saúde da Mulher) e Movimentos Sociais na América Latina e Caribe. Também foi realizado o Seminário Internacional de Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde: Experiências da América Latina e Caribe. O Seminário resultou na criação do Fórum Latino-Americano de Acompanhamento das Políticas Públicas para as Mulheres.

4. PRINCIPAIS DIRETRIZES/METAS E AÇÕES PARA O PERÍODO 2007 A 2010

Ações de Promoção e Vigilância em Saúde

Implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na gestão 2007-2010 é fundamental para o processo de efetivação do princípio da integralidade no SUS. Para isso, é necessário: a) implementar estratégias de articulação intersetorial entre as várias áreas de governo, potencializando as ações específicas de cada setor, para enfrentar os problemas de saúde que afetam a população brasileira; b) desenvolver uma política de educação permanente dos trabalhadores e gestores da saúde para que se apropriem de tecnologias de planejamento e gestão capazes de ampliar as iniciativas intersetoriais; c) valorizar a participação da população no debate desse tema; d) implementar mecanismos de gestão integrada e colegiada das políticas públicas determinantes e condicionantes da saúde, com vistas ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, numa perspectiva de construção de uma mentalidade sanitária no conjunto do governo e da sociedade civil organizada, e não apenas como política setorial. Para isso, é fundamental a articulação com as instituições

de ensino e pesquisa, informação e comunicação, tanto para o desenvolvimento de projetos de educação permanente para a saúde quanto para o desenvolvimento de ferramentas de avaliação das ações e intervenções de promoção da saúde. Deverão ser contempladas políticas para a promoção de alimentação saudável; práticas corporais e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução de morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e o estímulo da cultura de paz; e a promoção do desenvolvimento sustentável.

★ 32

Sistema Nacional de Vigilância à Saúde - SNVSA

É necessário aprofundar a implementação do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde (SNVSA) no Brasil. Para isso, será revista a estrutura da Secretaria de Vigilância à Saúde, melhorando a articulação entre os órgãos federais que integram o sistema, especialmente a Secretaria de Vigilância à Saúde e a Anvisa, e promovendo a descentralização das ações para os estados, Distrito Federal e municípios. Também é preciso concluir a implantação do Sistema Informatizado de Notificações de Eventos Adversos (Notivisa), que consiste na captação, análise, investigação e gerenciamento das notificações sobre o uso de produtos sob Vigilância Sanitária, visando retro-alimentar o SNVSA para as ações de proteção da saúde da população.

Estruturação de Rede Nacional de Laboratórios para a Vigilância Sanitária

A reestruturação e a implementação de uma rede de laboratórios de saúde pública para atenderem a todas as demandas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é necessária, bem como a garantia do financiamento das análises para esse sistema.

Saneamento como ação de promoção da saúde

São os seguintes os principais desafios para o setor saúde na política de saneamento ambiental: a) aprofundar a integração entre as ações de saneamento e os programas de saúde: atenção básica, vigilância epidemiológica e ambiental, controle de endemias e agravos; b) promover os serviços de saneamento, junto às comunidades indígenas, priorizando as comunidades localizadas na Amazônia Legal; c) ampliar as ações do Programa de Saneamento Rural nas áreas de quilombolas, ribeirinhos, assentados e outras; d) ampliar as ações de saneamento do Programa Água na Escola.

Saúde e Nutrição

As principais diretrizes são: a) fortalecer as ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS e em outras esferas de promoção da segurança alimentar e nutricional; b) fortalecer o SISVAN; c) for-

mular e implementar um Programa Nacional para Alimentação Saudável e Adequada, de forma intersetorial; c) fortalecer as ações de promoção de alimentação saudável; d) estabelecer diretrizes nutricionais para os níveis de média e alta complexidade da saúde; e) fomentar a criação das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição nos estados, dentro dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e CONSEAS.

Atenção à Saúde

Atenção Básica

As principais diretrizes são: a) assegurar a universalização do acesso às ações e aos serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; b) incentivar a composição multiprofissional das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, de forma a torná-las resolutivas; c) incentivar os municípios, com a participação dos estados, a implantarem a Atenção Domiciliar, para garantir aos usuários com dificuldades de locomoção um acompanhamento de qualidade e humanizado, facilitando sua reabilitação e melhorando a qualidade de suas vidas.

Atenção Especializada

Atenção de Média e Alta Complexidade e Hospitalar

Diretrizes: a) garantir a integralidade da atenção por meio da criação dos Centros de Atendimento Especializados de Média Complexidade, que deverão ser referência

regionalizada para a rede de atenção básica, de forma a assegurar o tratamento completo, após o acesso dos usuários, dentro da rede SUS. Esses Centros poderão realizar atendimentos especializados definidos epidemiologicamente, exames, serviços de reabilitação com fornecimento de órteses e próteses, pequenas urgências e cirurgias eletivas que não necessitam de hospitais ou pronto-socorros, dispensação de medicamentos excepcionais, dentre outros; b) criar nos Centros de Atendimento Especializados e nos serviços de atendimento das Universidades (ambulatórios e hospitais de ensino) o sistema TELESÁUDE, que apoiará, a longa distância, a tomada de decisão das equipes de atenção básica, permitindo agilizar o acesso dos profissionais a resultados de exames de apoio diagnóstico, tornando mais eficiente e rápido o tratamento. Esse sistema permitirá também a criação de uma rede de troca de informações entre profissionais, por meio da qual serão escolhidos alguns Centros de Referência ligados a unidades assistenciais de excelência e universidades, para suporte técnico e profissional, nos quais os profissionais de saúde poderão levantar questionamentos que os ajudarão no diagnóstico, evitando deslocamentos desnecessários de pacientes. A infra-estrutura da Rede Nacional de Pesquisa (RNP) e do Sistema Integrado de Proteção da Amazônia (SIPAM) pode, sem transtornos, dar tráfego a informações necessárias ao sistema de saúde que servirão, simultaneamente, à rede de ações e serviços de saúde e para a educação permanente na saúde; c)

apoiar estados e municípios na criação das Centrais de Regulação, garantindo o acesso dos cidadãos de forma mais rápida e humanizada na rede hierarquizada de atenção integral à saúde; d) implementar estratégias de acesso à reprodução humana assistida; e) implantar Centros de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon – no Acre, Alagoas, Distrito Federal e Pará; f) credenciar 16 novos centros de referência em oncologia; g) criar redes regionais de atenção oncológica, interligadas a uma rede nacional; h) cada hospital federal, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, deve formalizar sua estrutura colegiada de gestão, estabelecendo termos de contratualização com a direção nacional do SUS e demais gestores, para o cumprimento de metas, estabelecendo a responsabilização dos trabalhadores e gestores para o alcance de resultados pactuados, incluindo a integração definitiva ao sistema local de saúde.

Atenção às Urgências e Emergências

Aprofundar a implementação da Política de Atenção às Urgências e Emergências, implantando os demais componentes previstos, quais sejam: a) reorganizar a rede assistencial de urgência, de forma a torná-la mais qualificada; b) humanizar o atendimento na rede de urgência; c) instituir processo de educação continuada para os trabalhadores das urgências; d) estabelecer mecanismos de prevenção às violências e acidentes, com articulações intersetoriais; e) articular e implementar, com o apoio das Forças Armadas,

o atendimento nas áreas de difícil acesso (regiões pantaneiras, de florestas, dentre outras), com a entrega, até 2008, de sete ambulâncias pelos Ministérios da Saúde e da Marinha, para os serviços de atendimento às populações ribeirinhas.

Saúde Bucal

Para potencializar a capacidade assistencial e qualificar as ações realizadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), propõe-se: a) expandir o número de especialidades ofertadas; b) ajustar os incentivos financeiros repassados aos CEO habilitados; c) ampliar o processo de aquisição e distribuição de equipamentos odontológicos para apoiar a implantação de novas unidades de CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; d) divulgar as publicações de saúde bucal do Ministério da Saúde; e) ampliar os cursos de capacitação para os profissionais e gestores dos CEO. Propõe-se ainda, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas em Alta Complexidade (CEO-AC), para ampliar o acesso e a qualificação da atenção aos pacientes que necessitam de reabilitação extra-oral (tanto os acometidos por câncer bucal, quanto as vítimas de traumas na face) e pacientes com anomalia crânio-facial, tais como pessoas com fissuras no lábio e no palato (céu da boca). Nesses centros serão realizados implantes dentários ósseo-integrados e cirurgias reconstrutoras, entre outros procedimentos de alta complexidade. Está em curso

a implantação de Programas de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, o que possibilitará o treinamento do Cirurgião-Dentista em unidades hospitalares, qualificando a assistência odontológica em alta complexidade.

Transplantes

As principais diretrizes para a política de transplante são: a) fortalecer o Sistema Nacional de Transplantes, democratizando o acesso e tornando-o mais permeável ao controle público; b) estimular a doação e melhorar a estrutura de captação e conservação de órgãos e tecidos; c) aprimorar os critérios de priorização dos casos; d) aumentar a qualidade e a capacidade de realizar transplantes; e) aperfeiçoar o cuidado e o acompanhamento aos transplantados, garantindo maior sobrevivência; f) ampliar a implantação dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical; g) ampliar a capacidade da rede SUS para a realização de transplantes de órgãos sólidos.

Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/Aids

Principais diretrizes: a) fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV, ampliando o acesso aos preservativos e às ações educativas; b) garantir o acesso aos anti-retrovirais para todos que deles necessitam, fortalecendo a capacidade de produção nacional desses medicamentos.

Estratégias de Inclusão Social na Saúde (Eqüidade) **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**

Diretrizes: a) afirmação enquanto política de Estado incorporando a intersectorialidade, com destaque para os Ministério de Educação, Desenvolvimento Social, SPM e SEPIR; b) apoio técnico e financeiro aos planos Estaduais e Municipais de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; c) mudança de paradigma da atenção obstétrica e neonatal por meio de continuação das ações de formação das maternidades públicas e conveniadas ao SUS.

Atenção Integral à Saúde da Mulher

Principais Diretrizes: a) Atenção as Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência: i) garantir a implementação das Redes Integradas de Atenção à Violência Sexual e Doméstica nos Municípios; ii) garantir o acesso ao atendimento humanizado ao aborto, previsto no artigo 128 do Código Penal Brasileiro; iii) garantir o acesso à contracepção de emergência e aos medicamentos para a prevenção e tratamento das DST/AIDS; b) Expansão e Qualificação das Estratégias de Prevenção e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e Mama, com a implementação das diretrizes e estratégias do Plano de Ação para o Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama, que integra a Política de Atenção Oncológica; c) Incorporação

de ações de Saúde Integral para as Mulheres do Meio Rural, Mulheres Índias e Mulheres Negras, às Políticas Públicas de Saúde: i) inclusão do quesito raça/cor na política de saúde; ii) garantir estratégias de equidade no acesso dos serviços de saúde no meio rural e nos Distritos Indígenas; iii) incorporação à Estratégia de Saúde da Família da perspectiva de gênero na atenção, objetivando dar visibilidade aos agravos à saúde resultantes da condição das mulheres; d) Garantia de Acesso da População às Ações Integrais de Saúde Sexual e Reprodutiva: i) disponibilização de informações e de métodos contraceptivos cientificamente seguros a todas as mulheres em idade reprodutiva que necessitem; ii) implementação das estratégias para acesso à reprodução humana assistida, conforme a política elaborada pelo MS em parceria com as sociedades científicas e o movimento social.

Saúde do Idoso

Implementar a Política Nacional de Saúde do Idoso, incentivando a internação domiciliar; assegurando a priorização do atendimento nos serviços do SUS; garantindo o fornecimento dos medicamentos de uso contínuo necessários aos pacientes idosos; executando ações de promoção e proteção para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Saúde do Trabalhador

Dar continuidade à implementação da Polí-

tica Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e implementar a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Saúde Mental

Aprofundar o processo de Reforma Psiquiátrica, ampliando a cobertura de atendimento para toda a população que sofre de transtornos mentais. As principais ações serão: a) implantar progressivamente o financiamento de equipes de saúde mental (equipes matriciais) de apoio e suporte às equipes de saúde da família, de modo a assegurar a atenção integral em saúde mental na rede básica; b) ampliar a cobertura assistencial, de modo a incluir todos os pacientes com transtornos mentais graves (cerca de 5 milhões de pessoas) no novo modelo de atenção em saúde mental; c) realizar campanha sobre o tema da saúde mental, por meio de comunicação de massa, visando a redução do estigma e o preconceito em relação ao portador de transtornos mentais e a ampliação do apoio social à rede comunitária de serviços; d) garantir o financiamento da rede extra-hospitalar e a reorientação dos recursos advindos da redução gradual e progressiva de leitos.

Saúde da População Negra

É prioritária a consolidação e a implementação da Atenção Integral à Saúde da População Negra no SUS, cujas diretrizes principais são: a) reconhecer a existência do racismo e promover mudanças na cultura

do sistema de saúde por meio de ações articuladas e educativas para trabalhadores de saúde e população; b) reduzir os índices de mortalidade infantil e de jovens na população negra, com especial atenção às comunidades quilombolas, por meio da estratégia saúde da família; c) monitorar e ampliar o atendimento pré-natal das mulheres negras; d) reduzir a taxa de mortalidade materna, ampliando os Comitês de Redução de Morte Materna e Neonatal; e) reduzir a prevalência da hanseníase nessa população; f) detectar e acompanhar os casos de tuberculose para reduzir os casos de abandono; g) consolidar a implantação do programa de controle da anemia falciforme; h) combater a violência por meio de ação articulada entre os setores da segurança pública, saúde, educação, trabalho, cultura e inclusão social; i) expandir as ações afirmativas nos CAPS que atendam jovens negros com transtornos mentais; j) desenvolver ações de forma articulada com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção para a Igualdade Racial (SEPPIR), assim como com o Conselho Nacional de Saúde, CONASS e o CONASEMS; l) realizar investimentos na indução da organização da atenção na rede de serviços de saúde e nas linhas de pesquisa e ensino sobre a “Saúde da População Negra” e outras etnias.

Saúde das Pessoas com Deficiência

As principais diretrizes para o próximo governo são: a) consolidar a atenção integral a saúde das pessoas com deficiência; b) for-

mar e capacitar os profissionais da atenção básica e as equipes de saúde da família para o acolhimento e atenção às pessoas com deficiência de modo a prevenir e executar intervenções básicas de reabilitação, facilitar o acesso, valorizar o saber popular e a participação, dentro do conceito de Reabilitação Baseada na Comunidade; c) desenvolver os serviços de reabilitação da saúde integrados aos programas de reabilitação baseada na comunidade, com o objetivo de mobilizar e dar visibilidade às pessoas com deficiência, estimulando a sua participação social, emancipação política e defesa de direitos; d) incluir no Programa Nacional de Triagem Neonatal - detecção precoce, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, triagem auditiva e visual; e) contribuir para a expansão e consolidação das Redes Estaduais de Serviços de Saúde Auditiva e Redes Estaduais de Reabilitação Física; f) estimular a implantação de Serviços de Reabilitação Visual em conformidade com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia; g) criar um Programa Interministerial de Saúde e Educação para consolidar a rede de apoio à inclusão de pessoas com deficiência no ensino regular da rede pública e fortalecer as ações interministeriais com foco na prevenção e identificação de deficiências visuais e auditivas.

Saúde da População GLTB

Para o próximo governo as diretrizes são: a) elaborar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de GLTB; b) realizar capacita-

ção de trabalhadores e profissionais da saúde que primem pela humanização da atenção e pelo combate à discriminação de GLTB na rede SUS; c) implementar o Projeto de Redução de Danos no uso do silicone e hormônios para travestis e transexuais; d) fortalecer o Movimento GLBT na luta pela garantia do direito à saúde e em defesa do SUS; e) implementar ações correlatas às reivindicações da sociedade civil no setor saúde.

Saúde da População da Amazônia

A Região Amazônica, em que pese as ações equalizadoras já implementadas, ainda apresenta inúmeros desafios para a gestão do SUS e para a garantia dos direitos de saúde da população. Assim, propõem-se as seguintes diretrizes: a) implementar um modelo de financiamento que considere as necessidades da região, em especial o atendimento à atenção especializada (média e alta complexidade), e ampliar o Programa Saúde da Família; b) rever o modelo de gestão da atenção à saúde indígena e garantir acesso ao SUS às populações em situação de vulnerabilidade social, como: quilombolas, ribeirinhos, assentados com terra e acampados sem terra; c) aumentar o orçamento de ciência e tecnologia para a região, acelerando a formação de pesquisadores e garantindo a formação universitária multidisciplinar em todos os estados da Amazônia Legal.

Saúde no Sistema Penitenciário

As diretrizes para o próximo período para a

Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário serão: a) ampliar o número de equipes de saúde atuando nessas unidades, bem como o número de estados qualificados; b) rever/ampliar o valor do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; c) repassar recursos necessários às Secretarias Estaduais de Justiça para a adequação do espaço destinado às unidades de saúde nas unidades prisionais (Ministério da Justiça e Secretarias Estaduais de Justiça); d) criar mecanismos que agilizem o repasse de dados atualizados sobre a população reclusa no sistema penitenciário brasileiro; e) pautar a discussão sobre a precarização das condições de trabalho e do vínculo dos profissionais das equipes de saúde das unidades prisionais; f) ampliar a participação da sociedade civil no processo de implementação dessa política.

Saúde da População Rural

Diretrizes: a) O SUS deverá ser implementado no meio rural para garantir o acesso integral às ações de atenção à saúde, adequadas a essa realidade, para as mulheres e famílias camponesas de agricultores familiares, sem terras, ribeirinhas, quebradeiras de côco e indígenas, tais como, saúde mental, da mulher, criança e adolescente, saúde bucal, saúde do trabalhador, DST/Aids, combate ao tabagismo e alcoolismo, combate à violência contra mulher, terapias complementares e naturais; b) as ações integrais de saúde para essa população devem ser articuladas às estratégias das políticas públicas voltadas para o de-

envolvimento loco-regional; c) ampliar as ações de atenção básica: implementar Equipes de Saúde da Família locais; d) instituir uma agenda de atendimento para a atenção básica, média e de alta complexidade, com unidades moveis, itinerantes ou fixas, em locais adequados, com oferta de consultas, exames e outros procedimentos; e) instituir ações de pesquisa, vigilância e combate ao uso indiscriminado de agrotóxicos; f) instituir sistemas de vigilância, proteção e amparo às pessoas que trabalham em grandes propriedades de monoculturas, tais como de cana, soja, fumo e eucalipto; g) desenvolver ações de educação permanente para a promoção da saúde para atores sociais do campo e conselheiros de saúde; h) assessorar estados e municípios para execução dos projetos de saúde para a população do campo; i) articular com os outros ministérios as ações transversais prioritárias: saúde, geração de renda, educação e saneamento para essa população; j) incorporar as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção à Saúde dessa população, nos serviços de saúde e monitorar por meio de observatório; l) articular com a Fundação IBGE e a RIPSA, para a implantação das categorias necessárias para a análise da situação do campo, nas fontes de dados dos diversos sistemas de informação de periodicidade anual e irregular; m) apoiar os estados para a criação de Grupos da Terra para acompanhamento do processo de implementação dessa política; n) incentivar a participação das representações das populações rurais nos conselhos estaduais

e municipais de saúde por meio de práticas de educação popular em saúde; o) instituir sistema de informação e comunicação em saúde, especialmente em emissoras de rádio, televisão e outras formas articuladas com expressões artísticas e linguagem própria locais, respeitando a diversidade cultural.

Saúde dos Povos Indígenas

Diretrizes: a) consolidar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como autoridade sanitária no âmbito do seu território específico; b) reformular os Incentivos de Atenção Básica e de Atenção Hospitalar aos povos indígenas, repassados fundo a fundo, garantindo: composição ampla das equipes profissionais que respeitem a diversidade territorial-sócio-cultural dos povos, com mecanismos de contratualização de metas e qualidade dos serviços de alta e média complexidade, pactuados nas comissões bipartites, com definição de instrumentos de acompanhamento pelos conselhos distritais e municipais de saúde; c) inclusão das Casas de Apoio à Saúde Indígena na Política Nacional de Humanização do SUS; d) implementar o programa Nacional de escolarização dos AIS junto com a formação em saúde; e) implantar o o programa de Especialização em Saúde Indígena com as Universidades Federais; f) implementar o Programa Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional nos 34 DSEI; g) compatibilizar os Sistemas de Informação em Saúde Indígena com os Sistemas de Informação do SUS; h) instituir programa Nacional de

Capacitação dos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena; e i) apoiar a implantação das Câmaras Temáticas de Saúde Indígena nas Comissões Bipartites.

Assistência Farmacêutica

Para o aprofundamento do acesso resolutivo às ações e aos serviços de saúde, é necessário ampliar o acesso da população aos medicamentos e às ações de saúde relacionadas ao seu uso racional. Nesse sentido, é necessário: a) dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, considerando os princípios da universalidade e da integralidade; b) manter o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos como locus articulador e operacional para o desenvolvimento das ações exigidas para a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; c) priorizar o acesso aos medicamentos de alto custo e com grande impacto para o SUS, observados os seguintes procedimentos: i) definição de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas com ordenamento do acesso da população aos medicamentos de alto custo, incluindo aqueles envolvidos nos procedimentos de média e alta complexidade; ii) aquisição pelo Ministério da Saúde, desde que: possuam protocolos de uso aprovados; aqueles cujo mercado seja caracterizado pelo baixo grau de concorrência (monopólios ou oligopólios); aqueles cujos registros sejam incorporados pelos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, e que estes

possam produzi-los; iii) ampliação e qualificação da rede de serviços de atenção aos usuários desses medicamentos nos diferentes níveis de complexidade da atenção; iv) investimento em laboratórios farmacêuticos oficiais para ampliar a transferência de tecnologia para a produção nacional; d) considerar a Assistência Farmacêutica como política transversal para a integralidade da atenção à saúde, sendo necessária a sua reordenação no âmbito dos atendimentos de média complexidade, criando nos Centros de Referência de Especialidades o sistema de referência e contra-referência da assistência farmacêutica; e) qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, nos diferentes níveis de atenção; f) recuperar e ampliar os serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS; g) efetivar a inserção da assistência farmacêutica na política de atenção à saúde dos povos indígenas; h) ampliar as ações interinstitucionais e intersetoriais que visam a prescrição racional de medicamentos; i) continuar a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), considerando-se protocolos clínicos e a relação custo/efetividade adequados; j) Farmácia Popular: i) aprimorar o papel das unidades da Farmácia Popular do Brasil como referência de preços de medicamentos e qualidade; ii) ampliar a estratégia da subvenção econô-

mica como parte do Programa Farmácia Popular do Brasil e como ação complementar para ampliação do acesso da população aos medicamentos, com aumento do elenco de medicamentos disponibilizados e prioridade para aqueles com maior impacto nos indicadores epidemiológicos e nos gastos em saúde; k) definir e pactuar ações intersetoriais que visem a internalização e o desenvolvimento de tecnologia que atenda às necessidades de produtos e serviços, para todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a produção de fitoterápicos e a implementação de opções terapêuticas adequadas ao princípio de integralidade do SUS; l) dar continuidade às ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, para o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referência de custo e qualidade da produção de medicamentos; m) implantar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; n) fomentar o desenvolvimento da Química Fina e a produção de insumos estratégicos para a saúde, com destaque para a produção nacional de medicamentos de interesse do SUS; o) aprimorar os mecanismos para a regulação econômica do mercado de medicamentos, incluindo o monitoramento do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde; p) ampliar o Registro Nacional de Preços, incluindo medicamentos e outros insumos para a saúde, com adoção de mecanismos adequados para a descentralização das ações de aquisição; q) adotar mecanismos de divulga-

ção das informações do sistema de Registro Nacional de Preços ao Conselho Nacional de Saúde e aos conselhos estaduais e municipais; r) instituir e aplicar mecanismos adequados para a avaliação de custo/efetividade de programas, produtos, tecnologia e procedimentos em saúde; s) fomentar a instalação e coordenar uma rede de centros especializados de avaliação fármaco-econômica e de tecnologia em saúde, em parceria com as universidades e centros de pesquisa, como suporte à tomada de decisões no âmbito do SUS e para implementar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Qualificação e Humanização no SUS

Estimular a implementação do acolhimento em todas as unidades de atendimento e a adequação da ambiência. Fortalecer a atuação de rede intra e interinstituições. Avançar na garantia do direito dos usuários (acompanhante deve ser chamado pelo nome). Para assegurar a qualidade e humanizar as relações e vínculos entre as pessoas (seres humanos) que freqüentam e trabalham no Sistema Único de Saúde é necessário: a) reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde; b) realizar atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; c) Implantar o modelo de atenção com responsabilização e vínculo entre usuários e profissionais de saúde; d) garantir os direitos dos usuários: acolhimento do familiar/cuidador; agenda com a equipe de referência, visita aberta, direito

de acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico; e) valorizar os trabalhadores e o trabalho na saúde: processos de educação permanente, programa de formação em saúde e trabalho e atividades de qualidade de vida e atenção à saúde para os trabalhadores da saúde, mesa de negociação permanente; f) gestão participativa nos serviços: conselhos e colegiados gestores, contratos de gestão inter e intra-institucional, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde – gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação; g) adequar a ambiência das unidades para garantir conforto, condição adequada e de biossegurança no trabalho, espaço para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar/social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento a pacientes críticos, como pronto-socorro, centro cirúrgico/sala de procedimentos, UTI e Enfermarias; h) organizar as unidades de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, superando assim a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão; i) no eixo da educação, indica-se que a PNH componha o conteúdo de cursos técnico-profissionalizantes e de graduação, pós-graduação e extensão em saúde; j) pactuar a inclusão da PNH no Plano Nacional de Saúde, nos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, (Termo de Compromissos do Pacto de Gestão), com aprovação

pelo Conselho de Saúde correspondente; k) atuar integradamente com todos os órgãos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de projetos e inovações no modelo de atenção e de gestão do SUS, inclusive nos estados, municípios e instituições de saúde.

Gestão do SUS: Estratégica e Participativa

No próximo período, o governo Lula deve aprofundar a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do SUS, incentivando e apoiando os estados e municípios na sua implementação, o que implica: a) apoiar o processo de descentralização da Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e sua implantação nos estados e municípios; b) implementar a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS, apoiando a implantação dos componentes estadual e municipal, realizando o Monitoramento Remoto por meio de Painel de Indicadores e de Avaliação in loco, com roteiros específicos para estados e municípios; c) Implantar e implementar as Comissões Corregedoras Tripartites, órgãos colegiados compostos por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde que integrarão o SNA, junto ao Denasus e aos componentes estaduais do SNA; d) fazer cumprir o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) na metodologia de trabalho da Auditoria do SUS, utilizando mecanismos de participação da sociedade na elaboração, celebração

e acompanhamento da sua execução. As ações de controle social do SUS continuarão recebendo apoio do governo e serão fortalecidas por meio de: a) implementação dos processos de Educação Permanente para o Controle Social, em articulação com os Conselhos de Saúde; b) ampliação das articulações com os movimentos populares que atuam na área da saúde e os Conselhos de Saúde, ampliando e qualificando os espaços de interlocução destes com a Gestão do SUS; c) apoio à realização de conferências municipais, estaduais e nacionais, aperfeiçoando seus formatos. Será estimulada a criação de comitês estaduais para debaterem a implementação das políticas de promoção de equidade da atenção à saúde. A população será estimulada a participar dos debates sobre a implementação do Pacto pela Saúde, bem como a acompanhar sua implementação.

Pacto pela Saúde, em defesa do SUS, pela vida e de Gestão

Nos próximos quatro anos o Governo Lula vai fortalecer ainda mais o SUS, por meio do Pacto de Gestão com os Estados e Municípios, garantindo atenção à saúde de boa qualidade para todos os brasileiros e brasileiras. O Ministério da Saúde envidará esforços para formalizar o Termo de Compromisso de Gestão com todos os estados, com o Distrito Federal e com os municípios brasileiros para consolidar o Pacto pela Saúde com os seus

três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Cartão SUS deve ser universalizado e se constituir no carro-chefe da informatização do acesso à rede de atenção à saúde no Brasil.

Financiamento

Para garantir a estabilidade das fontes de financiamento dos serviços de saúde, o Governo Lula apoiará a regulamentação da EC 29, que define gastos e serviços em saúde e garante a vinculação de recursos públicos municipais, estaduais e nacional para a saúde.

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

As principais diretrizes são: a) com base nas diretrizes do PCCS-SUS, fomentar a instituição de carreira nas esferas do SUS; b) instituir política especial de fixação de profissionais de saúde em regiões desassistidas, sobretudo na Região Amazônica; c) eliminar os vínculos precários de trabalho no SUS, regularizando os vínculos e realizando concursos públicos; d) consolidar o Sistema Nacional de Negociação no SUS; e) ampliar e consolidar as ações de educação no nível técnico, de graduação, pós-graduação e educação permanente em toda a área da saúde, com vistas ao atendimento integral das necessidades de saúde da população, à fixação de profissionais de saúde em todo o território nacional e ao aperfeiçoamento da gestão do SUS; f) realizar análise sobre a

atual distribuição dos profissionais de saúde no Brasil, verificando as principais necessidades e os principais problemas da cobertura universal de atenção integral à saúde, e propor soluções multissetoriais para resolver as necessidades de profissionais para a implementação do SUS, bem como de outras políticas públicas necessárias ao desenvolvimento dos municípios, estados e do País; g) fortalecer e estruturar a gestão do trabalho e da educação em saúde nas secretarias municipais e estaduais.

Acesso à Informação e Comunicação em Saúde

Com o objetivo de aprofundar o acesso às informações de governo na área da saúde e ampliar a democracia na Gestão do SUS, o governo criará espaços de manifestação dos movimentos sociais de defesa da saúde nas mídias alternativas, governamentais e de concessão pública, além de espaços interativos de natureza pública para uso dos Conselhos de Saúde do Brasil. Além disso, concluirá a implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde e o projeto de inclusão digital, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e implementados pelo governo.

Para democratizar o processo de tomada de decisões no campo das políticas de saúde, será garantido o acesso e o direito à produção e ampla circulação das informações em saúde produzidas por diferentes segmentos da sociedade de forma a interferir nas agen-

das e nos processos decisórios do SUS. Será criada uma rede pública e nacional de comunicação e informação em saúde, interativa, voltada ao aprofundamento da cidadania e do controle social.

Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

O governo Lula irá promover o fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, regulando a incorporação ou exclusão de tecnologias em saúde, visando a auto-suficiência na produção de medicamentos e equipamentos e a melhoria de diagnósticos e tratamentos com redução de danos, agravos, sofrimentos e custos.

Hemobrás

Início da construção da fábrica em Pernambuco em 2007, com previsão de conclusão estimada em dois anos, quando será iniciada a produção.

Qualificação da Saúde Suplementar

Partindo-se do pressuposto de que o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar está sendo implantado de forma gradativa, será necessário acrescentar outros indicadores nas fases subseqüentes, transformando-o em Política de Qualificação da Saúde Suplementar, voltada para uma regulação ainda mais assistencial, visando transformar operadoras em gestoras de saúde, prestadores de

serviços em produtores de cuidado de saúde e beneficiários em usuários com consciência sanitária. É necessário ainda otimizar os mecanismos de ressarcimento ao SUS, ampliar a fiscalização sobre empresas que operam clandestinamente, aprimorar os mecanismos de avaliação e controle de suficiência das redes assistenciais e efetivar maior articulação entre as políticas de saúde do SUS e da Saúde Suplementar.

Economia e Complexo Produtivo da Saúde

O Governo Lula, por meio do Ministério da Saúde, irá inovar ao reverter o quadro de dissociação entre política de investimento setorial e desenvolvimento global, buscando articular as diversas políticas governamentais relacionadas (política externa, integração nacional, desenvolvimento sustentável, indústria e comércio, ciência e tecnologia e educação, entre outras) para a qualificação do Complexo Produtivo da Saúde brasileiro. Nessa perspectiva, o Complexo Produtivo deve compreender a dinâmica da estrutura técnico-produtiva, pensando conjuntamente nas reformas institucionais do setor; em mecanismos de financiamento público e privado da atenção à saúde; no mercado de trabalho da área; na pesquisa e no desenvolvimento tecnológico; no desenvolvimento industrial farmacêutico, químico, imunobiológico e de equipamentos para a saúde, em um contexto que avalie a conjuntura nacional e internacional.

Entretanto, também não se pode pensar em investimento exclusivamente no âmbito nacional, sob a ótica interna do país. É preciso pensar que o Brasil está envolvido em um contexto de integração regional, no Mercosul, na América do Sul, e em um contexto internacional, no qual existem outros atores, como os países em desenvolvimento, os países centrais e os blocos comerciais (União Europeia, Nafta). Considerar o movimento desses atores é muito importante para nossa estratégia de desenvolvimento do CPS nacional.

Se analisarmos as grandes prioridades da política externa brasileira, que são o quadro referencial para as políticas setoriais, veremos como prioridade principal a integração da América do Sul com base no Mercosul e, como segunda prioridade, o aumento das exportações e a participação político-econômica do Brasil no cenário internacional. É a partir dessas prioridades que se estará discutindo o papel do setor saúde nesse processo.

Desenvolvimento industrial farmacêutico, químico, imunobiológico, de insumos e de equipamentos para a saúde

O Governo Lula deverá consolidar, no próximo mandato, as políticas públicas que visem desenvolver a indústria farmacêutica nacional, dotando-a de competitividade e capacidade de inovação de forma a ampliar a oferta de medicamento a preços mais reduzidos. Especialmente importante nessa etapa é articular de forma mais consistente a polí-

tica de compras públicas com as políticas de apoio e incentivo à indústria farmacêutica nacional.

As principais ações de política pública para a indústria farmacêutica serão: a) financiamento do investimento: consolidar e ampliar o Profarma por meio do BNDES e buscar linhas de crédito em instituições multilaterais ou de financiamento ao fomento de países em desenvolvimento, como aquelas mantidas por países como o Japão e Alemanha para o financiamento da expansão dos laboratórios públicos; b) utilizar mecanismos de salvaguarda, antidumping e de defesa da concorrência; c) utilização da compra pública como instrumento fundamental para a criação de mercado para a produção nacional.



Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico no Complexo Produtivo da Saúde

Os desenhos dos contratos de compra do setor público devem garantir a capacitação tecnológica das empresas e aquisição com melhor benefício custo/qualidade para o setor público.

Sobre o investimento em C, T&I e Capacitação Tecnológica, agências como a FINEP e a Capes devem ampliar o financiamento de projetos focados no desenvolvimento de processos de síntese e de biotecnologia, e de capacitação de pessoal para a indústria farmacêutica. Existem vários mecanismos que podem ser utilizados para incrementar a interação universidades/empresa; por exemplo: assistência direta com gestão descentra-

lizada, centralizada ou monitorada, cooperação universidade/empresa com órgãos de interface, cooperação universidade/empresa via centro de C, T&I ou laboratório compartilhado.

Geração de Emprego e Renda

Promover saúde com desenvolvimento social significa ainda que o setor público e o privado, juntamente com o Complexo Produtivo da Saúde, são capazes de gerar emprego em escala, na prestação de serviços – SUS e saúde suplementar –, no ensino, na pesquisa, na indústria e na distribuição e comércio de insumos, medicamentos e equipamentos.

A participação popular e o Controle Social do SUS no Governo Lula

Implementar processos de educação permanente para os atores sociais da área da saúde, priorizando os conselheiros, com vistas ao aprofundamento da democratização das relações entre o Estado brasileiro e a sociedade civil.

Relações Internacionais em Saúde

A saúde pode vir a ser um elemento importante na composição da política externa. O principal desafio para a próxima gestão é o de coordenar e integrar a ação internacional das diversas áreas do MS em torno de uma política que aprofunde a integração sul-americana e a relação Sul-Sul, na perspectiva de

fortalecimento do poder global multipolar embasado no desenvolvimento soberano e sustentável.

As principais diretrizes são: a) implantar a Fase II e III do SIS-Fronteiras e, dessa forma, ampliar e integrar ações e serviços de saúde na região de fronteiras, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde; b) consolidar e expandir a atuação do Ministério da Saúde no âmbito da região de fronteiras. Essas ações, entre outras, permitirão a integração real entre países e a Coordenação Nacional do Mercosul voltada para: a) organizar uma agenda de integração concreta, especialmente na área de serviços; b) coordenar as ações junto a organismos internacionais; c) intensificar parcerias com outros órgãos (MIN, PR-SAF, MRE) em torno de projetos de desenvolvimento regional voltados para a integração; d) instituir uma estrutura de gestão com capacidade tecnopolítica para integrar as várias áreas do Ministério da Saúde e estabelecer relações interinstitucionais; e) definir uma agenda estratégica para direcionar a política externa em saúde.





COMISSÃO TEMÁTICA DE SAÚDE

Conceição Aparecida Pereira Rezende (Secretária Executiva)

Setorial Nacional de Saúde:

Antônio Alves de Souza
Conceição Aparecida Pereira Rezende
Dr. Rosinha
Eliane Cruz
Geraldo Magella Salvado
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana
Silvana Souza da Silva Pereira
Solange Belchior
Walter Teixeira de Araújo

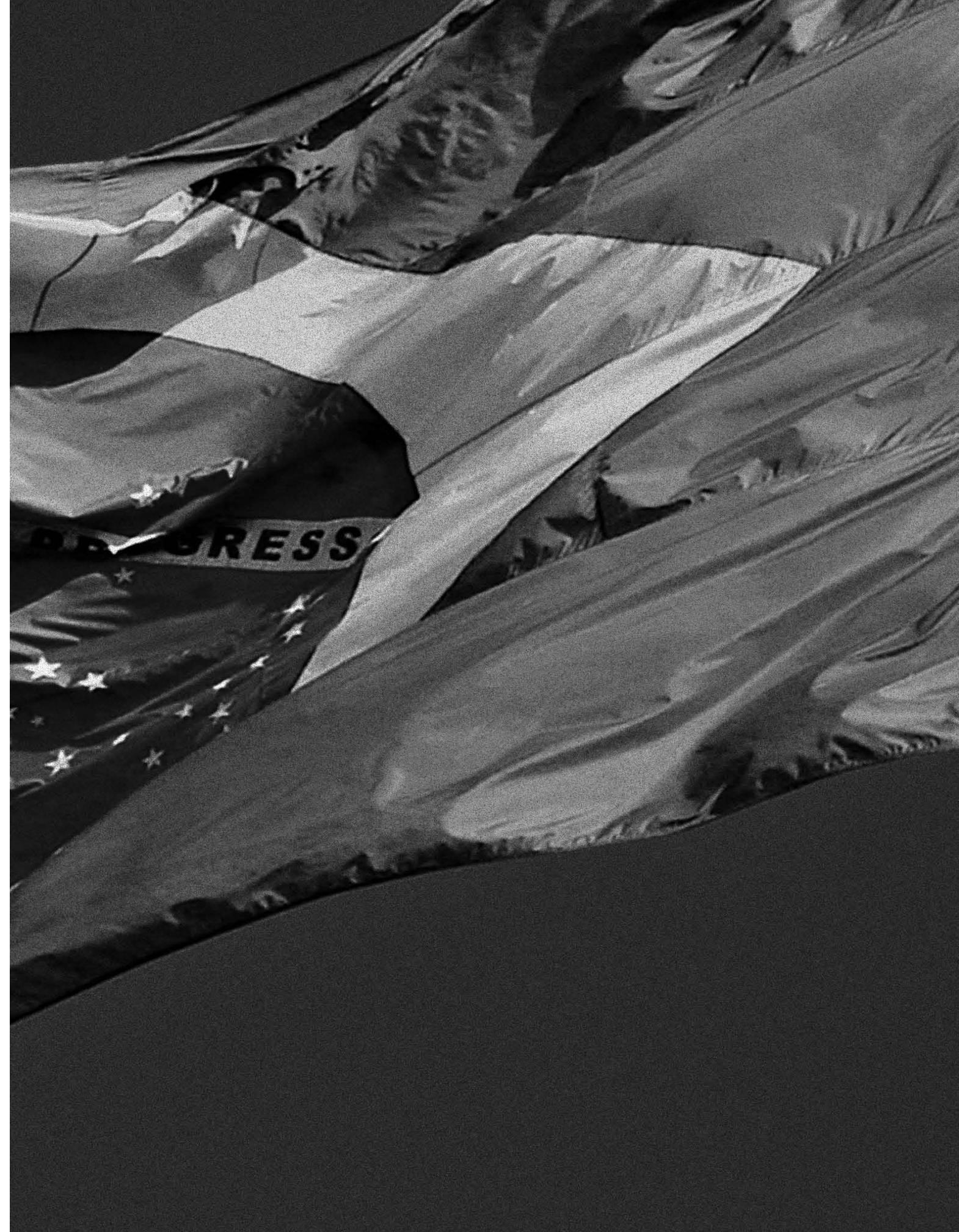
EQUIPE DE APOIO

Bruno Gaspar
Cilene Antonioli

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GOVERNO

Marco Aurélio Garcia (Coordenador)

Dilermando Toni
Glauber Piva
Juarez Guimarães
Miriam Belchior
Renato Rabello
Valter Pomar



VICE JOSÉ ALENCAR • COLIGAÇÃO A FORÇA DO POVO • PT • PCdoB • PRB



LULA

DE NOVO COM A FORÇA DO POVO