

A tensão entre o ideário reformista e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil

The tension between the reformist ideas and the actual proposal of a Brazilian Health Policy

Peço que me acompanhem em uma curta jornada. Nela quero que projetem em suas mentes algumas cenas do cotidiano dos brasileiros, num dia qualquer do ano em curso:

Cena 1. Uma reunião do Conselho Municipal de Saúde discute a assistência em uma de suas áreas programáticas. O foco é a sua maior Unidade de Emergência, que sofre com escassez de insumos, equipamentos e especialis-tas. Por outro lado duas unidades ambulatoriais da mesma região operam sem nenhum grau de integração com o hospital. Os médicos e gestores dessas unidades não conseguem estabelecer entre elas um fluxo resolutivo.

Cena 2. Um senhor aposentado chega em casa surpreso e radiante e comunica à família que o tratamento da hipertensão arterial com o qual gastava cerca de trinta reais por mês, vai reduzir-se para três reais com a farmácia popular.

Cena 3. Uma chamada para a central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 leva uma equipe de profissionais de saúde a um bairro da periferia de uma grande cidade. O paciente é levado em uma ambulância Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para um hospital público, no qual é prontamente e convenientemente atendido.

Cena 4. Na baixada fluminense uma adolescente de 17 anos no nono mês de gestação peregrina em busca de atenção por vários serviços durante dois dias. Ao final do périplo, mãe e bebê morrem em um hospital público do Rio de Janeiro. Embora tenha feito seis consultas de pré-natal ela não sabia onde seu filho nasceria, tampouco quem seria o médico que os assistiria naquele momento.

Cena 5. Uma equipe de epidemiologistas ao analisar os resultados da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) nos municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de um Estado do Nordeste constata que o impacto desta política na redução da mortalidade infantil é surpreendente e atribui este resultado ao espetacular aumento de cobertura da AB nos últimos anos, com 27 mil equipes de Saúde da Família (SF) e 260 mil agentes comunitários de saúde em todo o país.

Cena 6. Um artigo científico de uma pesquisa desenvolvida por uma rede de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de São Paulo (USP), Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) relacionado ao aumento do tabagismo entre mulheres no país é publicado em revista de prestígio internacional trazendo importante contribuição à Ciência com desdobramentos imediatos na reorganização da atenção em câncer de pulmão no país.

Cena 7. Um homem baleado chega à emergência de um hospital público. A emergência está lotada, faltam alguns especialistas e aparelhos importantes estão quebrados. Grande parte do atendimento é realizado por estudantes sem supervisão adequada. O salário médio mensal do médico deste hospital é de R\$ 1.200,00 reais.

Cena 8. Uma visita domiciliar realizada por equipe do INCA composta por médico, fisioterapeuta e psicólogo, provê cuidados a um paciente que sofre de um câncer em estágio terminal e a toda sua família, observando a importância neste momento tão delicado, de cuidar também dos cuidadores familiares, para que se possa falar em qualificação da vida.

Cena 9. Em pequena cidade ribeirinha no Estado do Amazonas, portadores de transtorno mental reúnem-se diariamente num Centro de Atenção Psicossocial, sendo atendidos por equipe multiprofissional tanto em ambulatório como hospital-dia, e esta modalidade de atenção diminui de forma importante suas internações e melhora substancialmente sua qualidade de vida.

É bastante interessante pensar que ao longo desta viagem pelo cotidiano da produção de saúde no Brasil, aqueles que compõem as cenas, como as acima descritas, possam vir a fortalecer a compreensão de que as inter-relações e interfaces entre o conjunto de tantos eventos estabeleçam entre si densas e complexas relações. E que estas passem a exigir dos planejadores e dos dirigentes algo mais do que os instrumentos colocados pela

racionalidade pura do planejamento e da formulação de políticas públicas: há, portanto, uma convocação para um trânsito permanente entre macro e micro questões, entre diferentes dimensões onde se tecem cotidianamente os encontros entre os principais atores desse processo: gestores, pacientes e profissionais de saúde.

Assim, penso que, ao assumir a pasta do Ministério da Saúde do Brasil, estou de imediato desafiado a articular a compreensão dos determinantes da saúde da população brasileira, com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da governabilidade setorial. Instado a lidar com este caleidoscópio de acontecimentos, torna-se necessário fazê-lo sem perder mesmo que por um breve momento o foco da atenção - o homem comum, cidadão deste país - ao qual deve-se imputar o sentido único da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seu exame nos aponta ganhos incontestáveis, obstáculos aparentemente intransponíveis, decepções, alegrias e vitórias contra o sofrimento, a dor e a morte. Afinal a cada ano são 12 milhões de internações, 170 milhões de consultas médicas, dois milhões de partos, 15 mil transplantes de órgãos, números que expressam junto aos programas de imunizações, de DST/AIDS, de saúde da família, da reforma psiquiátrica, de transplantes, do controle do tabagismo entre outros, o orgulho brasileiro de sermos também respeitados e copiados por outros países. E é com esta dimensão e estrutura complexas e contraditórias que gestores, profissionais e usuários do sistema são convocados a lidar no dia-a-dia do SUS, repensando-o e promovendo sua potencialização.

A clareza de que somente a articulação destes atores nos diferentes espaços de construção do Sistema, poderá torná-lo mais próximo do desejado remonta à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Na realidade suas raízes remontam aos anos 60 do século passado com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde quando Wilson Fadul defendeu um ambicioso projeto de municipalização abortado pelo golpe militar de 1964. Depois nos anos 70 e início dos anos 80 veio a estruturação do movimento da reforma sanitária brasileira com o lema saúde e democracia, tempos de construção de hegemonia e dos principais atores políticos desse processo. Após a VIII CNS realizada no governo de José Sarney e presidida por Sérgio Arouca, vêm a nova constituição e a lei do SUS. A saúde passa a ser um direito de cidadania e um dever do Estado. Nos anos 90 finalmente um vigoroso processo de descentralização e ampliação de cobertura. Por fim, recentemente com a formalização dos Pactos em defesa da Vida, do SUS e de Gestão entramos em um novo patamar de institucionalidade.

Nestes 20 anos, na contra-corrente da desconstrução do Estado de Bem Estar Social realizada nos países centrais, construímos esta generosa e ambiciosa política que nos trópicos soava como uma utopia sanitária, iniciada na luta política pelo fortalecimento da Democracia no Brasil e que caminhou de política setorial avançada, à sólida base de construção de um Projeto Civilizatório, de observação de direitos e responsabilidades de cidadania, absolutamente pertinentes às reivindicações mais prementes e atuais de desenvolvimento da sociedade brasileira.

Em termos econômicos, a saúde representa oito por cento do Produto Interno Bruto (PIB), constituindo um mercado anual de mais de 150 bilhões de reais. Emprega, com trabalhos qualificados, cerca de 10% da população brasileira e é a área em que os investimentos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos do país. É importante frisar que o conjunto das indústrias produtoras de insumos para a saúde é estratégico em virtude de seus vínculos com a política de saúde e com a política industrial, tecnológica e de comércio exterior. Nesse contexto, a competitividade e o potencial de inovação nas indústrias da saúde devem constituir núcleos centrais da estratégia nacional de desenvolvimento do governo vinculando competitividade, inovação e inclusão social. Aqui existe uma enorme potencialidade, ainda pouco explorada.

Esta abordagem aproxima-se do conjunto de medidas que o governo Lula vem desenvolvendo através de suas políticas de redução da desigualdade e de inclusão social: tanto através da busca do crescimento econômico com distribuição da riqueza gerada - através de uma nova visão do papel do Estado como indutor do crescimento econômico demonstrado pelo Pacote de Aceleração do Crescimento (PAC) - quanto do fortalecimento das políticas sociais e dos compromissos públicos do Estado brasileiro com o aprofundamento das medidas de alcance social.

Todos estamos cientes que as grandes questões da saúde pública não se resolverão apenas com o aperfeiçoamento da assistência aos doentes. Hoje vivemos um intenso processo de medicalização perdendo-se a perspectiva de que, o que mais produz saúde, na maior parte das vezes está fora da governabilidade setorial. Refiro-me a renda, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura, educação entre outros. Como tem demonstrado a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, a saúde é, antes que biológica, uma - produção social. Assim, para que a sociedade brasileira alcance melhores níveis de saúde, é imprescindível que o Estado e a sociedade cada vez mais implementem - ações intersetoriais.

A redução da pobreza no país, obtida pelos programas sociais, como o Bolsa Família, com suas condi-

cionalidades sanitárias - implementado pelo Ministério do Desenvolvimento Social; o incremento da educação básica e a recente proposta de articulação entre as escolas e a Saúde da Família, são excelentes pontos iniciais de contato para um grande programa inter-setorial de políticas públicas articuladas, que pretendo propor ao Presidente Lula e aos meus colegas de Ministério.

Da mesma forma, a ausência de saneamento básico e condições ambientais adversas são poderosos determinantes de más condições de saúde. Por isso, a articulação entre o Ministério da Saúde e os Ministérios das Cidades e do Meio Ambiente será um objetivo persistentemente perseguido por nós.

Ademais, tudo faremos para que as articulações intersetoriais projetem-se para Estados e Municípios, acompanhando as orientações do Pacto pela Vida, em propostas como dos municípios saudáveis e das escolas promotoras de saúde, por exemplo.

Como sabemos, existem fortes evidências científicas de que países que apresentam perfis de equidade em relação ao padrão de vida referido a classes, gênero e raça, apresentam também melhor nível de saúde. Isto significa que políticas de desenvolvimento voltadas para a redução da desigualdade social, da opressão, da discriminação, e da marginalização, são componentes importantes do processo de produção de melhores indicadores de saúde.

Um aspecto a ser observado em toda e qualquer proposta de aperfeiçoamento da política de saúde vem a ser as profundas mudanças que se observam no setor. O momento que o SUS atravessa hoje está vinculado à dinâmica do Complexo Industrial da Saúde, composta por processos de estruturação e funcionamento que podem ser contraditórios e paradoxais a uma política social cujas premissas são a universalidade e a equidade.

Nas últimas décadas ocorreram profundas transformações no processo do trabalho em saúde com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica. Vivemos uma profunda mudança do padrão demográfico, do perfil de morbi-mortalidade, do crescimento da violência e de seu impacto na sociedade e no trabalho médico, do intensivo processo de incorporação tecnológica, no aumento do conhecimento da população sobre temas médicos e de saúde, com acesso direto ao Doutor *Google*, da influência da mídia e das estratégias mercadológicas da indústria. Entretanto, a maioria das soluções propostas para a reorientação ou aperfeiçoamento do nosso sistema de saúde, na maior parte das vezes, não observa esta nova dinâmica e responde a padrões tradicionais de diagnóstico e de correção de rumos. Esta nova realidade exige novos modos de organizar o cuidado e a atenção. Transversalidade, intersetorialidade, comunicação e informação são categorias centrais a serem trabalhadas e incorporadas a qualquer projeto de aperfeiçoamento setorial. É necessário mudar o enfoque, a maneira de pensar sobre saúde e a atenção médica. Do que nós precisamos? De mais médicos, de mais hospitais, de mais tecnologia? Há muitos serviços com gestão deficiente, que muitas vezes são de alto custo e baixo retorno para a sociedade. Acresce-se a isso a cultura do consumismo desenfreado de tecnologias e a ideologia da alta complexidade como panacéias para a redução do sofrimento humano, trazendo muitas vezes gastos desnecessários e iatrogenia. Não nos esqueçamos que as instituições de saúde também podem ser produtoras de doença, de discriminação e sofrimento.

Outro aspecto a ser considerado é que usualmente lidamos com as conseqüências, não nos antecipando aos determinantes, omitindo-nos em relação a políticas de promoção que junto com a atenção básica de qualidade devem ser a base a partir da qual o processo de reversão do modelo de atenção deve se iniciar.

Considerando o exposto até aqui, podemos afirmar que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência.

Um dos possíveis caminhos de superação deste conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da RSB que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da nossa capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles o projeto será derrotado.

A geração que colocou a saúde como uma questão social, como um bem público, como marco civilizatório para a sociedade brasileira, permanece desafiada a pro-ativamente instigar sua apropriação por outras áreas como já vem ocorrendo com a segurança, a educação, e o meio-ambiente.

O SUS é uma política de Estado, portanto, suprapartidária. Entretanto, cabe aos governos, na dependência de sua capacidade e compromisso, desenvolver políticas que permitam aperfeiçoá-lo, qualificá-lo, aproximando-o ou não do ideário reformista. O governo do Presidente Lula - tem este compromisso e enfrentará esse desafio. Se no primeiro governo iniciamos a implantação de propostas inovadoras como o SAMU, a Farmácia

Popular e o Brasil Sorridente, neste precisamos melhorar a qualidade da atenção, inovar na gestão melhorando a qualidade do gasto, dando continuidade ao processo de redução das desigualdades regionais. Trabalharemos para que a Sociedade Brasileira possa se orgulhar de seu sistema de saúde como acontece na Inglaterra e Canadá - desafio maior desta geração.

Quero deixar aqui meu compromisso e da minha equipe com alguns princípios e propostas:

1. Zelar pelo rigor no uso dos recursos públicos combatendo as fraudes e instituindo controles que permitam uma maior participação da sociedade no uso e destino dos recursos da Saúde.
2. Fortalecer, expandir e qualificar a Atenção Básica como a estratégia central de re-ordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.
3. Fortalecer, aprofundar e aperfeiçoar os Pactos em defesa da Vida, do Sus e de Gestão, através do processo de descentralização pactuado e monitorado pela tripartite e pelas bipartites qualificando-os como espaços de gestão e formulação de políticas.
4. Lutar dentro governo, no congresso nacional e na sociedade para que a saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais.
5. Fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS ampliando o grau de consciência sanitária como nos ensinou Giovanni Berlinguer, ampliando o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.
6. Adotar uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação com as políticas de inclusão social. Aqui teremos possivelmente um de nossos maiores desafios.
7. Fortalecer e disseminar nacionalmente a Política de Humanização estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados em saúde, assegurando acolhimento, conforto, respeito, e qualificação técnica na Atenção ao cidadão usuário do SUS.
8. Fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no combate ao câncer ginecológico (a situação do câncer de colo de útero é vergonhosa, 20 mil novos casos em 2007), no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual; agregando também a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com DST/AIDS.
9. Melhorar o atendimento prestado às populações em situações de risco como a população indígena, quilombolas, assentamentos entre outras.
10. Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.
11. Desenvolver abordagens inovadoras em relação a grupos mais vulneráveis da população como os idosos e o binômio mãe-bebê no primeiro ano de vida, período reconhecidamente fundamental à construção de padrões de relacionamento sociais compartilhados e de desenvolvimento da personalidade.
12. Priorizar a promoção da saúde e políticas de prevenção voltadas para as doenças prevalentes como as cardiovasculares, câncer, as que resultam das violências, acidentes de trabalho e de trânsito, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares, do tabagismo entre outras.
13. Convocar a Fiocruz e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - a minha Escola - para junto com a Universidade de Brasília (UNB) e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) implantarem imediatamente uma Escola de Governo em Saúde, cuja proposta têm se firmado como espaço essencial para a capacitação dos gestores da saúde na Capital Federal.
14. Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional (atendendo ao desafio lançado pelo presidente Lula durante o congresso da Abrasco) estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, amplificando nossa presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas - como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a United Against AIDS (UNITAIDS), o Facilité Internationale pour l' Achat de Médicaments (FIAM) e tantos outros - assim como cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul - em especial com o Mercosul e com os países de língua portuguesa da África e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).
15. Dar continuidade e aperfeiçoar a reforma psiquiátrica brasileira.
16. Buscar uma maior integração entre as atividades e políticas desenvolvidas pela ANS e o SUS.
17. Estabelecer com os profissionais de saúde um diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de exercício profissional, do combate à precarização do trabalho, de sua qualificação permanente e adotando nesta perspectiva a máxima - cuidar de quem cuida.

18. Fortalecer o papel do Ministério da Saúde em relação à pesquisa, a inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico, fortalecendo a recém concluída política de gestão de tecnologias em saúde.

19. Estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o Complexo Produtivo de Bens e Serviços de Saúde no país, pensando a saúde como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento.

20. Garantir o acesso da população aos medicamentos necessários através de uma política de assistência farmacêutica que integre e articule a dispensação gratuita com as novas estratégias estabelecidas pelo programa de Farmácia Popular.

21. Estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, abrem novas perspectivas.

22. Contribuir para decifrar a esfinge do Rio de Janeiro buscando estabelecer uma repactuação entre os gestores federal, estadual e dos municípios, na compreensão da saúde como parte de um projeto civilizatório tão fundamental para o povo carioca e fluminense.

Esse conjunto de propostas implica evidentemente em grandes desafios. Implica em buscar soluções para que o filme que imaginamos no início possa ser revisto/reconstruído como produto da luta política/do saber/da vontade e da união em torno do fortalecimento do SUS e da RSB.

Por fim quero dizer aos funcionários do ministério de minha intenção de criar aqui um clima de cumplicidade, de companheirismo. De fazer uma gestão democrática, introduzindo novo modelo de gestão. Quero todos próximos construindo e dividindo projetos, sonhos, dúvidas e sucessos. Que esse clima se dissemine pelo MS: uma equipe coesa construindo um projeto para o país e para todos. E quero externar minha confiança no futuro de nosso Brasil e sei que essa é a confiança que move os milhões de trabalhadores da saúde.

José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde do Brasil

Alocução por ocasião de sua posse no Ministério.
 Brasília, DF, 19 de março de 2007