

Oficinas

Diálogos do Desenvolvimento Brasileiro

SAÚDE

Política Essencial para o Desenvolvimento



Fundação João Mangabeira





SAÚDE

Política essencial para o desenvolvimento



Fundação João Mangabeira



Data - 6 de dezembro de 2013

Local – Sede da Fundação João Mangabeira

SHIS QI 5 Conjunto 2 Casa 2 - Lago Sul - Brasília - DF

Diretoria Executiva

Presidente: Carlos Siqueira

Diretor-Financeiro: Renato Xavier Thiebaut

Diretor Administrativo: Marcos Rezende Villaça Nunes

Diretor de Assessoria: Jocelino Francisco Menezes

Diretor de Cursos: Caleb Medeiros de Oliveira

Conselho Curador

Membros Titulares

Eduardo Henrique Accioly Campos

Roberto Amaral

Carlos Siqueira

Jaime Wallwitz Cardoso

Dalvino Troccoli Franca

James Lewis Gorman Júnior

Alexandre Aguiar Cardoso

Adilson Gomes da Silva

Álvaro Cabral

Carlos Eugênio Sarmiento Coelho da Paz

Silvânio Medeiros

Luiza Erundina de Sousa

Sérgio Machado Resende

Serafim Fernandes Corrêa

Kátia Born Ribeiro

Mari Elizabeth Trindade Machado

Antônio César Russi Callegari

Fundação João Mangabeira



Conselho Curador (Suplentes)

Paulo Blanco Barroso

Eliane Breitenbach

Paulo Afonso Bracarense Costa

Joe Carlo Viana Valle

Manoel Antônio Vieira Alexandre

Conselho Fiscal

Cacilda de Oliveira Chequer

Auxiliadora Maria Pires Siqueira da Cunha

Antônio Marlos Ferreira Duarte

Conselho Fiscal (Suplentes)

Marcos José Mota Cerqueira

Dalton Rosa Freitas

Fundação João Mangabeira

Sede própria - SHIS QI 5 Conjunto 2 Casa 2

CEP 71615-020 - Lago Sul - Brasília, DF

Telefax: 61 3365-5277 / 3365-5279

www.fjmangabeira.org.br

www.tvjoaomangabeira.com.br

fjm@fjmangabeira.org.br

Créditos



Coordenação geral – **Carlos Siqueira**

Organização de conteúdo e Coordenação de pesquisa -
Sinoel Batista e Marcelo Peron

Coordenação técnica do conteúdo – **Monika Dowbor**

Transcrição do áudio - **Lívia Costa**

Projeto gráfico: **José Luís Hernandes**

Imagens: **Humberto de Oliveira Pradera e José Luís Hernandes**

Sumário

Saúde, política pública essencial para o desenvolvimento - Carlos Siqueira	9
Síntese dos Debates - O SUS como horizonte: a ininterrupta caminhada para garantir o direito à saúde no Brasil. - Monika Dowbor	15
Abertura - Rubens Bomtempo	25
Para onde vai o SUS? - José Gomes Temporão	29
Organizações do Estado, relações intergovernamentais e o SUS: desafios urgentes - Pedro Ribeiro Barbosa	51
Força de trabalho em Saúde - Mario Roberto Dal Poz	69





Carlos Siqueira

Diretor-Presidente da Fundação João Mangabeira



Saúde, política pública essencial para o desenvolvimento e para a emancipação popular

O documento que ora apresentamos, resultado da transcrição de três palestras proferidas na Fundação João Mangabeira em 06/12/2013, é o quarto de uma série, todos associados às Oficinas Diálogos do Desenvolvimento Brasileiro. Tratamos nesta oportunidade da saúde pública, que é um tema muito caro ao Partido Socialista Brasileiro, por ser uma preocupação constante da população que ainda não encontrou um encaminhamento político satisfatório, o que só pode ocorrer quando e se a questão receber a prioridade que efetivamente requer.

Nesse sentido, distintas pesquisas de opinião tem refletido à exaustão o cenário de angústia frente ao tema e revelam, de modo especial, a preocupação das pessoas mais simples, que precisam de assistência médica, de tratamento, fazer cirurgias e que não encontram, infelizmente, um sistema de atenção à saúde adequado e eficiente, que responda com rapidez às demandas, observando a qualidade que todos os usuários merecem. É no mínimo desapontador encontrar essa realidade, ao lado do enorme esforço que se vem fazendo para a construção de um dos sistemas públicos de saúde mais abrangentes do mundo, em termos de cobertura.

Para o PSB, que tem tradição de luta no movimento sanitário, que contou em seus quadros com uma figura da importância do Dr. Jamil Haddad, Presidente do Partido e Ministro da Saúde no Governo do Presidente Itamar Franco, é motivo de honra, portanto, que a pauta da saúde pública de qualidade pertença nesse momento de nossa história às ruas, aos jovens, à sociedade, que a elegeu como reivindicação prioritária, ao lado de transporte e mobilidade, educação, segurança e reforma do Estado. Acreditamos que por esse meio, com mobilização popular em torno do direito à saúde, possamos dar um passo definitivo, no aprimoramento do SUS.

As grandes linhas do fortalecimento do SUS, pensadas com base nas insuficiências de sua implantação até aqui, devem compreender primeiramente um choque de gestão, para superar ineficiências conhecidas de todos e práticas corporativistas, que não guardam

qualquer relação com seu espírito. Há que se atentar, ainda, para o subfinanciamento crônico, no qual se destaca mais recentemente uma redução constante da participação da União no custeio das despesas, fato que tem onerado estados e municípios, com impacto negativo sobre a qualidade dos serviços prestados. Cabe, como terceiro elemento, atentar para o sistema suplementar de saúde e as renúncias fiscais que o envolvem. Em um cenário de recursos escassos, tais renúncias fragilizam o SUS e podem, no limite, levá-lo a uma crise, que irá prejudicar justamente os segmentos populares.

Como todos sabem, o PSB tem dado uma grande contribuição à gestão da saúde nos estados e municípios em que é governo; os parlamentares do partido como regra estão engajados no esforço de fortalecimento e aprimoramento da saúde pública no Brasil. Nessa Oficina contaremos, nada obstante a experiência que o partido acumulou em suas administrações, com a contribuição de especialistas, de profissionais comprometidos com o sistema público de saúde, com a eficiência do SUS, com atendimento da população e humanização dos serviços, com a sensibilidade social de quem é capaz de compreender que, sem uma estratégia política para o sistema de saúde e sem políticas públicas integradas, não haverá governo em condições de dar solução aos grandes problemas nacionais, em particular ao da saúde.

A presença desses especialistas, seus testemunhos como militantes do movimento sanitário, só podem enobrecer os encontros que temos tido para construir os Diálogos do Desenvolvimento Brasileiro, cujo objetivo,

desde sua concepção, foi o de acumular informações, subsídios, teses para o futuro programa de governo do Partido Socialista Brasileiro que, como todos sabem, terá candidato à presidência da República nas eleições de 2014.

O lançamento das Diretrizes do Programa de Governo ocorrido no último dia 04/02 reforçou as conexões entre essas duas iniciativas. É preciso, portanto, que na leitura deste documento já se tenha em mente as lições e ensinamentos que podemos extrair, para fortalecer técnica e politicamente nossas posições, levando-as até o grau de compromisso com a nação, por meio do Programa de Governo que deverá ser proposto ao País em junho próximo.

É uma enorme satisfação, portanto, que nos conduzam nesse caminho de reflexão o Ministro José Gomes Temporão e os Professores Mário Roberto Dal Poz e Pedro Ribeiro. As contribuições de cada qual foram organizadas de tal forma que tenhamos, ao fim, uma visão de conjunto da saúde pública, a que se somam dois destaques temáticos. A avaliação da trajetória do SUS e seus principais desafios será feita pelo Ministro Temporão. O Prof. Pedro Ribeiro tratará das questões relacionadas à organização do sistema de saúde e as figuras jurídico institucionais que vem sendo construídas ao longo de sua implantação. Caberá ao Prof. Mário Roberto Dal Poz, por fim, abordar o aspecto dos recursos humanos, desde sua formação, até a atuação dos profissionais no SUS.

Temos certeza de que o material produzido com base nas exposições dos três palestrantes, que se seguiu de um riquíssimo debate, será de enorme valia para todos os militantes do PSB, se prestando também às reflexões de técnicos e gestores, que em seu dia a dia fazem do SUS uma realidade. Tenham todos, sociedade, militantes, profissionais de saúde a certeza de que, para o PSB, a saúde é uma prioridade de primeira ordem e é com esse grau de importância que se fará presente em nosso Programa de Governo.



Monika Dowbor

Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

Síntese dos Debates

Este texto apresenta uma síntese dos debates ocorridos no âmbito da Oficina Diálogos do Desenvolvimento Brasileiro acerca do tema "Política Saúde" e no debate subsequente que ocorreu durante o evento.

O SUS como horizonte: a ininterrupta caminhada para garantir o direito à saúde no Brasil.

O Banco Mundial que foi responsável, nos anos noventa, por princípios e diretrizes duvidosas no que se refere à ampliação e qualidade de serviços públicos. Reconheceu, em sua recente publicação,¹ que o sistema público de saúde brasileiro é uma referência internacional e exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde.

¹ Ver a notícia em <http://www.onu.org.br/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial>. A publicação com versão em português para o download gratuito encontra-se em <http://www.onu.org.br/sistema-de-saude-publica-brasileiro-e-referencia-internacional-diz-banco-mundial/>.

Esse reconhecimento se baseia no fato de que o Brasil foi um dos primeiros, e dos poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a prever e implementar o acesso universal aos serviços de saúde, tratando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Desde a sua instituição, em 1988, foram alcançados diversos avanços e conquistas em termos dos indicadores de saúde, bem como de tratamentos e cobertura de serviços, todavia a ampliação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra importantes obstáculos por problemas de financiamento, de redefinição dos papéis público e privado, da adequação do modelo de atenção e dos recursos humanos para as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas, entre outros. Falar do sistema público de saúde na segunda década do século XXI implica, portanto, reconhecer o passado, mas também demonstrar coragem para atualizar o debate, deixar claras as novas necessidades e as formas de atendê-las de modo a resguardar a conquista do direito à saúde.

O sistema público de saúde brasileiro nasceu em um contexto contrário à sua lógica, no final dos anos 1980, marcado pelas medidas neoliberais que pregavam a retirada do Estado da prestação de serviços públicos e a eficiência do mercado para dar conta dessa provisão. Na Constituição de 1988, o Estado brasileiro assumiu a responsabilidade pelo acesso universal, gratuito e integral a todos os cidadãos, isto é, a saúde como direito social. Não só essa decisão estava na contramão da lógica neoliberal, mas também rompia com o modelo anterior, no qual o

acesso ao sistema estruturado da saúde decorria da inserção do mercado formal de trabalho. Com isso, 50% da população brasileira estavam sem atendimento integral ou deixados às suas próprias forças ou recursos.

O Sistema Único de Saúde se constituiu sob o marco de um sistema do qual o setor de saúde foi pioneiro no Brasil e que inspirou e inspira até hoje a organização de outras áreas de políticas públicas. Constituiu-se como sistema único de modo a integrar as instituições responsáveis pela saúde, antes espalhadas por diferentes órgãos, como sistema descentralizado de forma a tornar a gestão e a provisão mais próxima das necessidades locais e, por fim, como sistema participativo para incorporar nos processos de decisão e monitoramento aqueles que estavam diretamente interessados na existência e qualidade de serviços de saúde, a saber, os usuários e seus representantes bem como outras categorias como sindicatos, provedores privados, universidades etc.

A estruturação desse modelo visava a universalização do acesso à saúde, com o objetivo final de garantir mais vida e mais qualidade de vida. O que foi alcançado neste sentido? Os avanços foram imensos. O SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica por meio do Programa Saúde da Família, que oferece a cobertura a mais de 100 milhões brasileiros; atingiu a cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, desenvolveu programas de transplantes e o de HIV/AIDS; investiu na fabricação nacional de produtos farmacêuticos e na formação de recursos humanos, tanto dos do nível técnico, capacitando 230.000 auxiliares de enfermagem, como os de nível superior, incentivando as escolas

de medicina a formarem profissionais para o sistema público. Houve significativas melhoras na mortalidade infantil, e a mortalidade materna, e por doenças crônicas, também vêm caindo, ainda que mais lentamente.

A garantia constitucional desse sistema de saúde, bem como sua implementação, é explicada por uma série de fatores, mas é importante destacar a presença e a atuação do Movimento pela Reforma Sanitária e suas alianças com os Movimentos Populares de Saúde. Composto, desde os anos 1970, por profissionais progressistas de saúde, acadêmicos, pesquisadores, estudantes, o Movimento atuou por dentro do Estado, ampliando o acesso à saúde ainda no regime militar. Foi o grande defensor do novo sistema na Constituinte e na redemocratização esteve presente nas principais lutas setoriais, resistindo às tentativas de desmonte do sistema nos governos Collor e FHC.

Os militantes e ativistas do Movimento compartilharam uma formação comum em centros de excelência nos quais se produzia a visão da saúde com foco em seus determinantes socioeconômicos, bem como enquadrando a saúde como um fato coletivo e não individual. A cada ano, as novas gerações de sanitaristas adentravam o sistema de saúde, tornando-se seus defensores. Seja na direção de um posto de saúde, de uma secretaria municipal de saúde, no Ministério da Saúde ou em uma organização da sociedade civil, os ativistas lutavam e lutam diariamente pelo SUS.

Pois 26 anos depois da Constituição, o processo da construção do sistema universal, igualitário e integral de saúde continua. Trata-se mais do que

de uma simples constatação, pois estamos hoje em um contexto diferente. Entre 1970 e 2000, o país passou por uma transição demográfica: a proporção de pessoas com mais de 60 anos dobrou e a urbanização aumentou de 55,9% para 80%. As taxas de fertilidade diminuíram (de 5,8 em 1970 para 1,9 em 2008). A expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 40%, chegando a 72,8 anos em 2008. A obesidade está aumentando, e entre as doenças significativas do novo padrão demográfico estão as do sistema circulatório, seguidas pelo câncer e por causas externas (Paim, et al. 2011)².

As relações entre a sociedade civil e o Estado se modificaram no sentido de muito maior interrelação, houve importantes avanços tecnológicos na medicina e hoje a questão de recursos humanos no setor de saúde diz respeito a um grande contingente de profissionais. Essas mudanças colocam para o SUS novos desafios cuja implementação está impedida por problemas de financiamento, do modelo de gestão, ainda muito calcado na insuficiente divisão entre público e privado, e da formação inadequada de profissionais.

O setor público de saúde sofre constantemente com a questão do financiamento. Para se ter uma ideia, em 2007, apenas 8,4% do produto interno bruto foi gasto com a saúde e deste 41% foi gasto público, valor baixo quando comparado a países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%) Espanha (71,8%), sendo também mais baixa que a de países como EUA (45,5%) e México (46,9%) (Paim et al. 2011: 20).

² Paim, Jairnilson et al. (2011) "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". Saúde no Brasil 1. The Lancet. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext#article_upsell), acesso em 05 de janeiro de 2014.

O Movimento pela Reforma Sanitária está na luta pelos recursos desde os anos 1990, tendo alcançado sucessos parciais com o CPMF e a garantia de destinação de 12% e 15% pelos estados e municípios, respectivamente, nos gastos com a saúde. Mas a principal reivindicação dos 10% do orçamento da União, o que é considerado necessário para ampliar e melhorar os serviços de saúde, encontrou sucessivas derrotas tanto nos governos FHC, bem como nos de Lula e Dilma. Recentemente - em agosto de 2013 - o Movimento coletou e entregou 1.896.592 assinaturas ao presidente da Câmara dos Deputados para instituir o Projeto de Lei Complementar de Iniciativa Popular (PLP 321/2013) que garante o investimento de 10% da receita corrente bruta da União para o Sistema Único de Saúde. O projeto não conseguiu ainda ser aprovado, apesar de reiteradas manifestações de apoio.

Do subfinanciamento decorrem os problemas identificados pelos usuários quanto à dificuldade de acesso, má qualidade de serviços, longo tempo de espera, desumanização e descoordenação. Este quadro abre espaço para o crescimento galopante do setor privado de saúde, que, em dez anos, aumentou de 20% para 30% em termos da cobertura da população. A ascensão da “nova classe média”, bem como os trabalhadores formais, tanto do setor privado quanto do público, alimentam as fileiras dos clientes dos planos de saúde, e com isso o SUS tem sua legitimidade progressivamente minada, correndo risco de se transformar num sistema para a população pobre. Vale destacar, no entanto, que nos casos de doenças crônicas, remédios

de alto valor ou tratamentos complexos, os usuários do sistema privado buscam a solução no SUS.

Outra faceta do sistema público de saúde, que é responsável pela sua qualidade, são seus recursos humanos, pois os profissionais de saúde são a expressão do sistema para o usuário individual. Tanto quando eles não existem, como é o caso da falta de médicos em certas regiões do país, ou quando eles atendem mal o usuário. O setor de saúde é eminentemente intensivo em mão de obra, e as inovações tecnológicas, diferentemente de outros setores, demandam novos operadores. Em 1980, o setor público de saúde contava com 265.956 profissionais. Em 1992, esse número dobrou, ficando o setor com 537.688 funcionários e, em 2005, duplicou novamente, totalizando 1.069.440 de profissionais (sem contar os empregos administrativos)³. E hoje, considerando todas as categorias, há praticamente 8 milhões de pessoas empregadas no setor saúde.

Há três grandes desafios nessa área. Observa-se o aumento das desigualdades na distribuição geográfica dos profissionais de saúde no Brasil. Sabemos que faltam médicos, mas, ao mesmo tempo, as escolas de enfermagem já saturaram o mercado de enfermeiros. Grande parte das escolas são privadas e é necessário continuar com os incentivos para que se formem profissionais para o sistema público de saúde, com foco na humanização dos cuidados. E é preciso melhorar as condições de trabalho desse imenso contingente de trabalhadores.

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária).

O SUS de hoje recoloca também a questão de gestão. As relações entre a sociedade civil e o Estado mudaram, bem como a própria lógica do funcionamento do Estado. Nesse contexto, é preciso atualizar o debate para além da simples dicotomia entre o público e o privado. As lógicas já se interpenetram, seja no sentido negativo, seja no positivo: há partes do Estado que são privatizadas bem como há agentes da sociedade civil que são capazes de atuar em prol do bem público, acrescentando autonomia, flexibilidade e enriquecimento da gestão. Ademais, diversificaram-se os equipamentos de saúde que não consistem mais em um posto de saúde, ambulatório e hospital, e essas novas configurações de serviços exigem novos arranjos, mais flexíveis e capazes de dar respostas mais rápidas, mas por hora os novos formatos e vínculos que têm surgido carecem de regulamentação.

A partir disso emerge a necessidade de ampliar a capacidade do Estado para regular a provisão de serviços nas áreas sociais, eliminar ilegalidades, aumentar a transparência e responsabilização e criar modelos e vínculos jurídicos de modo a garantir institucionalidade e sustentabilidade organizacional dos prestadores de serviços. O que uma parte dos defensores do SUS alega é que não se trata mais da reforma setorial, mas do novo modelo do Estado, ao qual cabe muito mais o papel de regular, criar normas e processo para quem presta o serviços, seja ele público, seja privado.

Os obstáculos que se colocam no caminho da ampliação e consolidação do SUS não são triviais, no entanto o sistema já conta

com o acúmulo da construção institucional – secretarias, conselhos, comissões intergestoras e conferências - e com a diversidade de atores organizados, tanto entre os profissionais quanto entre os da sociedade civil, que atuam em prol do sistema público. Colocar os problemas e entraves no centro do debate parece ser agora questão da decisão e coragem política. Decisão política pautada no horizonte da construção da sociedade mais justa, menos desigual e onde a qualidade de vida das pessoas constitui mote principal.



Rubens Bomtempo

Prefeito de Petrópolis - RJ



Abertura

Boa tarde a todos. Cumprimentando tanto o Dr. Temporão quanto o Dr. Mário Roberto e o Dr. Pedro Ribeiro, cumprimento a todos os senhores e senhoras aqui presentes. É um enorme prazer fazer esse debate sobre a saúde e sabemos que esse tema envolve muitas paixões.

É um debate, com certeza, do qual todos queremos participar e vamos certamente crescer muito com essa discussão. O nosso objetivo é ,neste exato momento, acumular cada vez mais conceitos, visões, para que possamos formular nosso programa de governo e oferecer para o País um modelo de saúde que possa ser cada vez melhor, mais justo, para que possa, realmente, ter mais eficiência como todos queremos.

É um prazer muito grande estar à frente da coordenação deste trabalho. Agradeço a incumbência nos dada pelo nosso companheiro Presidente da Fundação João Mangabeira, meu querido amigo Siqueira, e tenho certeza de que precisamos cada vez mais promover esses encontros, porque é disso que o povo brasileiro está precisando, de partidos que possam realmente alimentar o debate interno para propor cada vez mais, para avançarmos dentro do processo.

Quero, em primeiro lugar, propor a explanação do Ministro Temporão, para falar sobre o tema de forma geral, e depois passar a palavra para o Dr. Mário Roberto, que nos vai falar sobre a questão importante dos recursos humanos, que é um grande problema sobre o qual temos que fazer um debate necessário no que se refere à saúde, para em seguida passar a palavra ao Dr. Pedro Ribeiro, que é Vice-Presidente da FIOCRUZ, trabalha na área de gestão e, tenho certeza, vai contribuir muito com uma visão inovadora sobre a gestão pública na área da saúde.

Quero iniciar este debate convidando o nosso Ministro Temporão para falar, em linhas gerais, sua visão sobre o momento atual da saúde pública do nosso País.



José Gomes Temporão

Ex-Ministro de Estado da Saúde

Para onde vai o SUS?

Boa tarde a todos. Pensamos em organizar esta conversa com vocês hoje aqui da seguinte maneira: na verdade vou falar sobre os aspectos mais gerais da política de saúde e os Profs. Mário Dal Poz e Pedro Ribeiro vão tentar aprofundar dois temas que me parecem centrais, quais sejam recursos humanos e gestão, e é claro que nós três não vamos dar conta de esgotar a complexidade e a multiplicidade dos aspectos que poderiam ser contemplados numa discussão sobre saúde. Certamente vão surgir daqui outras questões que terão que ser aprofundadas em outro momento, mas pelo menos uma passagem pelos principais pontos, pelas principais questões eu creio que será possível fazer.

São quatro blocos no contexto que chamo das modernas transições no campo da saúde pública, alguns desafios e problemas e algumas propostas.



O primeiro ponto que tem que ficar claro é sobre a reforma sanitária brasileira. O interessante é que tanto eu quanto o Pedro e também o Mário, como diria o saudoso Leonel de Moura Brizola, viemos de longe, nós estamos participando desse trabalho desde os anos 70, e é exatamente isso que marca o movimento da reforma sanitária, é um processo de luta política que não se limita à questão setorial, nem à formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde. Vai muito além disso, trabalha com a questão da democracia. Não é à toa que naquela época, naquela conjuntura de luta contra a ditadura, um dos lemas era “Democracia é saúde, saúde é democracia”, mas a democracia num contexto de transformações estruturais da sociedade e na compreensão de que a determinação social da saúde é uma questão central. Então, a interface entre a questão da saúde e as demais políticas públicas é um tema absolutamente central.

Se verificarmos, hoje, as discussões sobre a política urbana, mobilidade urbana, existe uma relação direta com a questão da saúde. Saneamento, habitação, renda, cultura, moradia, enfim, são políticas que impactam a saúde. E na outra ponta a construção de estratégias intersetoriais, transversais, que permitam uma aproximação nos campos da saúde, da educação, da ação social, do meio ambiente e de outras políticas públicas, que são fundamentais numa perspectiva de mudança e de transformação.

E esse é um ponto fundamental, quer dizer, a questão da equidade, a superação da desigualdade, a política de saúde vista, como dizia nosso saudoso Sérgio Arouca, como um processo civilizatório, onde a saúde entra como um bem público da mais alta relevância e o acesso às oportunidades de

promoção, prevenção, atenção, recuperação, tem que ser igual para todos os brasileiros, ou seja, a redução das distâncias, das diferenças.

Com a Constituição, saímos de um sistema completamente fragmentado. Na verdade, o INAMPS era a autarquia responsável pela política de saúde, o Ministério da Saúde, naquela conjuntura, implementava os programas verticais e as campanhas de saúde pública tradicionais, não tinha maior expressão. Naquele período, tínhamos três tipos de brasileiros: os ricos, que pagavam diretamente pelo acesso, pela atenção; os formalmente inseridos no mercado de trabalho, que tinham a proteção da Previdência, do INAMPS, e a grande maioria da população, que era objeto da caridade, da filantropia, e eventualmente da sorte ou do azar. E avançamos do ponto de vista conceitual e político para um sistema unificado, saúde como um direito e dever do Estado, descentralizado, através de um mix público privado e com participação social.

É um sistema, hoje, em várias dimensões, talvez o mais importante sistema público do mundo, do ponto de vista da capilaridade, complexidade, cobertura, e população cuidada. Hoje, 70% da população brasileira dependem única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Só os Estados Unidos fazem mais transplantes de órgãos do que o Brasil neste momento. Temos políticas respeitadas no mundo inteiro de imunizações, de AIDS, temos um programa de atenção básica, o Programa Saúde da Família, que cobre 100 milhões de brasileiros, é o mais importante programa público de atenção primária, são marcas, e é um sistema muito grande.

Esse é o retrato hoje. Aliás, eu tenho alguns dados que já dizem que, na verdade, 33% da população brasileira já têm acesso a planos e seguros privados. O grande motor desse vetor pró-mercado é o próprio processo de ampliação do trabalho assalariado. Hoje, cada vez mais, são pouquíssimos os brasileiros que pagam diretamente por um plano de seguro, a maioria dos cobertos por um plano de seguros, praticamente 90%, têm uma relação vinculada ao mundo do trabalho, ou seja, o trabalho lhe dando direito de acesso a essa modalidade.

Mas é importante chamar atenção para dois subsistemas com grande interpenetração (o público e o privado). Primeiro, os profissionais de saúde que atuam tanto num como no outro, o Mário vai falar sobre isso, mas também, por exemplo, para transplantes, para medicamentos de alto custo, atendimentos de emergência, para vacinas, para tratamento de AIDS, entre outras políticas, praticamente 100% dos brasileiros utilizam o SUS.

Alguns problemas, nesses 25 anos de implantação do SUS, me parecem extremamente importantes. E quero chamar atenção para uma singularidade: o SUS foi construído exatamente numa conjuntura onde a questão do neoliberalismo e a questão do mercado eram colocadas como questão central. Thatcherismo, política do Reagan, dos Estados Unidos, e o Brasil então teve a postura ousada de construir o sistema universal nessa conjuntura.

Mas tivemos grandes percalços nesse caminho e quero destacar alguns deles. Primeiro, o subfinanciamento crônico, o próprio conceito de orçamento da Seguridade Social já na origem, quando a Lei Orgânica do Sistema Único

de Saúde, em 1990, foi promulgada, nós já perdemos os recursos que até então financiavam o INAMPS que, em tese, viriam compor o orçamento desse Ministério da Saúde que ali surgia. Na verdade, nós perdemos esses recursos e o Ministério da Saúde foi obrigado a disputar, na Esplanada dos Ministérios com os demais Ministérios, o seu orçamento. Isso se mantém mesmo com a luta pela Emenda 29 — vou falar depois um pouco mais sobre financiamento.

Então o SUS nasce, se desenvolve e chega hoje a uma situação de subfinanciamento, de asfixia estrutural do ponto de vista macroeconômico. Isso tem implicações óbvias do ponto de vista de possibilitar a ampliação do acesso, da cobertura, da garantia da qualidade entre outros.

O segundo é o nosso federalismo que exige grande esforço de construção de consenso, a tripartite, que congrega em âmbito nacional Ministérios, Estados e Municípios, e as bipartites em âmbito estadual, mas são espaços de pactuação de políticas que, na verdade, mobilizam até certa máquina burocrática importante e que é um jogo extremamente complexo do ponto de vista da gestão, da formulação e aprovação de políticas.

O terceiro ponto é que nós saímos de um sistema extremamente centralizado, pré-Constituinte, para um sistema radicalmente descentralizado, onde os municípios assumem um papel fundamental na organização e na oferta dos serviços de saúde. E grande parte dos municípios brasileiros não tinham e não têm essa capacidade de gestão nem capacidade técnica. Hoje já surgem algumas discussões sobre a necessidade de repensar um pouco esse modelo centrado no município como lócus operacional da condução da política.

O quarto ponto, e esse é um ponto dado pela realidade, desde as suas origens os trabalhadores, seus sindicatos, suas centrais sindicais, sempre apoiaram do ponto de vista político o Sistema Único de Saúde, mas na prática a realidade é diferente. Desde o início, exatamente, foram os sindicatos de trabalhadores que, na mesa de negociação com seus patrões, colocaram a questão de acesso a um plano de saúde como um dos pontos centrais das negociações coletivas. E isso tem sido evidentemente um dos motivos de fragilização política do sistema público.

O outro ponto é que esse processo, pouco depois, chega ao funcionalismo público. Ou seja, hoje, os funcionários públicos dos Três Poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, têm acesso a planos de seguros de saúde co-financiados ou em parte subsidiados e financiados pelo Poder Público, por meio de recursos recolhidos através dos impostos pagos por todos os brasileiros. Então é uma questão no mínimo contraditória. Nós temos hoje funcionários públicos, também suas lideranças e seus representantes, que na retórica apoiam fortemente o SUS, mas na prática “quero a garantia do meu plano, o meu seguro, para mim e para minha família”.

Os partidos políticos idem. Não conheço nenhum político brasileiro, de qualquer matiz ideológica, que diga que é contra o SUS. Todos são a favor. Mas não aprovam no Congresso Nacional nenhuma lei, nenhum projeto de lei que lhe dê sustentabilidade. Por exemplo, o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu 2 milhões e 200 mil assinaturas para uma emenda que garanta 10% das receitas brutas para a Saúde e o projeto não anda, apesar de termos lá reiteradas manifestações de apoio e que ficam apenas na retórica.

A própria dinâmica do capitalismo no setor saúde, vou falar um pouco sobre a dimensão econômica da saúde. A saúde tem uma dualidade importante: é ao mesmo tempo política social fundamental para o desenvolvimento, para o bem-estar, e é um setor muito dinâmico da economia. A própria dinâmica capitalista introduz problemas e questões nesse cenário. E isso se mantém durante vários governos que criam estímulos e subsídios para o setor privado. Vou dar um exemplo singelo de que, através de uma portaria da Receita Federal, se autoriza por exemplo que qualquer despesa médico-hospitalar possa ser abatida no Imposto de Renda de Pessoa Física, mesmo que seja uma cirurgia estética, não necessariamente funcional.

Por outro lado, temos que comemorar algumas conquistas. Primeiro, o SUS conseguiu ampliar muito o acesso e a cobertura, temos algumas marcas muito importantes. O Brasil, hoje, produz praticamente todas as vacinas que utiliza no Programa Nacional de Imunizações, com tecnologia brasileira, ou seja, nosso Programa Nacional de Imunizações criou também uma base biotecnológica na FIOCRUZ e no Butantã principalmente. O Programa Saúde da Família, que hoje cobre mais de 100 milhões, o programa de AIDS, de transplantes, já disse, o SAMU, a reforma psiquiátrica e a política de humanização. Nós estamos ainda nesse processo, mas praticamente fechamos todos os manicômios.

Essa questão tem que ser vista no âmbito dos direitos humanos. Hoje, já temos um aparato capilarizado de centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, que foi um grande avanço muito importante,

mas temos que avançar mais, e a política da qual mais a frente vou falar, é essa política nova do complexo produtivo da saúde.

Esses dados aqui, por exemplo, eu tenho falado sobre isso e defendo que quando se analisa, no campo das políticas sociais saúde e educação, ao longo dos últimos 25 ou 30 anos, a saúde foi melhor. Basta olhar, por exemplo, as últimas avaliações do setor educacional, estou me referindo não à questão de aspectos de dificuldade de acesso à atenção cotidiana, tempo de espera, estou falando da política de saúde, da política de educação como macropolíticas utilizando macroindicadores. Quando você olha para as duas políticas, a saúde foi a melhor.

Expectativa de vida, mortalidade infantil. A mortalidade infantil está se aproximando rapidamente no Brasil, hoje, de 12, 13 por mil nascidos vivos. A mortalidade materna vem caindo mais lentamente por especificidades. A mortalidade por doenças crônicas vem caindo de maneira sustentada no Brasil, erradicamos várias doenças imunopreveníveis e estamos controlando a maioria delas. Ou seja, o SUS, eu usei esse termo em uma entrevista que dei, sem o SUS, hoje, viveríamos uma situação de barbárie social. O SUS, hoje, é um instrumento de política social, de coesão social, de justiça social de extrema importância, mas encontra-se fragilizado neste momento.

Avançando um pouco nessa questão de problemas, eu já me referi ao primeiro ponto e o segundo ponto é muito importante. Eu estava lendo outro dia o editorial de um grande jornal do Rio de Janeiro e fiquei até entusiasmado quando verifiquei que ele era a favor do SUS, porque é difícil,

só encontramos críticas, mas, quando avancei um pouco na leitura, entendi o que estava acontecendo. O editorial dizia mais ou menos o seguinte: temos que defender o SUS, principalmente porque ele é muito importante para atender aos mais pobres. Não, não foi para atender aos mais pobres que construímos o SUS, mas para atender a todos. Então, essa cultura que se dissemina de que o SUS é um sistema para atender aos mais pobres para nós é uma heresia. Temos que enfrentar essa questão de maneira muito séria, muito firme. E aqui temos implícita uma questão mais cultural e ideológica, eu diria, da qual vou falar mais adiante.

Sobre a perda dos recursos da Previdência eu já falei. A Emenda 29, que na verdade não mudou, depois de tramitar 20 anos foi aprovada agora recentemente e na prática não mudou muito, porque a participação da União no financiamento setorial continua caindo, a grande responsabilidade está sendo transferida para os Estados e Municípios e principalmente para as famílias, vamos ver. Essa emenda dos 2 milhões e 200 mil assinaturas que está no Congresso Nacional hoje significa, na realidade, caso seja aprovada, incorporar uma CPMF/ano na Saúde. Em dezembro de 2007 eu era Ministro, perdemos a CPMF e perdemos naquele momento a oportunidade de que a integralidade dos recursos da CPMF fosse incorporada à área da saúde, e hoje estamos brigando por esses recursos. Ou seja, o SUS é um grande sucesso como macropolítica, macroestratégia para impactar principalmente os indicadores sanitários, entretanto, na perspectiva do acesso da qualidade e da oferta, a avaliação da população só piora: tempo de espera, acesso, qualidade, desumanização, descoordenação, quem é o responsável pelo meu

cuidado, e isso se expressa num rápido aumento da velocidade de cobertura do setor de planos e seguros que em dez anos aumenta praticamente de 20% para 30% de cobertura da população.

Para falar um pouco então das questões que estão postas para nós, e aproveitando até um pouco da conversa que tivemos no almoço, de que não dá mais para pensar a política de saúde sem olhar para um horizonte de 20, 30 anos, e isso é extremamente importante, e é um pouco o que se coloca para nós aqui de que maneira pensar o sistema de saúde para o futuro do Brasil a partir dessa importante base, desse importante acúmulo político institucional que é o Sistema Único de Saúde. E para pensar o futuro temos que pensar em políticas de saúde, em instituições, que são fortemente baseadas em trabalho humano, e para isso temos que pensar em alguns fenômenos que impactam os sistemas de saúde em todo o mundo e não apenas no Brasil.

Vou falar rapidamente sobre essas cinco transições. A primeira delas é a epidemiológica. A maioria já deve saber que o Brasil, hoje, tem um perfil de causas de morte idêntico ao dos países desenvolvidos, mas com duas especificidades que complicam para nós, gestores e planejadores. Primeiro, que um conjunto de doenças infectocontagiosas continua sendo um problema importante de saúde pública: malária, tuberculose, AIDS e dengue, principalmente essas quatro. E o segundo aspecto que impacta para o Brasil desfavoravelmente esse perfil epidemiológico são as chamadas causas externas, principalmente homicídios entre jovens, negros. O Brasil mata por ano mais do que qualquer conflito armado que esteja acontecendo no mundo neste momento. Os acidentes de trânsito, que matam outros 40, 50

mil brasileiros por ano, os acidentes de trabalho, as agressões interpessoais. Então, a questão da violência, em sentido amplo, e a questão das doenças infectocontagiosas se somam às doenças crônicas, doença cardiovascular, cerebrovascular, câncer, e criam um perfil extremamente complexo e que pressionam evidentemente o sistema de saúde do ponto de vista financeiro e do ponto de vista tecnológico. Nós já estamos em plena epidemia de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Estamos nos aproximando muito rapidamente do padrão americano que seria o padrão de referência mais negativo do ponto de vista de saúde pública.

O Brasil está fazendo na metade do tempo a transição demográfica que a França fez. Ela demorou 100 anos para fazer o que estamos fazendo em 50 anos. Taxa de fertilidade, número de filhos por mulher em idade fértil já está em 1.7. O Brasil, em 2030, praticamente vai estabilizar sua população. Nós vamos ter, em 2030, mais brasileiros acima de 60 anos do que entre 0 e 19 anos. A população brasileira está envelhecendo de maneira rápida, muito mais rápida do que aconteceu em outros países e isso tem e terá um impacto direto muito importante sobre a organização do sistema de saúde. Porque aqui na questão do envelhecimento o impacto é mais doença crônica, mais câncer, mas também a Organização Mundial da Saúde chama atenção de que, nos próximos 20 anos, as demências - demência senil, alzheimer, depressões e distúrbios neuropsíquicos - vão ter uma carga muito importante. E aí a tecnologia para lidar com isso não é apenas médica, não são apenas medicamentos, mas também cuidadores, psicólogos, outros profissionais de saúde e equipes intersetoriais e transdisciplinares que vão precisar estar

presentes para atender adequadamente. O modelo de atendimento vai ter que mudar para dar conta dessa nova demanda. Para exemplificar, em 2025 vamos ter 32 milhões de pessoas acima de 60 anos.

Por trás desse fenômeno de epidemias de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, temos dois fenômenos que se articulam. É a transição do padrão de alimentação da população brasileira. Fenômeno muito complexo relacionado à estrutura da família brasileira, da presença da mulher no mercado de trabalho cada vez maior, da facilidade de se comprar alimentos semiprontos, industrializados, que têm alto teor de gordura, açúcar e sódio. O fato é que a última pesquisa do Ministério da Saúde mostra que mais da metade da população brasileira está acima do peso neste momento, e 15% da população brasileira, hoje, é obesa. E a velocidade com que esse fenômeno vem se dando é alarmante.

Temos associada a essa questão a questão do sedentarismo. Por exemplo, o Brasil hoje não tem mais problema de fome nem de desnutrição grave. Não existe isso mais no Brasil do ponto de vista de saúde pública. Mas obesidade infanto-juvenil já é um problema de saúde pública importante. Então, é a velocidade com que esse fenômeno está se dando, porque isso envolve a questão dos novos espaços de lazer, computador, internet, videogame, o fato de que as crianças foram expulsas das ruas e das praças pela violência, temos então crianças que cada vez mais passam seus momentos de lazer em casa ou em espaços fechados. Portanto o sedentarismo, falta de atividade física e a mudança no padrão alimentar são os insumos básicos do fenômeno do sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo 2.

A transição tecnológica também é fundamental porque são as novidades tecnológicas, a introdução de novos medicamentos, novas tecnologias, o avanço do conhecimento técnico-científico que pressiona muito os sistemas de saúde do ponto de vista da sua sustentabilidade econômico-financeira, e custos, porque as novidades chegam ao mercado muito mais caras do que as outras tecnologias concorrenciais, criando o fenômeno da sustentabilidade tecnológica dos sistema de saúde.

Temos outro fenômeno que é a transição cultural. Como é que determinada sociedade, constrói uma percepção da saúde enquanto política. Como o sujeito político, e uma sociedade em determinada conjuntura, constrói essa percepção sobre a saúde? Muitos fatores interferem na construção dessa consciência política que pode ser positiva, no sentido da saúde como um direito, na minha opinião, ou negativa, no sentido da saúde como um bem, uma mercadoria pela qual você paga, uma mercadoria que você compra no mercado. Cotidianamente as várias mídias divulgam publicidades de medicamentos, de planos e seguros, estratégias diversificadas de ampliação do consumo estruturando um processo de medicalização, e do consumo em saúde.

Só para ilustrar, trazemos aqui o nosso brilhante Marx, que já dizia que “a produção não produz somente um objeto para o sujeito, mas igualmente um sujeito para o objeto”. Então, construir um consumidor para a produção em saúde é uma tarefa fundamental para a indústria e isso tem impactos do ponto de vista da construção dessa consciência, aproximando cada vez mais a visão de que a saúde é algo que eu pago, que eu compro, que faz parte de um

processo de ascensão social, em contraponto à saúde como um direito meu de cidadão e um fator fundamental para o bem-estar e o desenvolvimento da humanidade, de uma sociedade.

E o Henfil, em duas tirinhas, sintetizou o que uma tese de doutorado demoraria 4 anos para fazer, qual seja: o dono da indústria farmacêutica chama o pesquisador e lhe diz: “Parabéns, o remédio que o senhor descobriu foi aprovado, agora só falta o nosso departamento de marketing criar a doença”. Então, em duas tirinhas ele resolveu o problema dessa dinâmica toda. Ou seja, a consciência sanitária, como nos ensina Berlinguer, tem essa dualidade. É não só como eu, indivíduo, vejo a questão da saúde, o que é bom para a minha saúde, o que pode ameaçá-la, mas estou querendo chamar atenção para essa dimensão coletiva. É, por exemplo, nós nos perguntarmos: como o serviço nacional de saúde inglês sobreviveu ao “tatcherismo” e continua firme e de pé até hoje? Que fenômeno é esse? Por que o Canadá elegeu como o cidadão mais importante da história do Canadá o cidadão que criou o sistema de saúde canadense? O que está por trás disso? É um longo processo político de maturidade, de fortalecimento da democracia e de construção disso que chamo a consciência política que nós aqui não alcançamos. E Berlinguer então chama de consciência sanitária a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa, mas é principalmente um interesse da coletividade. Mas como esse direito é sufocado e esse interesse é descuidado, consciência sanitária é ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. Luta política!

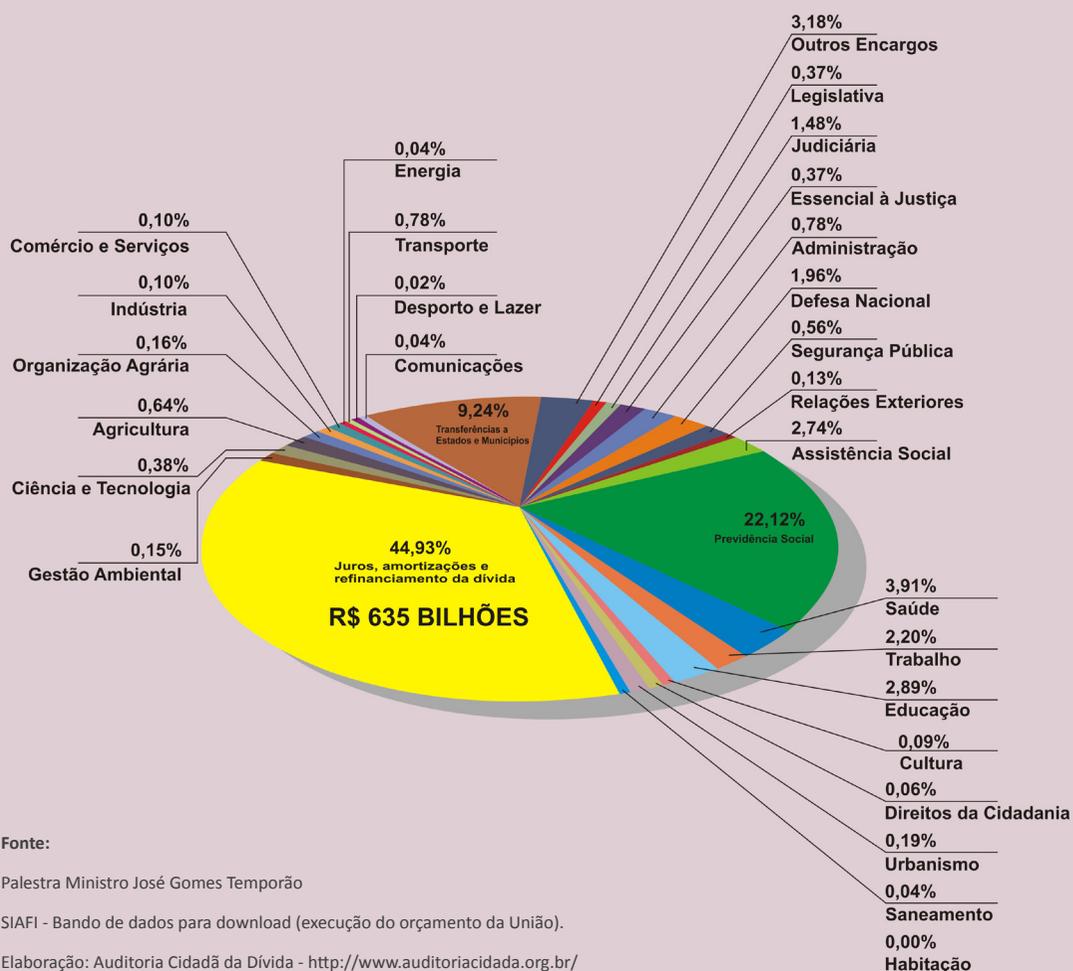
Vou falar rapidamente, Rubens, sei que vou estourar o meu tempo, mas paciência. Eu como Ex-ministro tenho o direito de estourar o tempo. Vou falar

um pouquinho sobre quatro pontos que são muito importantes para pensar qualquer política de saúde. A sustentabilidade econômica, a sustentabilidade tecnológica, a do cuidado e a política.

Sob qualquer ponto de vista, o SUS está subfinanciado. Embora o Brasil gaste entre 8% e 9% do PIB, o que está mais ou menos, digamos assim, comparável a alguns outros países em desenvolvimento e desenvolvidos, o problema é que aqui 60% do gasto é privado, e apenas 40% do gasto é público. Ou seja, o ônus de financiamento da política recai principalmente sobre as famílias. Quando analisamos as contas em saúde, o item mais expressivo são os gastos com medicamentos, e proporcionalmente os gastos com medicamentos oneram mais as famílias de mais baixa renda.

Está na Constituição que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e temos uma política de saúde que quando você vai ver como se dá a maneira de financiar, ao contrário da Inglaterra, onde 85% dos recursos são públicos, aqui o Governo só põe 40%. Quando eu digo Governo estou falando todos os entes, Ministério da Saúde, Governo Federal, Estados e Municípios entram com 40% dessa conta. E para discutirmos isso, eu estava conversando com Eduardo Campos outro dia, não tem como não olhar a “pizza” do Adib Jatene. Esse gráfico foi ele quem me apresentou e você começa a entender por que a saúde não consegue passar nenhuma proposta de ampliação dos gastos, por que a educação continua subfinanciada? É porque 45% de todo o recurso arrecadado vai para o pagamento da dívida interna, dos juros, das amortizações e do refinanciamento da dívida. E para a saúde sobram 3,91 e para a educação outros tantos.

ORÇAMENTO GERAL DA UNIÃO EM 2010 - TOTAL: R\$ 1.414 TRILHÃO



Então, sem uma reforma fiscal, sem uma reforma tributária e sem discutir essa questão, e sem uma política que reduza de fato os juros, nós não vamos conseguir recursos adicionais para a saúde. Porque a questão é sempre a seguinte: está certo, a saúde merece mais recursos, precisa de mais

recursos, vai tirar de onde? Olhando a pizza sabemos de onde tem que tirar, então este aspecto é um processo político fundamental para o País.

Vou falar agora de uma questão que é muito importante. Um dos problemas do financiamento da saúde brasileira são os chamados gastos tributários. Muitos países usam gastos tributários como estímulo à oferta, ao acesso, mas no Brasil não há critério algum. E é isso que vou demonstrar. As pessoas físicas podem abater do seu Imposto de Renda despesas com assistência médica hospitalar, dentista, médico, hospital, plano de saúde etc. e no caso da pessoa jurídica também, quando ela assiste seus empregados isso pode ser abatido do lucro tributável. Vamos ver o que acontece hoje no Brasil com esses números. Temos alguns pontos dentro dos gastos tributários brasileiros hoje. Imposto de Renda da Pessoa Física, Imposto de Renda da Pessoa Jurídica, PIS/COFINS para medicamentos, renúncia e isenção de Imposto de Renda Pessoa Jurídica, contribuição social e INSS para as entidades filantrópicas. Vejam os valores, volumes de gastos tributários. Em 2011, o Governo deixou de arrecadar, ou seja, o volume de gastos tributários através de isenções e subsídios somou praticamente 16 bilhões de reais. Esses 16 bilhões de reais, naquele ano, foram 23% do orçamento do Ministério da Saúde, ou seja, um volume extremamente expressivo.

Quando você abre cada setor, em 2011, Imposto de Renda da Pessoa Física 7 bilhões e 700, Pessoa Jurídica 3 bilhões praticamente, medicamentos praticamente também 3 bilhões e renúncia dos hospitais filantrópicos 2.2 bilhões.

Quando você analisa os abatimentos de pessoa física, os principais itens foram: 57% foram gastos com plano de saúde, 21% com médicos, dentistas e outros profissionais, e 20% com hospitais e clínicas no Brasil, principalmente.

Então, temos um ponto que é, resumindo, todos os anos aproximadamente 16 bilhões de reais deixam de entrar no financiamento do SUS e servem como fator de estímulo ao fortalecimento do setor privado, do setor de planos de seguros de saúde, em português claro esta é a questão.

Outro aspecto é que hoje é um dos sucessos da política de saúde e que introduzi na minha gestão. Não há como pensar o sucesso do SUS como política universal generosa, abrangente e ousada que ela é sem que tenhamos uma base produtiva, tecnológica, que dê sustentabilidade a essa política. Então aí tenho que entrar na área de política industrial, da ciência e tecnologia e da política de saúde, e é isso que o Presidente Lula começou a fazer e que a Presidenta Dilma tem dado continuidade, mas tem que ser aprofundado e radicalizado.

É a dualidade que mencionei, saúde de um lado como política social fundamental, mas de outro envolvendo essa articulação da base produtiva com as necessidades. Ou seja, a saúde vista como espaço de desenvolvimento e não com a visão limitada de alguns economistas, muitos eu diria, que veem a saúde como um gasto. Saúde é um fator fundamental também para o desenvolvimento, criação de emprego qualificado, arrecadação de impostos etc.

Do ponto de vista econômico qual o tamanho da saúde no Brasil hoje? É 9% do PIB, até mais, já está em 10% hoje. São 10% dos trabalhadores qualificados que o setor saúde emprega, 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos, 25% de todo o esforço nacional em P&D e a plataforma das tecnologias do futuro, nanotecnologia, química fina, equipamentos médicos, robótica etc. Então, isso já justifica que o Estado tenha uma visão radicalmente diferenciada das relações entre saúde e desenvolvimento e que construa políticas utilizando o poder de compra do Estado, o BNDES como agente fomentador de parcerias entre o setor público e o privado, para internalizar no Brasil as tecnologias que hoje importamos.

Por fim, como últimos temas para depois avançarmos no debate:

- Qual vai ser o papel da nova classe média — coloque 30 aspas na classe, porque não tem nada a ver com classe —, qual vai ser o papel desse novo universo de trabalhadores que entraram no mercado de trabalho, esses novos assalariados que ampliaram sua renda familiar, que estão tendo acesso a um padrão de consumo diferenciado, esses 40 milhões de brasileiros que foram objeto de uma grande mobilidade social, como é a visão desse novo setor sobre a questão da saúde? Esse setor vê a saúde como parte do processo de ascensão social e, portanto, tenho como objetivo na vida ter uma casa própria, um carro e um plano de saúde ou vai perceber a saúde como um bem fundamental e que o SUS, então, tem que ser fortalecido e priorizado?
- A mesma questão que se coloca é como as elites veem o SUS. Aí eu diria que elas veem de uma maneira pragmática. Para o dia a dia não presta, mas

quando é muito caro presta. Aí eu uso. Então, para fazer um transplante de órgão eu uso o SUS, quando preciso de um medicamento que custa 5 mil por mês o tratamento eu procuro o SUS. Quando tenho que tomar vacina eu procuro o SUS.

- A questão das contradições no Parlamento eu já falei. Como reconstruir a hegemonia nesse novo cenário. O grito das ruas eu só fiquei preocupado com aqueles cartazes saúde e padrão FIFA, porque a FIFA não é referência para nada, não é uma entidade que se pode dizer que prima pela ética. Mas, enfim, eu gostaria de tirar esses cartazes padrão FIFA, deveria ser padrão SUS, bom padrão, o padrão que o Brasil quer e precisa.

- A filosofia humanista e generosa do Sistema Único de Saúde vai tocar o coração das massas, nós teremos capacidade para isso?

- E para terminar algumas propostas, duas delas o Mário e o Pedro vão aprofundar, que são o trabalho em saúde e a gestão, mas não vamos ter esse sistema que queremos sem uma cobertura universal de atenção primária de alta qualidade, porque muita gente confunde saúde da família com precariedade. Até nós usamos o jargão na nossa área, e que eu critico, que é a baixa, média e alta complexidade. Então, alta complexidade é coisa sofisticada, cirurgia robótica, neurocirurgia, transplantes. Muito mais complexo do que isso é ser clínico num bairro de periferia violento aqui de Brasília, de São Paulo ou do Rio. Um clínico lidando com essa realidade, com essa dinâmica social. São complexidades distintas, mas todas complexas.

- A questão do federalismo brasileiro. Como vamos sair dessa visão que todos estão criticando para uma visão mais integrada de redes, com a questão regional no centro?

- Como vamos resolver a questão do financiamento?

- A questão das pessoas que trabalham, a reforma do Estado e os modelos de gestão, que o Pedro vai falar,

- A necessidade de repensarmos a macrorregulação do setor privado,

- Os problemas estruturais que necessitam ser repensados e recolocados e manter, radicalizar essa prioridade das relações entre ciência, tecnologia, inovação e saúde dentro da política de saúde.

É isso. Construção de uma cultura política que defenda de fato a saúde como direito e como responsabilidade do Estado para todos e sem distinção de qualquer tipo.

Obrigado.



Pedro Ribeiro Barbosa

Professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ



Organizações do Estado, relações intergovernamentais e o SUS: desafios urgentes

Boa tarde a todos. É um prazer estar aqui neste debate com vocês. Quero agradecer à Fundação João Mangabeira o convite, agradecer ao Carlos Siqueira a oportunidade de dividir esta Mesa com Prefeito Bomtempo, nosso amigo Ministro Temporão e Mário Del Poz também colega, professor que conhecemos de longa data.

Primeiramente quero dizer que, e vou pedir licença ao Temporão, mas a exposição poderia parar aqui, porque de fato o Temporão teve uma capacidade, e é natural e esperado, e foi o seu propósito de conseguir reunir um acervo de questões que por si me parece que delineiam bastante aquilo que é preciso, as questões chaves para as quais

precisamos contribuir. Mas de qualquer modo, o Temporão ajudou a organizar esse tema, pediu-me que tratássemos de aspectos específicos, e já também assumindo que, dada a largura, a abrangência dos desafios que o Temporão sistematizou originalmente, nós precisaremos fazer outros momentos como este e vamos aprofundar. Mas seguramente a exposição do Temporão vai suscitar depois bastante interação.

Vou me ater, para economizar tempo, a esse tema da organização do Estado, relações intergovernamentais e o SUS. Isso sinteticamente está se falando do tema de modelo de gestão ou da estrutura do Estado para dar conta do SUS.

Antes de passar o primeiro slide, depois vamos ver alguns princípios já repassados pelo Temporão, mas quando trato desse tema sempre digo que o SUS não cabe na estrutura do Estado. O SUS, como expressão de uma política de Estado e reforma de Estado é mais abrangente, pressiona o Estado do ponto de vista da sua estrutura. E nós não conseguimos até hoje, digamos, adaptar, alargar, reformar de fato não o Estado, mas a estrutura do Estado para dar conta dele, porque ele em si expressa, a partir da Constituição de 88, uma expressiva, verdadeira reforma do Estado, mas que não se fez acompanhar de elementos no âmbito da estrutura. Esse é um primeiro ponto.

Alguns princípios que passamos, e dá para passar bastante rápido, depois das observações do Temporão, não posso discutir modelo público fora de tudo aquilo que se instituiu, do ponto de vista constitucional, das

expectativa da sociedade para o SUS. Então, temos que pensar em como essa estrutura do Estado contribui para o aperfeiçoamento dos mesmos, começando desse diagnóstico de um divórcio entre um e outro.

Outro aspecto fundamental é que nós devemos pensar qualquer proposta no campo da gestão e não há como não enfrentar a questão de arranjos sistêmicos. E sistêmicos porque é o princípio, a razão de ser SUS. A primeira palavra da sigla SUS é Sistema. Então, esse é um outro desafio do ponto de vista da lógica do Estado. O Estado não tem, e vamos ver algumas características, ele não nasce com essa característica de arranjos sistêmicos. A própria configuração do Estado brasileiro na autonomia dos Três Poderes — não estou fazendo crítica a isso, por favor — já denota uma dificuldade como rearranjo para efeito de operar uma coisa sistêmica que dê conta disso, complementaridade, continuidade, dado que temos que articular diversos instrumentos, aparelhos para de fato alterar essa compreensão ou essa operação sistêmica continuada, integrada e assim por diante.

Aqui é quase um cuidado para todos nós ao entrarmos nessa discussão. Toda vez que falamos em modelo de gestão corremos um certo risco de reduzir isso a uma personalidade jurídica, uma personalidade organizacional. Temos uma empresa, uma autarquia, uma fundação, um serviço social autônomo — e vamos comentar mais esse assunto — e isso por si viraria uma panaceia do modelo de gestão, qualquer deles. O que dizemos é que é uma visão bastante limitada. Trata-se, na verdade, de uma forma. O mais substantivo não está lá, o mais substantivo está dentro desse modelo. Óbvio que um condiciona o outro sobre essa questão da

forma e dos elementos intrínsecos da constituição de um modelo ou de uma operação de estrutura de Estado.

Voltando ao que é vital, às observações anteriores do Temporão, não estamos falando de um setor simplesmente. Do ponto de vista de reforma de Estado, o SUS não opera uma reforma setorial, opera uma reforma do papel do Estado do campo de políticas sociais, no sentido do direito à saúde. Essa mesma constituição diz o que abrange esse direito e isso não pode ser contido num campo setorial. Então, desse ponto de vista, é necessário olhar também que a Administração Pública, como determinado setor, é um dos elementos a se ajustar na perspectiva, na direção de reformas a dar, diria, condições para a operação do SUS. Esse ponto é importante.

Outros vão ser no campo da educação, do trabalho, da cultura, do lazer, da ciência e tecnologia, acho que esses aspectos foram também considerados lá, portanto não vamos olhar — e é uma ressalva que faço — essa discussão do modelo de gestão ou da estrutura do Estado como sendo suficiente para conferir à operação do SUS uma situação tranquila. Não é. É um elemento a mais, necessário, mas ainda outras reformas precisam ser compreendidas naquele objetivo, e esse objetivo último não é setorial, é objetivo de sociedade. Quando estamos falando de mais vida, mais qualidade de vida, estou falando de objetivo de sociedade.

Portanto, o conceito ampliado e constitucional de saúde vai muito além. A Administração Pública é apenas um dos campos a serem enfrentados.

E por isso não esperem desse campo uma solução salomônica ou daquele tipo: se eu mexer no modelo jurídico, resolvo. Cuidado com isso.

Reconhecimento para entrarmos no processo. Reconhecimento do problema. Temos uma administração pública basicamente centrada na dimensão da chamada administração direta — depois vou mostrar um desenho com todas elas —, e que é já assumida para efeito de entrega de serviços limitada. Então, nosso modelo é basicamente centrado na administração direta ou autárquica, do ponto de vista da estrutura do Estado. E ela não é apropriada para entrega de serviços. Quando falamos ali estamos falando que ela é apropriada para a criação de normas, processos, mas não exatamente para entregar serviços. Isso é importante.

A essa condição se juntam as dificuldades gerenciais de baixa profissionalização. Nós ainda temos na Saúde, avançou bastante, mas ainda temos um pouco aquela noção de que o melhor dirigente é o melhor profissional técnico, ou o melhor dirigente é o melhor amigo do vereador ou coisa do gênero. São duas coisas que mais ou menos se juntam. Portanto, é um espaço de baixa profissionalização. Os nossos dirigentes, de maneira geral, são dirigentes improvisados na operação dessa máquina.

Há, sobretudo, para hospitais, frágeis relacionamentos com o sistema regional. Nós ainda não apenas pensamos no hospital como autarquia, do ponto de vista de modelo. Ele se comporta como autarquia, ele é um ente refratário a sistema, isolado do sistema. Quando digo isso falo da rede de serviços de uma adequada articulação entre um posto de

saúde, um centro de saúde, ambulatório, o SAMU, o atendimento em casa, o atendimento ambulatorial. Poderíamos discutir isso como organização de serviços, e esse é outro problema que nós temos. Nós temos muita limitação em alcançar, que é um instrumento de estruturação do modelo, as lógicas contratuais. O que é o contrato entre o centro de saúde e o hospital? O que é o contrato entre uma secretaria, um hospital, um centro de saúde e o PSF? Qual é o papel de cada um? Esse é um problema também limitante para essa compreensão.

O que temos, e esse é um outro desafio, são escassos ou insuficientes mecanismos de articulação intergovernamental. Esse, de fato, é um esforço e vai aparecer no caso brasileiro como uma situação *sui generis*. Ao mesmo tempo propomos um sistema nacional, Sistema Único de Saúde, e que é preciso ser operado por três esferas de poder que são autônomas entre si. E eu não tenho nada instituído que não seja uma busca permanente de pactos, de instrumentos de menor institucionalidade, e que por vezes escapam às nossas mãos, para de fato articular Estado com Município, Município com Estado, Estado com União, União com Município, e assim por diante. Então, temos aqui um desafio muito particular de como enfrentar isso ao longo dos anos em que operamos o sistema.

Outra situação são as pressões constantes de órgãos de controle, e vai aparecer lá como problemas relacionados a judicialização ou mesmo uma operação de gestão de fora para dentro, a partir de órgãos como Ministério Público, CGU, TCU e assim por diante.

Nós temos processos incrementais de faz concurso aqui, melhora ali, que são insuficientes. Não temos enfrentado esse tema como um tema de natureza mais estruturante, estrutural e com medidas mais estruturantes numa perspectiva de longo prazo. Consertamos uma coisa aqui, outra lá.

O Prefeito Bomtempo dizia que procurou enfrentar isso na configuração de um serviço social autônomo em Petrópolis. Fantástico, excelente. Mas como, do ponto de vista de política pública sistêmica, abrangente, isso é enfrentado pelo País como um todo? Nós ainda estamos vivendo um pouco do que alguns autores chamaram de experimentalismo nesse processo: monta uma empresa aqui, outra lá. Não há dúvida de que é preciso enfrentar isso, mas do ponto de vista mais sistêmico de política pública extensiva eu tenho limitações. Depois daremos alguns exemplos.

Temos iniciativas como essas que infelizmente não se consolidaram ainda. Eu não estou entrando na discussão se elas são boas ou não. Estou falando aqui por exemplo de OSS, poderia falar de outras coisas, aliás já falei aqui de serviço social autônomo, elas ainda não se consolidaram. No caso de saúde, no plano federal, temos um problema até hoje de ação de inconstitucionalidade no Supremo por conta da Lei das OSS no País. Sobre demasiado foco da pessoa jurídica em detrimento de outros elementos condicionantes da estrutura falaremos depois.

Por outro lado, temos experiências que nos chamam atenção para algumas coisas e que ainda persistem como questionáveis juridicamente. No período SUS, Lei 8.080, de 1990, vivemos: esse SUS tem que operar.

Eu disse, se não tenho estrutura no Estado vou inventando. E, de 90 para cá, sobretudo final dos anos 90 início de 2000, inventamos muito: as fundações de apoio, as cooperativas, as terceirizações, várias alternativas do ponto de vista de modelos jurídicos. Há estudos de modelos no campo da saúde que ultrapassam as dezenas, estamos falando de mais de dezenas de modelos que foram inventados. Se pegarmos todo o período de PSF, vamos fazer PSF? Vamos. Os formatos — Mário seguramente tem mais conhecimento sobre isso —, quantos vínculos, quantas modalidades desde 90, quando se criou o PSF, foram instituídas para eu ter um PSF operando? De colocar numa associação de moradores a uma igreja, a isso ou aquilo, várias e dezenas de modelos.

Identificamos, nesse período, que algumas condições saltavam aos olhos quando enxergávamos coisas com algum grau de sucesso. Autonomia, flexibilidade e gestão enriquecida. O que é gestão enriquecida? Sou capaz de controlar um almoxarifado? De fazer uma contabilidade? De fazer uma avaliação de pessoas? Sou capaz de controlar infecção hospitalar? Então, são vários elementos que compõem aquilo que chamamos de substantivo da gestão. São instrumentos. Há sistemas de custos, programas de formação de trabalhadores? Isso é modelo de gestão. São elementos que têm que estar lá presentes, propiciando o enriquecimento de gestão.

Nós temos uma pesquisa dos anos 2000, quando estudamos algo próximo de dois mil hospitais e colocamos um conjunto próximo de cem variáveis ou perguntamos sobre cem pequenos instrumentos de gestão

existentes ou não naquele hospital, o que parece banal. Lá existe uma técnica de lavagem de roupa no hospital? Há uma separação de roupa contaminada? Isso é um instrumento de gestão, uma prática de gestão.

Nós alcançamos números absurdamente surpreendentes do ponto de vista da fragilidade de toda essa operação — estamos falando de dois mil hospitais —, no caso eram focados em hospitais filantrópicos. E aquilo foi colocado num hanking. Hospitais que ultrapassaram a pontuação 5 nesse hanking de elementos constituintes da gestão não passaram de 10%; de 2.200, 10% não passaram da nota 5, por critérios estabelecidos nessa pesquisa. Então, enriquecimento de gestão.

Outro ponto é que muitos desses processos experimentais hoje ainda escapam à legalidade. Esse é um problema sério. Aquilo que inovamos se não tiver base jurídica nos coloca no limbo. Aí vem Ministério Público, vem isso e aquilo. Então esse é um problema que temos.

Ampliar a capacidade de Estado para regular e prover serviços nas áreas sociais. E aqui colocamos regular e prover. Esse é um outro ponto que merece um destaque. O Estado, pela administração direta, prover diretamente ou uma secretaria prover, como se o hospital estivesse no gabinete do secretário ou do prefeito, significa ele prover diretamente. O gabinete do prefeito ou o gabinete do secretário deve ter muito mais o papel de regular quem presta o serviço, seja ele pelo espaço privado, ou pelo espaço público, significa uma capacidade de contratar, de dizer o que quer para o seu próprio serviço. Não estou falando do serviço estatal,

o serviço próprio, independente da modalidade. Estou falando regular e provar, e separando essas funções. A função mais importante para o Estado é a de regular. E precisa prover para efeito de ser um componente a bem da regulação e podemos discuti-lo adiante.

Tem que ter autonomia de gestão. Sem autonomia de gestão não há enriquecimento da gestão e, com isso, vêm várias coisas juntas - profissionalização, instrumentos, e assim por diante. É preciso elevar a capacidade de coordenação sistêmica, enfrentando os riscos de atomização. Se há um sistema é necessário que o conjunto dos equipamentos prestadores estejam sincronizados entre si, pelo que poderíamos chamar de uma contratualização, uma contratação coletiva, onde cada um dos serviços diga qual é sua responsabilidade nesse sistema.

E aqui se apresenta um desafio de futuro. O nosso sistema tende a se diversificar mais. Se olhássemos para 20, 30 anos haveria um PSE, um posto de saúde, um centro de saúde, um ambulatório, uma policlínica, um hospital. Hoje existe tudo isso e mais equipe de saúde família, cuidado domiciliar, CAPS, unidade para cuidar de paliativos, atendimento na rua, o SAMU, ou seja, um conjunto muito mais diversificado de equipamentos a coordenar, e isso torna muito mais séria essa questão da chamada coordenação sistêmica.

Impõe-se ampliar a governança e eliminar ilegalidades. Esse é um outro desafio. Nós temos boa parte do nosso sistema ainda debaixo do jugo — e isso tem a ver com judicialização dos órgãos, ou seja, parte do

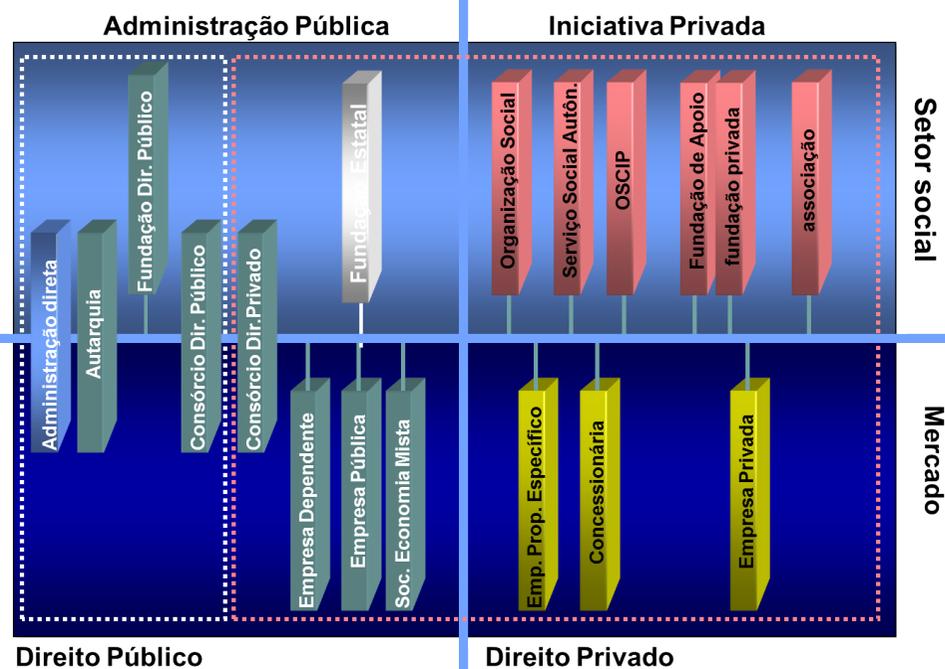
problema de judicialização é porque nós não instituímos adequadamente a figura ou a prática, aí ficamos sujeitos a interpretações.

Desprivatizar é outro ponto, no sentido de que alguns instrumentos hoje colocam na mão do privado, quando poderiam haver outras figuras para operar isso. Não se trata de uma posição contrária à iniciativa da atividade privada no sistema, inclusive no SUS. A referência é àquilo que é dúbio, quando se terceiriza um hospital. Isso não é figura jurídica. Só para uma provocação a um destaque.

Aumentar a transparência, deslocar os controles para os resultados. Isso aqui é elemento substantivo do nosso modelo, ou seja, encontrar formas de instituir práticas quando se quer saber quanto houve de cura, quanto se agregou a mais de padrão no caso do controle da mortalidade materna, no controle da imunização, no controle disso e daquilo outro. E não se comprei, se cometi um problema na lógica de compra, a chamada impropriedade administrativa, que agora para nós dirigentes é tratado com muitas pedagógicas pelos órgãos de controle. E eu preciso garantir a institucionalidade, tem que chegar a um padrão de sustentabilidade organizacional.

Essa é a máquina da estrutura do Estado para atuação da sociedade. Não vou passar por tudo isso, mas é só para entendermos.

Atuação do Estado



Administração Pública é daqui para lá, onde temos desde administração direta, uma prefeitura, uma secretaria, um Ministério, até a possibilidade de uma sociedade de economia mista, uma empresa, a Petrobras, assim por diante. Tudo isso é administração pública. Dentro da administração pública temos aquilo que é público. Quando chamamos público é público e o direito administrativo é público, e temos administração pública com direito administrativo privado. Uma Petrobras, uma empresa pública, o direito administrativo é privado. Óbvio que por ser público

está contaminado pelo público. Quando digo contaminado é o seguinte: o pessoal de uma empresa pública é CLT? É. CLT é um instrumento de iniciativa privada, mas quando a CLT está dentro da administração pública ela foi contaminada por algumas regras, por exemplo, eu só posso, mesmo sendo CLT, admitir por concurso público. Isso é uma contaminação da CLT no campo público. O processo de demissão é diferente, assim por diante.

Se observarmos, temos um certo para cima e para baixo. Para cima, aqui é um modelo, em tese teríamos os órgãos da Administração Pública para atuar na área social, para baixo é para atuar nas áreas de domínio econômico. Observem que na Administração Pública, na área social, há vazios. Isso aqui foi o que o Bomtempo estava comentando no almoço, foi uma luta do Ministro Temporão e até hoje não aconteceu, que é a chamada fundação estatal. Fundação estatal era um propósito do tipo uma empresa para atuar na área social e a gente opera como fundação. Aqui há um parêntese. Ela não existe ainda como lei, mas o Governo, como é tão esperto, existe uma fundação estatal federal. O FUNPRESP, a Fundação de Previdência do Servidor Público, mesmo sem lei complementar, saiu como fundação estatal. Então é uma operação meio mágica, digamos assim. Na ausência de alguns espaços em alguns lugares aqui em cima, o Governo está optando por utilizar modelos desse campo para aqui em cima. A EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, é uma delas. A própria FIOCRUZ está aprovando, está na Casa Civil, a criação de uma empresa. Mas sobre isso eu falarei adiante. E o setor privado tem um conjunto de outros modelos. Então vemos uma certa fragilidade do Estado aí.

A dimensão para projetos, nesse caso, e não vou me ater a um ou outro projeto, óbvio que temos que ter a dimensão jurídica institucional enfrentada. Precisamos ter também o sistema de gestão. Aqui também eu acho o mais nobre, o mais rico. O mais rico não está lá em cima, se vai ser uma empresa, uma fundação ou consórcio. Como eu recheio esse modelo, como configuro um sistema de gestão? Inevitável ao contrato de gestão, podemos conversar, a gestão dos profissionais. Por quê? Estamos falando de aparelhos, onde o trabalho profissional é uma questão central.

Do ponto de vista do Estado deve haver princípios a serem seguidos, ou seja, autonomia, contrato de gestão, dispositivo de relação do Governo com o hospital, ou da secretaria com o hospital ou com o serviço, e prestação de conta pública ou responsabilidade pública.

Quanto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, trata-se de um modelo extremamente complexo. No meu ponto de vista eles criaram uma enorme fundação de apoio, para acolher contratos de pessoal para todos os hospitais universitários. Aqui observa-se um problema sério relacionado ao tratamento que se dará à questão da autonomia universitária. A empresa é criada, mas a universidade decide se o hospital universitário integra-se ou não à empresa. As maiores universidades estão negando isso até então, a UFRJ, a UFMG nos seus conselhos universitários. Eu não fui extensivo, mas o Rio de Janeiro acabou de criar uma empresa municipal de saúde, aliás, ontem saiu um edital para a modelagem dessa empresa, por lei. As fundações estatais, vários Estados evoluíram para isso, outros não, alguns, não são todos, Bahia, Sergipe, Paraná, São Paulo, alguns municípios também. No caso federal só o

FUNPRESP, que já citei, as OSS seguem se ampliando, persistem fundações de apoio, e aqui as fundações de apoio vêm sendo por outro lado até estimuladas. A lei de atualização das fundações de apoio têm permitido mais flexibilidade e no nosso caso está na Casa Civil a criação de uma empresa para operar dentro da FIOCRUZ. A FIOCRUZ, que é fundação pública de direito público, pode ter dentro de si uma empresa em parceria com a União? É isso que vai ser especificamente pela nossa área de produção de vacinas e imunobiológicos.

No âmbito intergovernamental, que é outro problema sério, o Temporão já tocou nesse assunto. Os problemas sérios decorrentes das autonomias dos poderes. Nós temos com o SUS um arranjo *sui generis*. Como eu crio um sistema único com três níveis de poder? Temos uma evolução lá de trás das comissões gestoras. Hoje passamos e ainda existem os consórcios intergovernamentais, e nessa gestão mais recente esse tipo de ação que é um contrato organizativo de ação pública.

Eu vou passar rapidamente sobre isso, mas essa é uma tentativa de gerar alguma institucionalidade, mas por um instrumento, é um instrumento com contrato. Esse é um problema sério. Depois dessa lei de 2011, só temos 8 contratos assinados. Temos 435 regiões no País. Em tese, cada região deveria gerar um contrato. Uma região tem vários municípios, com um papel diferenciado do Estado, e todos os contratos com papel diferenciado do Ministério da Saúde. Essa é a mais recente novidade para efeito de como articular esse desafio de juntar em perspectiva sinérgica União, Estados e Municípios, para efeito da operação do sistema regional. Porque nós temos uma ausência de instância no Estado regional no País. O País é União, Estados

e Municípios. Vários países adotam a estrutura centralizada e regiões tendo institucionalidade no aparelho do Estado. Na Europa isso é muito comum e em outros países também nós não temos. Isso é um problema. A ideia é que isso mimetize nesse COAP algum espaço institucional intergovernamental.

O que precisamos ganhar? Profissionalização, uso mais eficiente de recurso. Mesmo com os problemas de recursos, é sabido que temos perda de energia no gasto de recursos. Não adianta também dizer como alguns que o problema da saúde não é de financiamento é de gastar melhor. Ora, são dos dois. Não há dúvida de que tem que gastar melhor, aliás, em qualquer lugar do mundo sempre tem que se gastar melhor. Quem fizer gestão e achar que um dia estará satisfeito da forma como está gastando não está fazendo gestão. É uma questão da natureza da gestão. Grande produtividade, sustentabilidade política. A perspectiva de alavancagem institucional, maior integração do SUS e acho que isso é fundamental.

Coisas assim, bem, que eu diria para olharmos por dentro, e aquilo que eu digo, não é uma mera questão do modelo geral. Por dentro dos modelos eu tenho processos extremamente complexos que têm que ser enfrentados. Os nossos sistemas de gestão orçamentária financeira, seja na autarquia, seja na empresa, na empresa menos, mas nas figuras da Administração Pública são enormemente complexos. Só para imaginar, como eu posso pensar num serviço que é indistinto se eu estou atendendo no dia 31 de dezembro ou no dia 1º de janeiro, mas, do ponto de vista do sistema orçamentário, no dia 31 de dezembro não tem mais orçamento, acabou. No dia 1º eu não sei se vou ter. Isso é inconcebível, do ponto de vista de um processo de gestão.

O sistema de compras e contratações, ainda que tenhamos ganhado, mas a nossa lei, para efeito da velocidade de operação e de entregas que é preciso ter num serviço de saúde não é adequada. Tem melhorado, mas não é adequada.

A questão de sistema de RH eu vou deixar para o Mário, nem sei se esse é o seu foco, mas é uma provocação.

E essa questão que já falei sobre o crescente papel dos controles internos e externos. Na sociedade estamos confundindo o papel desses órgãos de controle com o papel efetivo de controle da sociedade. Nós temos uma limitação da transparência entre controle social em que o Ministério Público, esses órgãos de controle se tomam como baluartes, como povo, aquilo é sempre a defesa da sociedade. Pelo amor de Deus, quantas e quantas vezes ao fazer aquilo ele está me limitando a capacidade de fazer entrega à sociedade! Mas esse é um problema do desenvolvimento da própria sociedade, mas também do desenvolvimento dos nossos sistemas. A nossa capacidade de antecipar a prestação de contas e ao mesmo tempo gerar entregas eficientes é que tem dado espaço para isso.

E, por fim, as judicializações. Eu não vou me estender sobre esse assunto, seguramente é um ponto importantíssimo para quem é dirigente.

Acho que é isso. Fico por aqui e voltaremos depois nos debates.

Obrigado.



Mario Roberto Dal Poz

Ex-diretor de Recursos Humanos da OMS e Professor do Instituto de Medicina Social da UERJ



Força de trabalho em Saúde

Foram algumas provocações do Ministro Temporão e do meu amigo Pedro Barbosa, não nos vemos há algum tempo, mas eu vou fazer alguns comentários sobre essa área que quase não tem problema, não é? Se há um consenso nessa área é que não há consenso. Vamos juntar dois e vamos ter duas opiniões diferentes. Estávamos almoçando e conversando sobre uma espécie de esquentada da apresentação e cada um tinha uma opinião diferente.

Então, vou fazer alguns comentários sobre dois pontos de vista. Um, da minha recente experiência na Organização Mundial de Saúde, em que fui coordenador de área durante os últimos 12 anos. Estou de volta à universidade, faz alguns meses, a partir de um projeto do qual

estou participando com a FIOCRUZ e alguns outros companheiros, que busca pensar a saúde no Brasil mais adiante, 2030 etc. Então, pensando um pouco mais além do dia de hoje ou do dia de amanhã.

Primeiramente, a saúde tem particularidades na área de recursos humanos. As atividades em saúde não se substituem como na atividade bancária, por exemplo, na atividade financeira. Os bancos mudaram muito ,nos últimos 20 anos, basicamente à custa da tecnologia, substituindo mão de obra por tecnologia. A maioria de nós praticamente não vai ao banco o mês inteiro, ou mais do que um mês. Resolvemos tudo ou por internet, ou por uma máquina, enfim, mesmo para fazer empréstimos, uma série de atividades que antes exigiam assinatura de contratos, explorar a vida das pessoas, buscar atestados, hoje não exige mais o contato humano. Isso não ocorre na Saúde.

E em geral, quando uma nova tecnologia é introduzida, uma nova ocupação é criada. Então isso ocorreu, por exemplo, com o tomógrafo, ocorreu agora com a ressonância magnética, em que se cria um técnico ou então um especialista até nível superior para operar aquela tecnologia. Assim que os físicos entraram na prestação de serviço de saúde, antes estavam só na manutenção daqueles tomógrafos. Hoje eles estão incorporados, só para citar alguns exemplos.

Na área do exame clínico, fazemos hemogramas ou outros exames, e cada vez mais a tecnologia está lá, porém ela não tem substituído a força de trabalho. Eu brinco, dizendo que algumas

profissões algum dia vão desaparecer. Quando formos capazes de chegar, como no banco hoje, em que você coloca a sua mão e aquilo já produz a leitura da mão, e o resultado de que hoje vamos a uma clínica fazer exames e somos obrigados a retirar certa quantidade de material. Fiz um exame esta semana e a moça não era especialista em fazer aquilo com a técnica e disse que estava estudando. Eu lhe perguntei, então você está estudando enfermagem? Ela disse que não, que estava estudando psicologia. Ela disse que tinha horror ao trabalho de enfermagem. Mas ela faz um trabalho crucial, básico na atividade médico-hospitalar, vamos dizer assim.

Então, estou sendo repetitivo, mas essa é uma característica fundamental e da qual deriva uma série de problemas que ocorrem no que considero o centro da gestão, que são as pessoas. Além, obviamente, de aumentar a necessidade crescente de pessoal. Aí você diz: mas você comprou agora um equipamento novo e quer pessoal? Claro, exatamente por isso. Tanto que no Canadá os hospitais, que têm autonomia, nenhuma das fundações hospitalares dos hospitais autônomos podem adquirir qualquer nova tecnologia, mesmo tendo dinheiro. Aqueles que recebem são filantrópicos, e a filantropia lá é muito importante, e não podem comprar sem que o Ministério da Saúde, no caso provincial ou federal, dê o aval. Por quê? Porque vai ter que financiar a operação daquele equipamento. Então isso implica pagamento de pessoas, dos exames etc. Uma aplicação direta na manutenção não ocorre sem o aval de todos os parceiros, especialmente de quem financia.

A saúde tem uma forte presença de profissões regulamentadas. Todo o debate que houve sobre o programa Mais Médicos, o conflito com entidades profissionais, são 14 profissões regulamentadas no Brasil. Isso não ocorre em nenhum outro setor da economia. E todos aqueles envolvidos têm regulamentação desde a sua formação, quer dizer, qual é o conteúdo daquela formação, da regulamentação do exercício, da prática, como dissemos, e isso tem implicações para a gestão, porque há coisas que podem ser feitas, outras que não podem ser feitas, o arranjo disso.

Por exemplo, a crescente participação feminina na área de saúde poderia e deve ter implicações de como serviços se organizam, porém isso tem limitações por conta dessa regulação. Imaginava-se e ainda se discute a necessidade de maior flexibilidade para a crescente participação feminina e tem dificuldade exatamente nisso. O serviço que funciona 24 horas, por exemplo, tem dificuldade de fazer essa transformação na gestão por conta dessa regulação. E algumas dessas conflitam com as outras, o que obviamente produz tensão na ponta, na prestação.

Existe uma peculiar inserção no sistema econômico das poucas áreas em que você precisa quase sempre de equipe. Uma decisão sobre um tratamento de câncer envolve pelo menos 3 ou 4 diferentes profissionais. O clínico que vai fazer o diagnóstico, o cirurgião que vai fazer o procedimento, quem controla a quimioterapia, o físico que vai fazer a radioterapia, o psicólogo, o psiquiatra, para ver se esse paciente está preparado, se tem condições de aceitar mutilações ou certos

procedimentos. Uma operação em um banco o gerente tem normas, ele as aplica e vai ser cobrado por aquelas metas. Enfim, isso tem implicações.

E, por fim, o comentário que já fiz sobre o trabalho feminino, que está produzindo transformações e nem sempre a legislação ou a operação está preparada ou consegue operar isso, o que produz, por exemplo, no caso da minha ex-especialidade, a pediatria, produz hoje um déficit importante porque a maioria dos pediatras são mulheres que têm duas ou três jornadas de trabalho e que, portanto, não se dispõem a trabalhar 24 horas, plantão fim de semana etc. Então, como gerir isso, só como exemplo.

A tarefa nessa área é bem simples: conseguir que trabalhadores qualificados e com habilidade necessária estejam em lugares adequados, fazendo as coisas certas. E, mais ainda, manter agilidade necessária para responder a crises. O sujeito fica doente, faltou no fim de semana, como você resolve? Corrigir desigualdades e antecipar o futuro. Não há nenhuma possibilidade de que os problemas sejam resolvidos por um diretor, um chefe de um posto de saúde, por exemplo, ou por um secretário de saúde estadual ou municipal, sem envolver os outros atores.

Tenho um grande amigo que dizia sempre que não há a menor possibilidade de uma política ou um programa na área de recursos humanos ser feito contra os profissionais de saúde. Ele pode não ser a favor, mas sem a participação ele não é possível. Não tem um botão para apertar em que a pessoa vai lá trabalhar sorrindo, eficiente etc. Então,

é um processo extremamente complicado que envolve um conjunto de elementos nem sempre à mão do gestor.

No Relatório da OMS, do qual participei em 2006, em português chamava-se Trabalhando em Conjunto, se não me engano, ele descrevia um conjunto de problemas que não eram particulares de um determinado país, mas que vêm se acumulando ao longo do tempo numa coisa que, à semelhança do que acontece na área de epidemiologia, em que você tem doenças infectocontagiosas, que chamávamos de doenças do desenvolvimento e doenças crônicas e antigas, que eram doenças da industrialização, você tem uma coisa semelhante na área de recursos humanos.

Então, o conjunto de problemas que estão lá desde sempre e outros que vêm aparecendo com as modificações no campo da gestão, no campo das modificações dos direitos sociais e trabalhistas, da forma como sociedade e Estado se organizam, e mesmo decorrente de modificações na própria dinâmica da população. Só para citar alguns, enfim, você tem já há muito tempo problema no campo da distribuição. Esse problema, que hoje temos no Brasil, no caso dos médicos, não é novidade nem aqui nem no resto do mundo, é um problema crônico da desigualdade na distribuição geográfica e que se acelera em determinadas circunstâncias, sejam elas econômicas ou sociais.

Além disso, há um desequilíbrio na composição de pessoal. Por exemplo, a Europa, que é mais ou menos homogênea, tem relações de médico e enfermeiro díspares. Só para dizer uma, que vai de 1 para 1 até 8

para 1. Na Grécia, você tem praticamente 1 médico para 1 enfermeiro ou enfermeira. E há países em que essa relação é não só diferente, de mais enfermeiras para médicos, mas é muito maior, 8 a 10 vezes maior. E os países são mais ou menos parecidos. A que atribuir isso? Como explicar isso? No que isso melhora ou piora a prestação dos serviços de saúde?

Baixa produtividade, baixos salários. Vemos aqui uma lista de queixas dos profissionais de saúde e vai ver que essas duas coisas são mais ou menos oponentes e elas estão presentes, do ponto de vista do empregador, que diz que os profissionais não produzem, ainda que tenhamos poucos estudos sobre isso e, do ponto de vista dos profissionais, que eles não têm condições adequadas de prestação de serviço, de trabalho ou de moradia, e outros.

Inadequados ambientes de trabalho. Na Inglaterra, por exemplo, as enfermeiras são agredidas por pacientes, inclusive na área de saúde mental – uma situação extremamente difícil. Abrimos o jornal quase todo dia e vemos isso muitas vezes, seja por condições inadequadas de recebimento do paciente, seja pelas condições inadequadas mesmo de prestação do serviço.

E situações que são mais novas, que são decorrentes da globalização, da facilidade que as pessoas têm para se mobilizar do ponto de vista econômico, das transações comerciais que se fazem entre os países, e da criação do que claramente hoje você tem em mercado de trabalho global na área da saúde. Migração de enfermagem, particularmente

nesses últimos 5, 10 anos, agora reduziu um pouco, de países africanos para a Europa e para os Estados Unidos, a circulação regional que vem ocorrendo, são resultados e indicadores dessa globalização.

A transição epidemiológica, com mais doenças crônicas, necessidade de mais cuidado com o paciente, necessidade de mais profissionais de saúde e numa escala muito maior do que tínhamos antigamente.

Para fazermos essa análise precisamos fazer as perguntas adequadas. Não vou entrar em detalhes, mas só para dizer quais as informações necessárias, quais são as perguntas que temos que fazer para poder entender o problema e encontrar opções de política para enfrentar esse problema. Então, na origem dos recursos humanos, nesse relatório de 2006, há um gráfico um pouquinho mais simples que diz que você tem 1, preparação para entrada no mercado de trabalho; 2, participação no mercado de trabalho e; 3, a saída do mercado de trabalho. Então, a preparação é a formação, é isso que chamamos a formação dos profissionais, sem a qual eles não podem ingressar no mercado de trabalho.

Mas o mercado de trabalho é um pouquinho mais complicado, porque as pessoas podem estar empregadas, podem estar desempregadas, podem trabalhar só no setor saúde, podem estar sendo formadas no setor saúde e trabalharem fora do setor saúde. Além disso o setor saúde incorpora outros que não são formados no setor saúde, economistas, demógrafos, estatísticos e outros. E têm médicos, enfermeiros e outros que vão trabalhar fora, viram dono de uma padaria, dono de uma fazenda,

ou enfermeiros que trabalham em minas, por exemplo, que trabalham fora do setor saúde.

Essa complexidade — e eu estou colocando particularmente a dinâmica do mercado de trabalho — é que não conhecemos adequadamente. De modo geral, não vai crítica direta a ninguém, mas são poucos os gestores e são poucos os pesquisadores que produzem conhecimento desse ponto de vista que podem orientar as políticas.

Então, conhecer melhor a área de formação pode nos permitir ter uma política de matrícula mais interessante. Se queremos pensar que têm uma tendência maior a trabalhar na área rural alunos que vieram da área rural, isso implica montar um programa de matrícula para captar estudantes que venham da área rural, e assim por diante. Isso é mais importante em alguns países, menos importante em outros. Enfim, cada uma dessas áreas, quanto melhor conhecermos mais opções e melhor orientação para a política se pode fazer.

Só para dar alguns números e mostrar um pouco a dimensão do problema aqui no Brasil, de 2000 a 2010, o macro setor de saúde no Brasil praticamente dobrou o tamanho, de 3 milhões e meio para 6 milhões, sendo que o mesmo tipo de variação ocorreu nas ocupações de saúde. Quer dizer, hoje no Brasil temos aproximadamente 3 milhões e meio de pessoas que saíram das instituições universitárias e técnicas de saúde. É um contingente enorme, importantíssimo, e isso não só nos dá muitas outras opções, mas faz uma diferença, com muitos dos países da própria

América Latina, enorme com relação aos países africanos, que têm quando muito uma ou nenhuma escola de medicina, poucos são os que têm duas escolas de medicina, e assim por diante. O Brasil não só tem um parque de instituições formadoras importantes que vem se consolidando, como forma contingente enorme de pessoas e que tem um mercado de trabalho bastante largo.

Ocupações, como disse, não da saúde, mas de trabalho no setor saúde são quase equivalentes àquelas que são formadas no setor saúde.

Do ponto de vista da participação na economia, estamos chegando quase aos 10%, hoje em torno de 7,5%, 8%, o que significa que é um setor que não pode mais ser desconhecido do ponto de vista não só dos inquéritos da força de trabalho, mensais ou anuais do IBGE, mas que conta para a economia. É um setor que emprega um volume não desprezível de pessoas (em 2013, há praticamente 8 milhões de pessoas empregadas no setor saúde).

E poderíamos dividir esse emprego mais ou menos em dois. Um, aqueles que são o núcleo do setor saúde, prestadores de serviço, hospitais, clínicas, secretarias e ministérios, e aqueles que são associados a isso. Por exemplo, farmácias etc. Então, tem aí uma composição profissional bastante larga e uma participação na economia também bastante importante. Alguns grupos, economistas e outros, que não incluem o setor farmacêutico, química fina, por exemplo, química fina não está fora, mas absorve muitos dos nossos farmacêuticos ou dos farmacêuticos formados nas universidades.

Postos de trabalho, só para fazer uma comparação, temos mais ou menos 400 mil médicos no Brasil e temos o dobro de postos de trabalho. Significa que pelo menos dois empregos todo mundo tem. Isso tem implicações na organização do serviço de saúde.

A tendência, no caso de médicos e enfermeiros, é de um aumento crescente. Isso vai até 2005, mas tem um gráfico que vai até mais adiante. Porém, todas as regiões vêm crescendo, algumas mais que outras. Então, claramente a Região Sudeste tem um grande crescimento, vem aumentando a diferença para as outras regiões. O que significa que vêm aumentando as desigualdades na distribuição geográfica dos profissionais de saúde no Brasil.

Enfim, essa desigualdade aumentou. Em estudo que fizemos de 1991 a 2005, havia um pouco mais de concentração, eram menos profissionais, mas eles eram melhor distribuídos. Hoje você tem mais e a distribuição é pior.

As preocupações dos profissionais de saúde não vêm se alterando aqui no Brasil ou em outros países. Eventualmente uma coisa é mais importante do que outra. Então, baixos salários, inadequadas condições de trabalho e moradia, equipamentos e materiais deficientes, isolamento profissional, quer dizer, aquele profissional que vai trabalhar em lugar distante e que nunca mais volta ou tem a impressão de que nunca mais vai sair de lá. E que não têm condições de se desenvolver ou de se atualizar como qualquer outro. Não têm internet, por exemplo, ou têm internet precária.

E esse é um problema pior naqueles países e regiões que têm uma área rural maior. No Brasil, isso vem, enfim, é menor; nosso grau de urbanização é muito maior do que quase, hoje, 90%, mas temos as áreas dentro das regiões metropolitanas que têm transporte deficiente, distâncias objetivas não necessariamente físicas, mas que têm dificuldade de acesso. Então essa é a sensação e uma queixa dos profissionais que não se resolve muito facilmente.

Vou passar alguns slides muito rapidamente para vocês terem alguns dados para raciocinar. O setor educacional da saúde no Brasil é predominantemente privado. Essa, por exemplo, é uma das dificuldades que impõe políticas ou programas como serviço civil obrigatório, porque a primeira questão é: eu paguei pelo meu estudo, por que agora sou obrigado a devolver qualquer coisa? Eu não estou recebendo nada. Então, individualmente essa é uma reação e que passa para a sociedade como um todo.

O Reinaldo, outro dia, dando uma entrevista, disse que esse é um tema espinhoso aqui no Brasil, porque todo mundo tem muita dificuldade de tratar. Como eu estou passando de certa idade já não tenho muito problema, já fiz tudo que tinha que fazer. Então, é necessário discutir uma maneira de resolver. Mas muitos países adotaram programas desse tipo que funcionaram durante um tempo. O México tem um programa belíssimo que não funciona mais hoje, assim como no Peru também não funciona, mas que funcionou durante muito tempo e foi muito importante.

O Brasil hoje forma aproximadamente quase 200 mil pessoas na área da saúde por ano, dos quais quase 15 mil na área médica. Só para dar uma similaridade, é mais ou menos o número de estrangeiros que o Programa Mais Médicos pretende trazer. Então, quase que num ano e meio somos capazes de formar o mesmo número que o Ministério está trazendo. Significa que com um esforço um pouquinho além, o próprio parque institucional brasileiro poderia dar conta disso. Em números, sinceramente, nas outras condições. O tipo de médico formado não necessariamente é o mesmo que se necessita, mas digamos que essa é uma outra discussão. Mas numericamente temos capacidade de fazer isso.

Algumas profissões particularmente cresceram muito nos últimos anos. A área de enfermagem, que tem hoje um número enorme e algumas outras que também cresceram, farmácia, fisioterapia, com algumas implicações para isso.

As vagas aumentaram em algumas áreas muito grandes, quer dizer, ciências biológicas, educação física, enfermagem, muito mais do que outras, a área de serviço social também, egressos da mesma proporção.

Essas três áreas, ciência biológica, educação física e enfermagem, aumentaram muitíssimo nesse período, claramente mudou de patamar. Eram 40 mil, hoje temos aqui um número muito grande de estudantes dentro das unidades das instituições de saúde e tem uma implicação para o mercado de trabalho. E vamos ver mais adiante.

Só para mostrar em detalhes a questão da medicina, enfermagem, odontologia, em que claramente a enfermagem mudou de patamar na última década e com escolas privadas.

Setor saúde, no caso da formação médica, as instituições são mais meio a meio, o setor privado tem uma participação maior hoje, mas um pouco menos que outras, e as públicas estão distribuídas obviamente mais na esfera federal e estadual, com participação de alguns municípios que ainda têm escolas médicas.

Claramente há um deslocamento, podemos ver, do Norte, Nordeste e Centro-Oeste para o Sul, Sudeste, do ponto de vista dos empregos. Mesmo tendo crescido bastante as vagas e a formação no Nordeste e no Norte, quando chega na hora da residência médica e do emprego há um deslocamento claramente para cá. Quer dizer, mais vagas do que emprego, menos vagas que emprego. Então, o Sudeste é aquele que vai empregar mais e deslocando gente formada das outras regiões.

A perspectiva é que nas próximas décadas, a continuar essa tendência, todos aqueles que são formados em medicina terão emprego, fora aqueles que não vão trabalhar empregados, quer dizer, vão trabalhar por conta própria em seus consultórios privados, o que dá mais ou menos 20%, estimulados mais ainda pelo crescimento dos planos de saúde, como bem exemplificou o Temporão. Então, hoje o mercado de trabalho que mais tende a crescer é o mercado de trabalho médico. E esse crescimento se dá não por um grande empregador, como tínhamos

antes até os anos 70, o INAMPS etc., mas se dá por uma multiplicidade de empregadores, pequenos empregadores que são os municípios, que são 6 mil, pelos Estados, hoje todos os Estados são empregadores em saúde, e pelo Governo Federal também. Então há uma competição por emprego dentro do setor público e com o setor privado crescendo.

Outro dia ouvi uma expressão e começamos a usá-la, quando diz que é quase um capitalismo selvagem desregulado, e assim como outros setores em que há tem mais oferta de emprego do que profissionais, o que acontece? É mais do que natural que esse profissional vai negociar o seu salário, sua remuneração, seja por não se dispor a trabalhar por um determinado valor, seja por exigir um outro salário. Enfim, aí tem milhares de exemplos e não vou repetir.

No caso da odontologia, a situação é mais ou menos de empate. A tendência aqui é talvez uma inversão, com uma diferença. A odontologia, ainda hoje, a maior parte dos dentistas são autônomos, então não tem muito peso o fato de que o número de empregos oferecidos é um pouquinho menor do que a formação.

Mas no caso da enfermagem é grave, porque, com esse grande aumento de escolas privadas, já começa a haver um subemprego que é a antevéspera do desemprego. Então, o problema no caso dos médicos é positivo, porque nós temos um parque de formação grande, mas no caso das enfermeiras é um problema que pode se complicar, e já começamos a ver isso em algumas áreas. O aumento da formação se deu, provavelmente

não tem muitos estudos, mas uma queda de qualidade, e você começa a ter um rebaixamento do salário.

Para concluir, a tendência do mercado do trabalho no Brasil é mais ou menos essa que mencionei, com essas três profissões. Estamos começando a estudar as outras profissões, faltam estudos nessa área, mas ela tem um adicional que existe um enorme conflito de tensão profissional. Leis ou projetos de leis alterando o exercício profissional de profissões a, b, c ou d, conflito profissional entre os reguladores das profissões, enfim, os conselhos profissionais, e conflitos de regulação e de atuação também no campo prático.

Vou chamar atenção para o seguinte: tem uma área aqui da qual sabemos pouco. A questão de produtividade, qualidade, por exemplo, não só que tipo de contrato, e o Pedro chamava atenção para isso, porque é alguma coisa que sabemos mais. Tem aí hoje uma quantidade, umas 90 formas contratuais - pública, privada etc. -, mas qual a implicação para a qualidade, como se dá uma produtividade? Temos poucos estudos sobre isso. É uma área em que temos que avançar mais.

Enfim, não vou falar muito disso, ainda que devesse, mas parte dos problemas que temos nessa área derivam da ausência de visão de longo prazo. Não digo nem política de longo prazo, mas visão de longo prazo que permitisse a elaboração de políticas e programas de curto em médio prazo, mas que tivessem a mesma direção.

O Ministério, hoje, por exemplo. Se pegássemos a Lei do Mais Médicos, que está mais na lembrança de todo mundo, um dos objetivos da legislação e da ação do Governo é o de colocar mais médicos mais rapidamente para prestarem serviços. Porém, dentro dessa lei, tem a proposta de estender por dois anos a formação. Ora, ser quero colocar mais profissionais mais rapidamente, tenho que reduzir o tempo de formação e não aumentar. Coisa que muitos países estão fazendo, passando de 6 para 5 anos, associando programa de educação continuada, etc. Então, tem aí uma contradição. O programa de despreciação de um lado e de outro a contratação de forma precária pelo mesmo empregador. Então tem um problema aí.

Portanto, eu fico por aqui. Acredito que exista uma agenda que nos permita discutir não só agora, mas mais adiante.

Muito obrigado.



Fundação João Mangabeira



Fundação João Mangabeira

Sede própria - SHIS QI 5 Conjunto 2 Casa 2

CEP 71615-020 - Lago Sul - Brasília, DF

Telefax: 61 3365-5277 / 3365-5279

www.fjmangabeira.org.br

www.tvjoaomangabeira.com.br

fjm@fjmangabeira.org.br