

Transcrição da palestra do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, realizada na UFJF no 100º dia do Governo Lula

Palavras da Reitora

Agradecimentos / Diretrizes do atual MS / Prestação de Contas dos 100 dias

A nossa política de saúde, a política de saúde que foi defendida durante a campanha, que nós acreditamos enquanto movimento social: a gente tem uma visão de que a saúde é fruto de um conjunto de... (tá na Constituição Brasileira, e o movimento da saúde coletiva demonstrou, no mundo inteiro), que a saúde não é só o acesso ao serviço de saúde, o acesso ao medicamento - é também isso, mas que a saúde depende de condições gerais de vida, desde o estilo de vida de cada um até as condições de trabalho, do meio ambiente - estar ou não estar na guerra do Iraque até alguns dias atrás faz toda diferença do mundo, morar ou não morar em Bagdá, enfim - a saúde (nossa) é resultado de um complexo de ações, (e que) numa parte desse complexo, através dos serviços de saúde, das ações específicas, nós conseguimos interferir. Uma parte grande depende de um bom governo, de criar uma sociedade justa, (depende) da criação de condições de saúde. No caso brasileiro a nossa proposta é a implementação, a consolidação do SUS.

O presidente Lula durante a campanha, então candidato, ele se referia que a gente vê **dois desafios com relação ao SUS**: um desafio de ampliação do SUS e garantir acesso, **o tema** da universalidade, e um desafio maior e tão importante quanto, que é o da qualificação do SUS, qualificação do ponto de vista de humanização: terminar filas, criar bons relacionamentos, serviços decentes - mas qualificação (também) do ponto de vista de eficácia, resolver o problema de saúde de fato - então nós temos um duplo desafio. O Ministério da Saúde, a nossa política, é uma política **de pássaro**, nós temos que garantir a ampliação do SUS, nós temos filas, nós temos problemas de acesso, nós temos pessoas que morrem por problemas evitáveis, a esperança média de vida do brasileiro é baixa, nós temos um conjunto de doenças infecciosas que poderiam ser controladas - boa parte da violência, da morte, da morte por causas externas, como falamos - mas nas outras, “nós outros”, profissionais de saúde - **são evitáveis**, - acidentes de trânsito, assassinato, a violência não é facilmente evitável, **mas são evitáveis**, enfim, nós temos o desafio da extensão dos serviços do SUS, e temos o desafio da qualificação que passa pela humanização.

A política do Ministério da Saúde é essa, a gente, nós estamos assumindo com um novo estilo de fazer política, um novo estilo de fazer política que o presidente Lula tem encarnado muito bem. Esse novo estilo começa por a gente dizer o seguinte: “nós não sabemos tudo sobre saúde, nós não sabemos sobre todas as melhores soluções para o SUS brasileiro”, nós temos diretrizes, nós temos várias propostas que eu vou falar em seguida, nós não vamos deixar de ofertá-las, de colocá-las para discussão, para implementação da sociedade já que nós somos governo. Mas a gente assume uma posição de que é necessário o diálogo, que é necessário o debate, que é necessária a construção, para que a gente descubra as melhores soluções, para que a gente faça os melhores diagnósticos, identifique, analise os problemas e encontre as melhores soluções para os problemas. Então nós valorizamos muito a idéia de controle social - mais do que o controle social, ou seja, a sociedade fiscalizando o governo, acompanhando o trabalho dos profissionais de saúde -

nós valorizamos muito a construção conjunta de projetos. Desde que nós entramos no Ministério, gestores municipais são testemunhas disso, nós assumimos uma decisão: o Ministro, a Secretaria Executiva, **nós não vamos fazer nenhuma portaria** (acabou o furor de portaria, nenhuma nota, nenhuma regra) **sem pactuar, sem negociar com representação dos secretários municipais e secretários estaduais,** revalorizamos a Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, onde estão os usuários. Então, nós pegamos as nossas certezas, as nossas diretrizes, e vamos compartilhá-las com os outros atores sociais e institucionais e mesmo da sociedade civil e dos trabalhadores de saúde. Isso não significa um Governo, um Ministério da Saúde, parálítico ou muito paralisado ou muito lento - nós temos a obrigação de incrementar e tomar uma série de ações e prestar contas do que nós estamos fazendo conforme essas diretrizes que nós estamos construindo, então **nós queremos um Ministério da Saúde que seja protagonista,** que tenha diretrizes, que tenha oferta, **nós não somos um banco financiador para estados e municípios.**

Então se um serviço municipal, uma equipe de saúde da família, está indo mal, o problema é do gestor municipal, estadual, e é nosso. Se o hospital Universitário fecha suas portas em Juiz de Fora, seja lá qual for a razão, inclusive Urgência e Emergência, esse é um problema também do Ministério da Saúde, e o Tribunal de Contas da União está entendendo desta forma.

Ou seja, o Ministério tem que ter uma postura. A gente não quer ter uma postura autoritária, verticalista, como em parte é a tradição do Ministério da Saúde, fazer programas verticais encaixados, onde você entra ou não entra. **Nós não:** queremos construir programas juntos - mas nós vamos acompanhar, nós vamos fiscalizar, E mais do que isso, eu comentava hoje com o Conselho da Universidade **a nossa disposição de voltar a fazer apoio técnico,** trabalhar com a idéia de apoio, nós não queremos só fiscalizar, nós queremos fazer junto - junto com as Secretarias Estaduais; o Ministério se propõe apoiar gestores, prestadores, Hospitais Universitários, **para gente construir um conhecimento sanitário e uma forma de desenvolver uma tecnologia de apoio.** Nós não sabemos fazer isso ainda, estamos aprendendo, e com certeza nós vamos errar, ou pela omissão ou por excesso de intervenção (por intervencionismo), mas a nossa diretriz, (explicitamente, nós estamos pactuando com gestores esta postura), é de ter uma postura pró-ativa (como está na moda falar), de não ser passivo - mas não atuar de forma verticalizada, de criar, de valorizar pactos que o SUS tem - para pactuação, para programação, acho importante falar isso porque é uma postura de gestão, uma postura que é difícil, ou seja, **o SUS é um sistema, é uma rede** - cada prefeitura, cada secretaria municipal tem uma autonomia relativa, **cabe à equipe de saúde, cabe ao hospital ter uma autonomia relativa, não uma autonomia absoluta** - **senão não é rede, não é sistema, não há co-responsabilidade.** Mas por outro lado tem um grau de autonomia, **o espaço da política quem define é o nível local** - é a Secretaria Municipal, é o Hospital Universitário, é a Equipe Local, é o Centro de Saúde - senão nós não vamos construir, nós não vamos ter soluções criativas. Mas agora é uma rede, é um sistema, e a coordenação deste Sistema Nacional é do Ministério da Saúde, nós não abrimos mão disso, como nos Estados é do Secretário Estadual e nos Municípios é das Secretarias Municipais. Nós temos que exercer a função de Governo - ainda que o façamos de forma participativa, democrática, e tendo uma postura construtiva.

E então um dos desafios que nós temos, e que vocês podem estar notando, é a gente redefinir, depois eu vou falar um pouquinho mais disso no fim da minha fala. Nós estamos reorganizando o Ministério da Saúde, nós estamos nos preparando para uma outra forma de intervenção na sociedade, uma outra forma de intervenção no SUS: a gente quer estar mais junto do sistema. Em relação ao SUS, a gente identifica o seguinte: nós temos 3 problemas em relação ao SUS que nós temos que enfrentar, 3 macro problemas que nós temos que enfrentá-los de forma concomitante - não é com a palavra **ou**, é com a palavra **e**. Então quais são esses 3 problemas que nós temos que enfrentá-los de forma complementar?.

(risos)

Então em relação ao SUS, a implantação do SUS identifica **3 problemas** que nós temos de enfrentar de forma (dessa forma) articulada, que eu estava falando. Um desafio é o seguinte: com certeza há **insuficiência de recursos financeiros** para incrementar o SUS, então nós temos um problema de financiamento. Com certeza, e ao mesmo tempo, nós temos problema da forma como esses recursos são utilizados, ou seja, nós temos problemas das prioridades que são definidas, **ou** nós temos problemas com o modelo de atenção que nós estamos implementando, **como é que nós estamos usando o recurso que nós temos para garantir a atenção integral, universal e equitativa para as pessoas**, nós temos que mexer com isso, com o modelo, nós estamos na fase de transição, o modelo brasileiro de fato existente, realmente existente, de atenção à saúde, tá muito mais para o tradicional do que para o novo paradigma, talvez mais uma versão pobre do modelo Norte Americano do que uma versão mais ou menos bem remediada do modelo inglês ou Canadense - sei lá, nós estamos numa situação de transição. E terceiro, nós temos **problemas de gestão** ainda, gestão de incorporar, gestão participativa, gestão eficaz, gestão eficiente, de racionalizar custos, de fazer planejamento, de implementar avaliação, de fazer pactuação entre os vários níveis do sistema, **de criar um sistema regional**. O SUS, **outro desafio do SUS da gestão é a regionalização**, não dá para fazer consórcio só, com todo respeito **(de MG)**: esse é um papel do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, **as Secretarias Estaduais têm que coordenar a regionalização** - não podem deixar a auto-regionalização dos municípios, tem que coordenar isso - de forma democrática, pactuada e participativa - senão o SUS não é viável.

Em relação ao financiamento: vamos falar rapidamente sobre cada um desses desafios, desses problemas. **A nossa estratégia para ir aumentando os recursos é o cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC 29)**, nós temos uma resolução do governo federal de cumprir a EC 29 esse ano, vai ser a primeira vez que o Governo Federal vai cumprir, na interpretação que é do Conselho Nacional de Saúde, não foi regulamentado ainda, nós estamos tomando a interpretação mais generosa, a gente quer cumprir a Emenda, para isso falta 1 bilhão e 400 milhões. Nós temos que ir atrás articulando com toda dificuldade econômica, mas há um compromisso do governo Lula, do Ministro do Planejamento, da Fazenda e do Ministro da Saúde, de que nós vamos cumprir a Emenda 29, nós vamos trazer o que estava bloqueado (1 bilhão e 600), nós vamos trazer mais 1 bilhão e 400 para cumprir a EC 29. Ao mesmo tempo - a gente quer com isso criar um movimento de exemplo -, mas ao mesmo tempo, **de coordenação de papel**, de coordenação para que Estados e Municípios cumpram a Emenda 29; **a maioria dos municípios**, pelo menos os grandes e médios, **já está cumprindo com excesso a Emenda 29** - estão assim: Juiz de

Fora 23% do orçamento municipal, Campinas 23% e por aí vai. **A maioria dos Estados não cumpre a EC 29**, e tá longe ainda, então nós temos um crescimento pelo lado federal, em trazer mais recursos, e um crescimento pelo lado estadual e de alguns municípios, é a estratégia do desenvolvimento da EC 29.

É possível fazer isso nessa crise econômica financeira de globalização? A análise de que nós temos é que **essa é uma das formas de cumprir as promessas do presidente Lula, que é de investir no setor social**, de desconcentrar renda, ampliar investimentos públicos, eficazes e eficientes, em educação, saúde, saneamento e segurança pública, é uma forma importante de distribuição de renda, a história do mundo demonstra isso, garantir medicamento gratuito, Equipe de Saúde da Família para todo o mundo, Urgência e Emergência, meio ambiente saudável, Vigilância Sanitária, controle das epidemias - **são formas importantes de distribuição, além de serem medidas anti-recessivas**. O SUS é o maior consumidor de medicamentos do Brasil, é o maior consumidor de equipamentos médicos, hospitalares, odontológicos do Brasil. Nós somos o maior cliente, nós criamos - **o SUS diretamente**, pelo SUS se **cria 2 milhões e 500 mil empregos**, nós somos 2 milhões e 500 mil trabalhadores de saúde. **Se pegarmos os indiretos** (que são as pessoas que produzem manutenção de hospital, manutenção de centro de saúde, produção de medicamento, etc), **chega a seis milhões de empregos**, quase um terço da força de trabalho, além da ação direta da saúde, é um direito a saúde, ter um sistema público como o SUS é uma das explicações porque o Brasil não entrou em recessão como a Argentina, ou seja: **nós mantemos** através do imposto público, **através da ação estatal, uma atividade econômica de interesse social, mas que ao mesmo tempo está fazendo girar a economia**, gerando empregos, criando salários, criando empregos diretos e indiretos de forma muito significativa. Isso tem que entrar na discussão contemporânea, que é por aí que a gente reorganiza a economia, não é por bravatas com o FMI, mas ampliando esse tipo de ação, então nós temos um desafio nessa coisa do financiamento.

Junto com isso, desde ontem, nós temos de enfrentar o segundo desafio, que é o desafio da mudança de modelo, de definir as nossas prioridades, e aí o discurso, a letra, nós já sabemos (não sabemos tudo, mas em linhas gerais nós sabemos). O que temos de fazer? Fazendo uma comparação rápida, aqui: eu falei do **modelo norte-americano** que a gente pode tomar como paradigma, que é o modelo tradicional, centrado no especialista, médico, hospital, fragmentado - **não é um sistema, não é uma rede**, são vários micro-sistemas, cada seguradora, cada cooperativa, cada universidade - não há direito à saúde, então o acesso é: um terço não tem acesso... E temos, **em contra partida, o modelo inglês**, de sociedade que tem o mesmo nível sócio econômico. O EUA gasta de quatro a cinco vezes mais (dependendo da região, *per capita* por saúde / ano) que a Inglaterra; EUA tá com uma coisa de 3500-4000 dólares *per capita* / ano e a Inglaterra 800-900 mil dólares *per capita*. **Os resultados ingleses são muito melhores gastando 3 a 4 vezes menos**, a esperança média de vida de hipertensos é maior na Inglaterra do que nos EUA, a esperança média de vida de pessoas com câncer de pulmão é 4 a 5 anos maior na Inglaterra do que nos EUA, o acesso, a universalidade, é muito maior na Inglaterra do que nos EUA. Então **vários indicadores de resultados indicam a superioridade do modelo inglês**, então o que nós temos que priorizar? Nós temos que ampliar ao máximo a capacidade de fazer prevenção e promoção à saúde - investir em vigilância sanitária, vigilância ambiental, promoção à saúde, educação à saúde, de forma intersectorial, de forma específica da saúde:

vacina , discussão de sexualidade, regulação do trânsito, dificultar a venda de armas, fazer campanha contra tabaco, fazer prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, **enfim, nós temos que ter um conjunto de ações de promoção e prevenção**. Não basta isso, mas é uma linha importante de mudança. **Segundo:** para manter esse modelo norte-americano de custo crescente - o custo é cada vez maior e o resultado não necessariamente é maior, **nós temos que ter uma Atenção Básica muito resolutiva**.

A estratégia do Ministério é a Estratégia da Saúde da Família. Por que? Por uma série de razões que eu posso especificar para vocês. Só que a nossa Saúde da Família, está escrita no programa de governo, **é para ter sotaque regional**, não precisa ser igualzinha no Brasil inteiro, pode ter sotaque regional. O que é sotaque regional? Dependendo das variações epidemiológicas e sanitárias, dos recursos disponíveis, da cultura de cada lugar, nós estamos admitindo variações no enredo geral, **ou seja, uma certa flexibilização sem flexibilizar os princípios**. Mas agora, o que é uma Atenção Básica resolutiva? **É uma Atenção Básica (AB) que tenha uma capacidade de fazer promoção e prevenção - educação e saúde, ação sobre a comunidade, desenvolvimento sustentável, ação intersetorial, mas ao mesmo tempo ter uma capacidade, uma resolução, uma capacidade de resolver problemas clínicos bastante altos**. Para a AB ser eficaz tem que resolver 80% dos problemas de saúde em uma comunidade, isso implica em intervir em grupos e comunidades em promoção e segurar 80% dos problemas clínicos, resolvê-los com eficácia. Isso no Brasil contemporâneo significa um trabalho complexo, significa trabalhar com hipertensão arterial, não é qualquer coisa, com diabetes, **segurar a maior parte dos diabéticos insulino-dependentes, inclusive ter a referência do endocrinologista**, mas acompanhar ao longo da vida , 15-20 anos; **significa trabalhar com problemas da criança: asma, crescimento e desenvolvimento**, aleitamento materno, pré-natal, enfim um conjunto de problemas (inaudível). **Segurar a epilepsia - tratar e resolver 80-90% dos casos de epilepsia** , senão a Atenção Básica fica uma mentira e nesse sentido a propaganda que o Ministério vem fazendo tá confundido a população, e nós, que Saúde da Família é (só) para prevenção e promoção... Não!!! Saúde da família é para Atenção Integral Básica, Atenção Integral Básica inclui o cuidado à clínica individual e inclui muita promoção, muita prevenção, inclusive a partir dessa clínica. Então a gente quer reverter esse discurso, ser coerente com isso e investir (depois eu vou dizer o que nós estamos fazendo), e aí nós temos um longo caminho a percorrer: o diagnóstico que nós estamos fazendo (é que) **a capacidade da Atenção Básica brasileira** (não é nem só da Saúde da Família, de Centro de Saúde, é tudo) - **é muito pequena**. O Estado do Rio Grande do Sul, por exemplo, interna o dobro do Estado de São Paulo, e a Atenção Básica deles é a menor do Brasil. O segundo Estado pior disso é a Bahia. A região metropolitana do Rio de Janeiro praticamente não tem Atenção Básica, a região metropolitana de São Paulo praticamente não tem Atenção Básica (estou falando de milhões de pessoas), então, aonde as pessoas vão? Pronto socorro, hospital, pronto atendimento, aquele atendimento que resolve um monte de coisas, mas que é caro, pede mil exames, multiplica o número de consultas, quer plantão que não cria vínculo. Tô falando de milhões de brasileiros em que isso não chegou, então nós temos um grande desafio, qual é a proposta nossa em relação a Atenção Básica? A gente que ter 60% da população brasileira em quatro anos, ao final de quatro anos, coberto por equipes de saúde da família com sotaque regional , incluindo pediatras, com apoio de profissionais de saúde mental , fisioterapeutas, pelo menos o básico nós queremos ter 60 milhões - e mais, nós estamos propondo, os municípios gostam disso,

que o Ministério da Saúde financie 50% desse atendimento. Talvez a gente financie 20-25% . Nós queremos ir aumentando até chegar a 50% . Estamos propondo que os estados assumam o custeio de 25% dos atendimentos básicos. Atualmente é zero, próximo de zero, algum estado ou outro, o Ceará, Mato Grosso, um estado ou outro financia o custeio da Atenção Básica. Minas tem um pouquinho de medicação, a gente quer que chegue a 25% nos municípios, para que? Para desonerar os municípios, para poder investir os seus recursos em outras coisas: promoção, prevenção, urgência e emergência, hospital, etc. Então a gente quer chegar a 60% das famílias brasileiras matriculadas, inscritas na Atenção Básica. O que nós já fizemos para isso? Além de pregar, muitas vezes isso já foi comentado, o primeiro gesto nosso, na reunião dos prefeitos o presidente Lula e o Ministro Humberto anunciaram um aumento de 20% no repasse que o ministério faz por equipe, equipe de saúde da família, saúde bucal e agentes de saúde um aumento da PAB (piso de Atenção Básica 1,5 reais por habitante/ano) e um reajuste populacional aos outros pisos, que deu um gasto adicional de 300 milhões, vamos investir na Atenção Básica; reservamos 68 milhões para investimentos nas cidades com mais de 100 mil habitantes , na Atenção Básica: reforma de centro de saúde, construção de laboratórios, comprar equipamentos, capacitação, um conjunto de coisas que os municípios estão se inscrevendo para receber recursos de investimentos na atenção, enfim, a gente dirigiu um conjunto de ações para Atenção Básica.

A qualificação da Atenção Básica da Saúde da Família no Brasil foi implantada, é bom que tenha sido, mas com muitos problemas de qualidade (risos) e na questão da capacitação. Um dos problemas da baixa resolutividade da saúde da família, da Atenção Básica hoje, é que **a lista de medicamentos** é inadequada, é pequena, acaba caindo nas costas dos municípios para completar a lista - tem que ter insulina, tem que ter hipoglicemiantes, tem que ter anti-hipertensivos, tem que ter os principais antibióticos na Atenção Básica à disposição da sociedade, **tem que ter retaguarda** laboratorial, tem que ter acesso a exame diagnóstico, tem que ter acesso a ultra-som - estou falando de Atenção Básica, Equipe de Saúde da Família - **e nós temos que pagar isso**: 50% o Ministério tem que pagar, e isso nós vamos construir progressivamente. Então esse é um problema: retaguarda, medicamento. Um outro problema é a precarização – na pesquisa feita pela Universidade Federal de Minas Gerais, pela Saúde Coletiva, 70% dos contratos das Equipes de Saúde da Família são ilegais, nem é CLT, nem é autônomo, nem é servidor público - são as formas ilegais de trabalho, as pessoas são nada, não tem décimo terceiro. Obvio que isso aumenta a rotatividade, diminui adesão, diminui envolvimento, então **estamos desenvolvendo um projeto de apoio aos municípios para diminuir a precarização, isso passa por mudar um aspecto da lei de responsabilidade fiscal para autorizar a saúde a gastar mais de 64%** - nós estamos negociando isso com o parlamento, com a presidência da república, a média mundial de gasto com pessoal é 64%, agente quer separar a saúde do restante da administração pública, fazer uma referência ao Fundo de Saúde, não ao Orçamento Municipal só, mas ao Fundo - que inclui o repasse federal, estadual, e autorizar até 64% **para avançar**. E a capacitação - educação continuada e capacitação: nós queremos ampliar as políticas dos pólos, consolidar, valorizar e aumentar o número de médicos, enfermeiros e agentes que tenham acesso a cursos de capacitação e de educação continuada. O Ministério quer fazer isso, nós estamos fazendo isso, com as faculdades, com as universidades. **A gente está reorganizando o orçamento para ter dinheiro para multiplicar** - esse ano ainda, **nossa capacidade de capacitação, por cinco**.

Então, isso é em relação à Atenção Básica. Isso já está feito, viu gente, isso já é portaria, foi pactuado na Tripartite, passou no Conselho Nacional, alguma coisa tem vigência a partir de abril, outras de maio.

Em relação à média e alta complexidade, ou seja, em relação ao conjunto do atendimento: aí temos muita coisa que fazer, para começar a gente tem que discutir um pouco qual o diagnóstico que nós temos disso. O diagnóstico que nós temos é o seguinte: no Brasil inteiro tem fila, portanto nós temos que ampliar o número de serviços de média e alta complexidade, certo? **Mais ou menos.** Em alguns casos isso é verdade, em alguns setores do atendimento, e outros não - por que não? Porque o seguinte: o recurso de média e alta complexidade que nós temos, em grande parte está sendo “mal baratado”, então fizemos alguns estudos sobre encaminhamento para tomografia, tem fila para tomografia para todo lado, em 60% nenhum protocolo indica que deveria estar lá - 60% está equivocado, 60%!! Fizemos estudos para encaminhamento para neurologia, dermatologia, para fisioterapia, para um conjunto de coisas, para pronto socorro, para saúde da família, de outras especialidades, no melhor dos casos, dos municípios, 50% está bem encaminhado 50-40%, o resto não tinha nada que tá ali, né?

Então nós temos que avançar na linha de central de regulação - o Ministério, a nossa proposta agora, é pegar o cartão SUS - estamos pegando o recurso do cartão SUS, dos municípios pólos - vamos ajudar os municípios - ajudar não, financiar a construção de centrais de regulação com a lógica, com a cultura de informática local, **para que cada equipe da saúde da família, cada equipe de Urgência & Emergência, cada equipe de especialistas, tenha na telinha as vagas disponíveis - e tenha o protocolo e as diretrizes disponíveis, senão isso não avança.** Dá para fazer isso no Brasil inteiro em 2 ou 3 anos, temos que avançar nesse sentido, além da capacitação, além da divulgação das diretrizes clínicas, da pactuação do que é prioritário, nós temos que investir nisso, inclusive é a proposta dos Hospitais Universitários estarem integrados nesse esforço, todos os serviços especializados de média e alta complexidade, vão estar integrados nesse esforço. Outra coisa na média e alta complexidade dos hospitais, que nós temos que discutir, é a mudança de modelo e de paradigma também. Não só da Atenção Básica, - por que só a Atenção Básica tem que ter adscrição de clientela e vínculo? Por que só na Atenção Básica tem que se reformular e ampliar vínculo - incluir outras ações terapêuticas além do remédio e da cirurgia, a educação de saúde, a dietoterapia, a orientação corporal, trabalhar a subjetividade, a emoção, a repressão de cada um, **não só pelo especialista**, não é só não, essa lógica tem que entrar em todos os níveis! A gente fez alguns estudos em hospitais municipais, hospitais públicos, hospitais universitários, a média de permanência em geral é maior que nos hospitais privados ou do que a média mundial pro mesmo tipo de problema. **O custo é maior, uma das razões, talvez a principal, é que não há responsabilização clara**, não há **distribuição** de clientela. Então nós estamos propondo o seguinte: Hospital Universitário, Hospital Municipal, **tem que ter diarista. Plantonista é para lugar de plantão**, é para terapia intensiva, **mesmo a terapia intensiva tem que ter uma equipe que faz o vínculo**, que faz a construção, que responsabiliza, que presta conta sobre a qualidade, a eficácia e eficiência do tratamento, então, nós estamos trabalhando com essa lógica, que é uma lógica de humanização, é uma lógica de eficácia, de eficácia clínica, então nessa repactuação, nós temos que caminhar por aí, nenhum paciente pode ser do hospital tal, tem que ser do doutor fulano, da enfermeira cicrana, do fisioterapeuta beltrano - que durante 3

meses ,6 meses, 15 dias, é o responsável - como o médico da família, a enfermeira, a equipe, é responsável pela família. Eu estava vendo uns dados hoje de manhã desse tipo de coisa, desse tipo de modificação: ocorreu no Hospital Municipal de Campinas. Nós tínhamos, nós temos uma enfermaria de traumatologia em que a média de permanência era de 21 dias; quando nós implantamos equipes de referência horizontais com ortopedistas, alguns clínicos de apoio, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, a média de permanência caiu em 1 mês para 7 dias - de 21 para 7 -, a infecção hospitalar em 3 meses caiu de alguma coisa próxima de oito para algo próximo de dois (um vírgula alguma coisa), sem grandes investimentos financeiros, mas **com a requalificação da clínica** - esses ortopedistas e terapeutas estão fazendo, reorganizando o hospital público, é para valer. **Hospital público, a clínica que se faz** tem que ser pra valer. Ser pra valer não é só ser muito **sábio**, é se envolver com cada caso, é se responsabilizar por cada caso, é acompanhar cada caso. Além disso, uma outra reorientação de modelo **semi especializado** de alta e média complexidade é trabalhar com a lógica do **plano da nefrologia**, que é um plano de atenção integral ao renal crônico, com a lógica do centro de referência de câncer. Nós temos que montar **equipe multiprofissional** que se encarrega de fazer uma atenção integral ao renal crônico, fazer uma atenção integral em **dermatologia**, em cardiovascular, agregar recursos, anexar recursos, diminuir a peregrinação do paciente e garantir uma atenção integral. Não interessa ao Ministério pagar hemodiálise, interessa pagar atenção integral ao renal crônico - que pode envolver hemodiálise, mas que tem acompanhamento clínico, medicamentoso, às vezes psicológico, às vezes apoio da assistente social, às vezes, isso vai depender de cada caso. A **dermatologia**, nós estamos fazendo um estudo - entre a suspeita de câncer que o pronto de socorro faz **e entrega**, a maioria dos municípios leva 3 a 4 meses para a pessoa fazer uma biópsia. O Ministério falou, **reúne uma equipe de dermatologia com um enfermeiro, coloca a capacidade** de fazer pequenas cirurgias, suspeitou que é câncer encaminha e já faz na mesma hora, na consulta, ali, a própria equipe, a própria pessoa. Então adentra a tecnologia, ou seja, trabalhar com a idéia de centro de referência, os grandes grupos dos problemas de saúde câncer, dermatologia etc. a gente vai construindo, né?

Nessa área de especialidade nós temos que mudar a fila, a lógica da fila, na urgência de todas as especialidades, **a ordem de chegada não pode ser o único critério, o principal critério para quem chega para ser atendido em saúde** - é um critério importante, mas nós temos que ter um critério da urgência: é urgência, emergência, passa na frente, tem suspeita de uma descompensação, um problema crônico, **um câncer, não pode ficar na fila da ultra-sonografia, da tomografia, suspeita de um tumor cerebral dum outro que está fazendo o controle, tem que passar na frente, 2 a 3 dias e a fila normal vai ficar na ordem de chegada. Nós vamos tentar melhorar cada vez mais. **De quem é a responsabilidade de avaliar esse risco?** Da equipe que está encaminhando, da equipe de saúde da família, da equipe do pronto socorro, da equipe da especialidade que encaminhou, do médico, da enfermeira, de quem estiver encaminhando, do fisioterapeuta, do odontólogo. **Em geral, na maior parte, é o médico quem faz essa avaliação**. Nós temos que criar esses critérios, adotar esses critérios, racionalizar **esse tipo**. Quem já foi aos EUA, ele têm um esquema que é bastante elogiado. Os prontos-socorros dos EUA têm uma avaliação de risco na porta que é feito por técnicos de enfermagem que é capacitado para isso. Nós adotamos isso em Campinas: nos prontos-socorros municipais a pessoa chega, tem uns que já chegam direto porque já chegam na maca, mas chega e é avaliado;**

vermelho, a pessoa é atendida imediatamente; não lembro qual é a outra cor, laranja ou amarelo - tem que ser atendido em 12 minutos; e o amarelo, sei lá, vai entrar na fila - **tem várias filas** - e as pessoas vão assumindo essa estrutura, isso no pronto-socorro, estou falando alguns detalhes, mas o importante é o seguinte: o que nós queremos? Nós queremos introduzir nos hospitais, entre os especialistas, a discussão de humanização, de mudança de modelo, de construção de vínculo, da adscrição de clientela, de responsabilização pelo integral, pelo caso, dentro da área, dentro da sua responsabilidade / especialidade.

Em relação à Urgência & Emergência é a mesma coisa, nós temos que fazer uma reorganização, temos que valorizar muito o atendimento pré-hospitalar que muita, muita coisa se resolve, com a regulação também, as centrais, o sistema SAMU. O Ministério não financia isso, mas nós vamos procurar financiar a partir de maio agora, nós estamos pactuando uma portaria com os Municípios e com Estados, nós vamos financiar com uma lógica parecida com o Programa de Saúde da Família, **nós vamos cadastrar nos municípios as equipes básicas, intermediárias e intensivas**. A equipe aí é um conjunto de pessoas e de equipamentos. Nós vamos pagar até 30 a 40% do custeio das emergências para os municípios, que é uma forma de aumentar os tetos dos municípios, estimulando o município a assumir Urgência & Emergência, tem que criar um meio... de urgência, não de pronto atendimento - Urgência & Emergência de fato. E a urgência de Atenção Básica, fácil, à noite, etc. Em relação à alta e média complexidade, as medidas que nós estamos tomando é fazer essa discussão, fazer essa pactuação. Estamos investigando alguns problemas, por exemplo, os hospitais universitários: nós reunimos com os HUs federais junto com o MEC, junto com as reitorias, e temos um conjunto de propostas. Primeiro, conseguir os recursos do MEC para 7000 e tantos concursos, 7700, para liberar esta verba **que estava sendo do SUS** para isso. Estamos pactuando com os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, onde há hospitais públicos estaduais, para a gente conseguir fazer o mesmo, o Ministério está reservando 40 milhões a mais **para** verba para os HUs, só que está pactuando caso a caso, projeto a projeto. Entrou na central de regulação, está integrada com a prefeitura, está organizando com centrais de referência, está construindo adscrição de clientela, aí nós vamos socorrendo - por que senão é como jogar água na chapa quente, não há recurso que chegue. A mesma coisa é com as Santas Casas, nós temos um conjunto de Santas Casas que estão com problemas - o socorro, a **repactuação**, passa por uma repactuação com o Município, com o Ministério, ou seja, passa por um novo **contrato de gestão e metas**, e nós estamos socorrendo de forma como fizemos com a Universidade Federal de Uberaba e com os hospitais que estão em uma crise mais aguda, mais calamitosa, **que** está conseguindo injetar algum recurso para custeio, além de apoiar projetos como esse aqui, projetos que impliquem na qualificação da atenção dos hospitais públicos, municipais, na medida da nossa possibilidade.

Em relação à Saúde Coletiva, é ... antes de falar da Saúde Coletiva, deixa eu colocar um negócio para vocês: tudo isso é muito importante, você vê que a gente está propondo muita coisa nova, né? São velhas, mas do ponto de vista operativo, colocar em prática de fato - a gente acha que é muito importante esse novo modelo, essa reforma da reforma, a reforma sanitária da reforma sanitária, que isso seja pactuado na instância máxima do SUS que é a Conferência Nacional de Saúde. Nós sugerimos ao Conselho Nacional, que aprovou na última reunião, a antecipação da décima segunda Conferência Nacional de Saúde para dezembro. Então os municípios devem fazer conferências

municipais para discutir se é isso mesmo que eu to falando - se é isso mesmo que nós estamos fazendo, discutir isso com a sociedade, em Conferências Municipais até setembro, outubro, e novembro nas Estaduais, para ver se no fim de novembro e começo de dezembro a gente faz a Conferência Nacional de Saúde, que seria antecipada por uma Conferência Internacional de Saúde. Vários países da América Latina, da América Central, estão arrependidos de ter entrado na onda neoliberal para a área da saúde , **querem criar uma base sanitária e montarem um SUS incipiente**, inclusive a Organização Pan Americana de Saúde está chamando uma pré-conferência internacional antes, um dia antes, com os países da América do Norte, do Sul, Central, para a gente - o tema é o SUS como exportação, como produto de exportação - para conseguir criar um sistema descentralizado, viável para a América Latina, etc.

Para terminar minha fala, minha exposição, eu queria dizer o seguinte: a gente teve de fazer muitas mudanças e pouca prestação de contas, aí eu falo da Saúde Coletiva. No Ministério nós temos um Sistema Único de Saúde em implantação, mas nós não tínhamos, não temos ainda o Ministério Único da Saúde - o Ministério da Saúde era um caos, fragmentado, cada secretaria como se fosse um Ministério, isso não foi feito agora nos últimos dois anos, isso vem historicamente, não foi resolvido, então- por exemplo, todas as secretarias tinham um sistema de informação - por isso que se tem 17 sistemas de informação que tem que preencher, cada secretaria tem o seu, toda secretaria tem um sistema de planejamento, cada secretaria tem um sistema de capacitação pessoal, então acontecia muito isso - acontecia de aprovar o projeto em uma secretaria ou Hospital Universitário aqui e não ir para outra pra ser ..., ou então se aprovava o projeto e não tinha dinheiro para fazer. Então a gente tratou de repensar o Ministério, e começamos fazendo uma **reforma administrativa** - e essa reforma administrativa, a gente foi muito corajoso, não saiu nada oficializado até hoje, tão oficializando lá - a gente pegou os cargos que tinha e reorganizamos, É para também aplicar essa nossa política, para ser coerente com a nossa política.

Então o que a gente fez no Ministério? A gente criou uma Secretaria de Assistência a Saúde, a SAS, que é a (antiga) Secretaria de Atenção a Saúde, e juntamos nela a Atenção Básica - a Atenção Básica estava na Secretaria de Políticas, que o governo extinguiu, então a Secretaria de Políticas antiga coordenava a política do Ministério - óbvio que não coordenava, **porque quem coordena todos os verticais não consegue coordenar o horizontal**, e coordenava a Atenção Básica em alguns programas . A Atenção Básica entra para a antiga SAS e junta com a média e alta - **a atenção a saúde fica com uma secretaria só, desde a Atenção Básica até a terapia intensiva, transplante etc.**

A gente tinha várias instâncias que se fazia Saúde Pública, Saúde Coletiva . A ANVISA que é uma agência, faz vigilância sanitária, a FUNASA que é uma fundação faz a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador, a vigilância ambiental ficava na secretaria de política - a gente criou uma **secretaria de vigilância à saúde** que coordena a ANVISA - a ANVISA fica subordinada a ela, a agência executa, sai da FUNASA toda a vigilância epidemiológica, controle de doenças vem pro Ministério, a FUNASA fica só no saneamento, regiões endêmicas, epidêmicas, saúde indígena, etc. A gente cria uma secretaria de Vigilância da Saúde que coordena o conjunto de ações da Vigilância da Saúde.

Devido à importância dos medicamentos, dos hemoderivados, dos imunobiológicos, vacinas, da ciência e tecnologia para o SUS, nós criamos uma Secretaria de Ciência & Tecnologia e Insumos Estratégicos - que é uma secretaria que pensa uma política integrada de medicamentos, que pensa uma política integrada de sangue, que pensa uma política integrada de produção, vacinação, tendo uma política a médio e longo prazo de Ciência & Tecnologia articulada com universidades, com pesquisas, etc. Nesse campo da Ciência & Tecnologia a gente conseguiu recursos para investir nos laboratórios, reformulamos a forma de fazer licitação (é uma boa notícia para vocês, por exemplo, esse ano nós já fizemos a nova licitação do fator 7 e fator 8, de hemoderivados, noventa milhões de dólares a gente gastou o ano passado para garantir o fator 7 e 8 para hemofílicos e alguns outros pacientes que dependem disso para viver, e é muito bem gasto). Nós fizemos uma licitação agora - internacional, pregão eletrônico, etc, etc, etc. Estamos comprando com a mesma qualidade, com a mesma especificação, uma quantidade um pouquinho maior por 60 milhões de dólares, um procedimento de administração e nós já economizamos 30 milhões de dólares. Insulina: nós estamos comprando a mesma quantidade de insulina com uma economia de 7 milhões de dólares - óbvio que nós precisamos comprar mais insulina, mais medicamentos, né? Então nós estamos racionalizando - e estamos denunciando ao Tribunal de Contas esses contratos antigos, para que o Tribunal possa ver isso (...). E esses recursos que nós estamos racionalizando, nós estamos reinvestindo em laboratórios públicos - na segunda feira agora o presidente Lula com o governador de São Paulo, Geraldo Alckimim, nós assinamos um convênio de 30 milhões de reais investidos esse ano no Instituto Butantã - nós vamos ter autonomia na produção. A gente importa, importa bastante vacina anti-gripe, anti-influenza, e outras anti-gripe, nós vamos ter autonomia esse ano, o último ano que falta nós vamos produzir aqui com uma economia muito grande, estamos investindo em outros laboratórios, produção de medicamentos estratégicos, da para produzir tudo: uns são muito caros, outros são muito importantes: anti-tuberculose, anti-retrovirais, enfim, estamos recuperando os laboratórios públicos e agora vamos trabalhar com os laboratórios menores, de universidades, essa estratégia da farmácia popular, nós temos toda uma estratégia, adotar política de genéricos e ter um conjunto de medidas, nós estamos com algumas implementadas, algumas em estudo, que essa Secretaria da Ciência & Tecnologia vai desenvolver.

Criamos uma quarta secretaria que também é estratégica e que não havia, que é uma Secretaria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoal (...) - que é pra que? Para regular mercado de trabalho, participar com o Mec, com o Ministério da educação da reforma curricular, desenvolver educação continuada do SUS, na articulação com as universidades, ampliar a especialização, a capacitação, interferir na política de Residência. A política de residência médica, ela é 95% financiada pelo governo, ou pelo SUS, ou pelos estados - e a gente não tem um planejamento, nenhuma avaliação. Não há psiquiatras no Brasil, a gente quer contratar psiquiatras para os CAPS, não acha psiquiatra -porque decidiram fazer restrição para o número de psiquiatras, os que existem são treinados, são formados, para trabalhar em casos graves no hospital, internado, não tem formação, capacitação, para trabalhar na comunidade, no consultório, em grupos, em outro contexto profissional. Anestesista é mesma coisa, não há anestesista por que a sociedade resolveu que não vai formar anestesistas. Médico generalista, de saúde da família: não temos - tem que estender a especialização para outras profissões - especialização de residência, treinamento em

serviço, para psicólogos, terapeutas e outros profissionais que interessa que o SUS capacite, enfim, um conjunto de ações, e **criamos uma secretaria**.

Na **SAS**, o secretário é o Jorge Solla, que era secretário municipal de Vitória da Conquista, professor da Universidade Federal da Bahia; na de Vigilância Sanitária é o Jarbas Barbosa, que foi secretário municipal do Recife, estadual de Pernambuco e era o antigo coordenador da Vigilância Epidemiológica, infectologista, sanitarista; na de Ciência e Tecnologia é o professor Hermógenes, que foi secretário do Ministério da Saúde na transição de quando acabou a ditadura para a nova república, durante uns 4 anos. Na Gestão de Pessoal é a Maria Luiza Iagra, que foi secretária estadual do Rio Grande do Sul, não é médica, e além de ser mulher é socióloga, especializada em Educação em Saúde e Capacitação.

E a última secretaria que a gente criou é a Secretaria da Gestão Participativa, e convidamos o professor Sérgio Arouca, que é um sanitarista histórico, **que participou** - boa parte das leis foi Sérgio Arouca quem fez, ele está organizando a Conferência e cuidando da qualificação dessa gestão, da capacitação de conselheiros, da informatização - **como é que coloca a informatização a favor do controle social, da transparência**. Enfim, essa é a equipe que nós estamos trabalhando, e essas são algumas ações. Como a gente fez essa Reforma Administrativa, a gente tem muita dificuldade de falar, parte das coisas dão certo, parte... Nós temos uma diretriz do presidente, que é uma diretriz que nós concordamos, que é **a diretriz da intersetorialidade**, a expansão da Saúde Coletiva passa muito pela intersetorialidade, então nós precisamos ter programas articulados, **então a prioridade nossa agora é articular a Saúde da Família com o Fome Zero**. A Saúde da Família é o canal para dar a capilaridade a curto prazo, para o Fome Zero. Milhares de agentes de saúde, o cadastro que nós temos, esse aí - estamos caminhando para ter um cadastro único dos brasileiros. A gente fez essa proposta, a área social está aceitando, negociando com a Caixa Econômica, ter um cartão único dos brasileiros, um cartão **de serviço** do SUS, seria um cartão da Seguridade Social que dá direito ao SUS, e como ele é eletrônico, à Cesta Básica, à Bolsa Escola, enfim, estamos caminhando por uma série de processos, com alguma dificuldade - não é a tradição dos Ministérios, dos vários órgãos. Então estamos trabalhando para isso, isso que eu falei aqui. Era isso, obrigado.