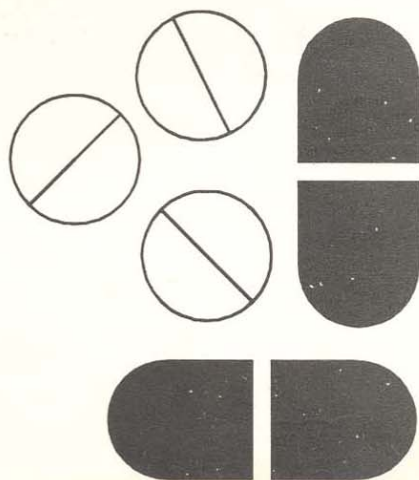
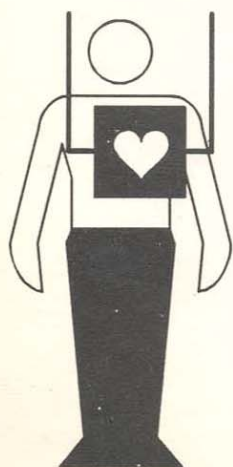


12

OS COMPROMISSOS DA FRENTE BRASIL POPULAR COM A SAÚDE E A VIDA



Edu Oliveira



O BRASIL ESTÁ DOENTE: O GOVERNO LULA É O REMÉDIO

OS COMPROMISSOS DA FRENTE BRASIL POPULAR COM A SAÚDE E A VIDA

I. INTRODUÇÃO

O Brasil está doente.

A imensa maioria de sua população já teve pelo menos uma experiência desastrosa com os serviços de saúde deste país.

As precárias condições de habitação e saneamento, por outro lado, agravam consideravelmente as condições em que vivem dezenas de milhões de brasileiros expondo-os de forma crescente à doença ou à morte.

Viver se transformou em algo muito inseguro e todos aqueles que recorrem aos serviços de saúde - públicos ou privados - embarram na maioria das vezes em uma muralha de burocratismo, incompetência e desleixo.

Para que o povo brasileiro deixe de padecer ou mesmo morrer por situações que podem ser perfeitamente evitadas é necessário que o conjunto das ações de saúde no Brasil sejam regidas por uma vontade política comprometida com ética da vida.

O descuido, a desproteção, aliados às péssimas condições de vida da maioria dos brasileiros são os responsáveis pelas doenças e mortalidade que golpeiam brutalmente o Brasil.

Através das políticas de um governo - competente e comprometido com a construção de um cuidado e de uma proteção à saúde pautada pela defesa da vida - é que se poderá intervir sobre esse quadro com o propósito de revertê-lo radicalmente.

SAÚDE NO BRASIL: CONSEQÜÊNCIA DAS PÉSSIMAS CONDIÇÕES DE VIDA, DA DESPROTEÇÃO À SAÚDE E DA DESASSISTÊNCIA À DOENÇA

Estando entre as dez maiores economias do mundo, o Brasil é, ao mesmo tempo, um dos países em que observa a maior concentração de renda do planeta. Esta apropriação de grande parte da riqueza nacional por uma ínfima minoria explica a fome, as doenças e as mortes, presentes em nosso cotidiano.

Nos grandes centros urbanos somam-se às causas de mortes e doenças típicas da miséria, como a desnutrição, a diarreia e a desidratação, as doenças respiratórias, a cólera, o dengue; bem como aquelas ligadas ao modo de vida insalubre e dos

elevados riscos nas cidades - como os acidentes de trânsito, homicídios, hipertensão, infarto, AIDS, entre muitas outras.

São assustadores os dados referentes aos riscos que apresenta o mundo do trabalho. Milhares de trabalhadores têm sido mutilados ou mortos em consequência de acidentes no local de trabalho e no trajeto. No caso dos trabalhadores do campo, além da miséria e dos altíssimos riscos de acidentes profissionais, soma-se a cada vez maior contaminação pelo uso indiscriminado de agrotóxicos, com consequências danosas para os que produzem, mas também para os que consomem.

Adoecendo e morrendo, portanto, de doenças que seriam facilmente evitáveis se a maioria da população, hoje na miséria, tivesse moradia digna, salário decente e trabalhasse em ambiente saudável e condições seguras, o brasileiro padece mais ainda por não ter serviços de saúde que correspondam às suas necessidades.

Após longa espera em guichês e filas intermináveis, quase sempre não tem a assistência que precisa e merece. No âmbito dos serviços administrados diretamente pelo poder público encontra profissionais mal remunerados, despreparados e desmotivados, falta de medicamentos, equipamentos desativados, chegando, em alguns casos a não ter comida para pacientes. No caso dos serviços contratados, o padecimento é o mesmo, ou até pior, se o caso não estiver no rol daqueles considerados "lucrativos".

Hoje, sabe-se que se alguém sofre um acidente de trânsito em uma grande cidade ou numa rodovia, terá grande chance de morrer, pois são precárias ou inexistentes as condições de resgate e remoção e a assistência aos acidentados.

Muitos hipertensos morrem devido a complicações decorrentes da falta de controle e tratamento correto nas fases iniciais da doença.

Muitos pacientes psiquiátricos ou estão presos em manicômios ou vagando pelas ruas e estradas, sem nenhuma ajuda que diminua seus sofrimentos e ou de suas famílias. Ou seja, hoje, quem precisar de serviços de saúde vai ficar desassistido ou ser tratado indignamente!

Este quadro se agrava em função das imensas diferenças regionais que tornam mais agudas as desigualdades sociais. Estas desigualdades se reproduzem igualmente no espaço das grandes metrópoles, com suas periferias pobres, insalubres e doentes.

As expectativas de vida de um nordestino são de 16 anos menos que a de um habitante do centro-sul. Da mesma forma, no nordeste a mortalidade infantil é cinco vezes superior a de outras regiões.

Por outro lado, pela sua estruturação, os serviços de saúde, ao invés de tentar corrigir ou compensar essas distorções, dirigindo-se prioritariamente para esses grupos, fazem o contrário: alijam e excluem os que menos podem e mais precisam.

Deste modo, o compromisso do PROGRAMA LULA é o de gerar um conjunto de políticas e ações que produzam IMPACTO NO QUADRO DAS DOENÇAS E MORTES da população, incorporando os excluídos e compensando as desigualdades, assim como, especificamente, por meio de um CONJUNTO DE INTERVENÇÕES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE COM QUALIDADE.

PORQUE É NECESSÁRIO MUDAR

Os governos brasileiros sempre atuaram a partir da idéia de que a política de saúde é uma política compensatória. Isto é, os outros setores sociais fazem "estragos" (ou produzem danos) nas pessoas, e os serviços de saúde vêm e tentam reparar. Com isso, estes governos atuaram na área da saúde muito desintegradamente em relação as outras políticas, desconsiderando o fato de que ter saúde é resultante de situações - como trabalho digno, lazer, moradia, transporte, alimentação, cuidados preventivos de saúde, educação. Com isso, estes governos construíram uma política de saúde isolada e fragmentada, baseada em um modelo de cuidado tópico, medicalizante e não resolutivo, ou seja, que não atacava as causas básicas e principais das doenças e não controlava e nem eliminava o sofrimento individual.

Como se não bastasse isso, a partir da implantação do regime militar o setor saúde começou também a ser visto e tratado, como um setor de serviços como qualquer setor mercantil. A doença passou a ser algo "lucrativo".

Dentro da mesma lógica de privilegiar os interesses particulares e dos grupos mais bem posicionados social e economicamente, criou-se também um sistema que se baseava na idéia de que quem procurasse ter maior acesso a serviços de qualidade deveria comprá-los no mercado. Favoreceu-se a montagem de serviços privados empresariais, muitos controlados por bancos, sem controle governamental, aos quais só uma pequena proporção de brasileiros conseguiu chegar.

Estes governos que trataram os brasileiros como distintos tipos de cidadãos - os que compram seu direito a uma boa assistência médica e os que sofrem nas repartições públicas ou nos serviços privados contratados - organizaram um sistema profundamente desigual e no qual a prática em relação aos cidadãos de "segunda categoria", tem sido a da total desassistência.

Mas, hoje, o descontrole no setor saúde está de tal ordem que os próprios Seguros Saúde, que se dizem de qualidade e alternativos aos serviços públicos, constituem os principais ítems de queixas junto aos PROCONS.

Prestando a incompetência do Estado, vários setores do governo, assim como seus candidatos têm proposto que o governo deve apenas regular o setor, e deixar para

os outros a produção de serviços, cabendo-lhe realizar ações para aqueles grupos muito à margem que não conseguem ter nenhuma assistência individual à saúde. A atual gestão do Ministério da Fazenda, foi responsável pela mais drástica diminuição dos gastos federais na área da saúde, com conseqüências sérias no agravamento das condições de atendimento à saúde. Por isto houve o aumento da mortalidade infantil e a piora do atendimento à população nos serviços de saúde, recentemente reconhecidos e anunciados pelo próprio Governo.

Para o PROGRAMA LULA, a transformação do modelo sócio-econômico com retomada do desenvolvimento, a saúde da população deve constituir objetivo central, assim como o seu sistema de atenção um dos setores estratégicos dentro do conjunto das ações governamentais no campo das políticas sociais.

Somente um Governo com profundas raízes populares e democráticas, como será o Governo da Frente Brasil Popular, poderá mudar essa caótica situação. Antes de tudo porque será regido pela ÉTICA DA VIDA!
Em resumo, O BRASIL ESTÁ DOENTE E O GOVERNO LULA É O REMÉDIO!

REMÉDIOS DO GOVERNO LULA

Vários são os segmentos sociais que, desde a ditadura, vêm lutando para que a saúde seja uma prioridade nacional, junto com a educação, a alimentação e a moradia, entre outras políticas sociais.

Nestes anos de luta, os setores populares, sindicais e dos trabalhadores de saúde, e alguns governos locais democráticos e populares, que se uniram neste processo, produziram uma proposta de cura para estes males, de a intervir em defesa da vida e na qualidade da atenção à saúde.

Nesse movimento consagrou-se como eixo central a necessidade de uma profunda REFORMA SANITARIA. Ela aponta para a idéia de que a saúde, assim, como o conjunto das políticas sociais devem fazer parte de estratégia global de desenvolvimento, na direção de uma sociedade mais igualitária e democrática para os do chamado terceiro mundo.

Nesta profunda reforma, os remédios apontados, e que serão assumidos por LULA, para resolver o problema, das seguintes idéias, contidas na doutrina e no projeto da REFORMA SANITARIA BRASILEIRA:

- A vida e a saúde são os bens maiores da sociedade e de cada cidadão e cidadã, devendo ser, pois, direito de dever do Estado.
- A saúde é resultante das condições e da qualidade de vida e, conseqüentemente, da posição e da maneira como cada um participa da vida nacional e como se apropria de sua riqueza, em termos de bens e serviços.

- A conquista da saúde, em termos de qualidade e extensão da vida, sendo objetivo último da sociedade, deve também do Governo que a represente
- A saúde não é, pois, um objetivo setorial, mas do conjunto das políticas econômicas e sociais, articuladas e Integradas intersetorialmente.
- A mudança dos níveis de saúde da população, no seu conjunto e em relação a cada grupamento específico, na direção da sua melhoria, será OBJETIVO CENTRAL DE GOVERNO.
- A saúde para nós é um bem público, e como tal, qualquer que seja o setor, estatal ou privado, responsável por ações com impacto, individual ou coletivo, na área da saúde, deve se submeter a controle público.
- As políticas governamentais, nas suas dimensões inter-setoriais e setorial terão que ser decididas e avaliadas pelo impacto sobre o nível de saúde dos grupos populacionais.
- O conjunto das ações de saúde deve se orientar pelo compromisso com a qualidade de vida e deve assumir o papel de poderoso instrumento em defesa da vida individual e coletiva;
- O SUS - Sistema Único de Saúde é a estratégia de reorientação dos serviços, ações e práticas de saúde, com o propósito de permitir que o sistema de atenção à saúde possa cumprir com o papel de zelar pela promoção, proteção e recuperação da saúde e fornecer as informações e conhecimentos necessários para o direcionamento do conjunto das políticas governamentais.
- O sistema de atenção à saúde não pode se restringir às atividades assistenciais tradicionais, devendo se reorientar para um modelo que dê destaque as ações de maior impacto sobre a saúde do conjunto das pessoas, privilegiando as medidas de caráter preventivo, de promoção e proteção da saúde, hierarquizando e racionalizando distribuição e organização dos serviços, de forma a permitir o acesso a todos os níveis de atenção, sempre que necessário
- Os princípios de universalidade e equidade que orientam o SUS devem ser compreendidos na diversidade e complexidade da realidade brasileira e, portanto, significar estratégias de direcionamento que assegurem o acesso ao sistema aos grupos atualmente excluídos ou marginalizados do mesmo.

A democratização da saúde é um processo contínuo e permanente que deve levar em conta a imensa diversidade econômica, social, regional e dos problemas de saúde, que faz da desigualdade a principal característica a ser superada pelas políticas nacionais.

- O compromisso dos trabalhadores de saúde com uma ÉTICA PELA VIDA, com parâmetros de qualidade das ações no setor, é um dos elementos mais estratégicos para a modificação do sentido de política de saúde;
- o respeito, a dignidade e a qualidade com eficiência devem presidir as práticas de saúde em todos os seus níveis, individual e coletivo, preventivo e curativo, estatal e privado.
- A grande tarefa que temos pela frente é permitir que as pessoas consigam ter acesso a ações que contribuam efetivamente para melhorar a sua vida, dando dignidade à relação entre o serviço de saúde e os pacientes e permitindo a criação do vínculo do paciente com um serviço que tenha credibilidade e seja sua referência para tratar dos seus agravos de saúde.
- A construção governamental desta política deve ser fruto de uma parceria entre os governos da União, dos Estados e dos Municípios, assim como as entidades e instituições não governamentais de caráter público que dele fazem parte, conforme os princípios constitucionais que formam o Sistema Único de Saúde (SUS), com vontade política para viabilizar todos os mecanismos necessários para o avanço e a consolidação do processo de municipalização das ações de saúde em todo o território nacional.
- A gestão da política de saúde deve ser realizada de modo compartilhado e participativa, dentro do princípio do controle público da ação do Estado e buscando o fortalecimento das organizações próprias da sociedade civil.

Para tornar realidade esses compromissos, o Governo Lula reorientará suas ações de modo a serem implementados projetos nas seguintes direções:

- projetos que produzam impacto sobre o quadro de doença e morte no país;
- projetos que transformem e dêem qualidade às ações e serviços de saúde;
- projetos que dêem viabilidade às políticas de saúde pretendidas.

II - PROJETOS PARA EVITAR A DOENÇA E PROMOVER A SAÚDE

Tomando por base determinantes da saúde da população brasileira e face à multiplicidade de problemas que afetam, é necessário a definir prioridades para a estabelecer as intervenções que promovam a alteração desejada na dramática condição de saúde da grande maioria dos brasileiros.

Respeitando os critérios de diagnóstico de saúde pública na identificação de suas linhas de atuação e incorporando elementos sócio-políticos e econômicos da realidade do país, a seleção de 13 campos de ação pode, na medida de sua efetiva implementação, permitir alcançar rápidas transformações, proporcionando melhores

condições de vida à população. É óbvio que trabalhar a partir de prioridades não implica que não se reconheça a existência de outros tantos problemas merecedores de programas de intervenção. Trata-se, antes de tudo, de estabelecer programas de ação frente às nossas possibilidades imediatas de intervenção que tenham impacto sobre os problemas mais prementes, possibilitem estender, dada a sua aplicação regular, seqüencial e contínua, a sua abrangência sobre as demais áreas.

Essas são ações a serem compartilhadas entre as três esferas de governo, sendo impossível e irresponsável que a União as assuma sozinha. O Governo Popular e Democrático se compromete a desenvolver todos os esforços ao seu alcance, em termos de normalização, legislação, fiscalização, financiamento, cooperação técnica e mesmo ação política, com vistas a assegurar o direito de todos os brasileiros às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e fazer do SUS uma realidade nacional.

1) SANEAMENTO: ÁGUA POTÁVEL PARA TODOS

A) - O PROBLEMA:

-12% da população urbana e 65% da rural não são atendidos por sistemas de abastecimento de água potável e 42% dos municípios não possuem sistema de tratamento de água, sendo que somente 64 milhões de brasileiros tem acesso a água fluoretada.

-60% da população urbana e 93% da população rural não têm acesso a redes coletoras de esgoto, 53% dos municípios não possuem redes de coleta de esgoto e 92% não possuem sistemas de tratamento de esgoto.

-O controle de vetores e reservatório de doenças transmissíveis é precário

-A partir da década de 80 houve uma queda significativa dos investimentos, os quais são direcionados por critérios clientelistas e sujeitos a aprovação de sua viabilidade em função de suas taxas de retomo financeiro; em muitos casos, a estrutura tarifária não considera os critérios sociais, atendendo a objetivos políticos ou ao retomo financeiro dos investimentos.

-O setor é, na sua maior parte, gerido por empresas estaduais, apresentando problemas de competência e desarticulação entre os níveis federal, estadual e municipal, com pouca participação nas decisões e redução da autonomia dos municípios e sem vinculação com o setor saúde e outros afins.

-Existem também problemas de ordem gerencial e de gestão, ao lado de políticas de capacitação precárias. Além disso se encontra em curso um processo de privatização encoberta através de políticas de concessões e terceirização, com riscos de graves conseqüências sobre os custos, a qualidade e os preços dos serviços, e portanto, sobre a saúde da população.

-Em conseqüência deste quadro, persiste e vem se agravando a ocorrência de doenças de transmitidas pela água e outras resultantes da falta de saneamento básico, aumentando a mortalidade infantil.

B) - OBJETIVOS/METAS

Oferecer água potável para todos e desencadear um processo visando a universalização do saneamento básico:

- ampliar as redes de abastecimento de água potável e fluoretada, para atender 100% da população urbana e 60% da rural
- fornecer insumos e apoio para a potabilização onde não houver água encanada
- ampliar o atendimento em esgoto para 70% da população urbana (35% com tratamento) e 30% da rural com coleta e disposição final adequada.

C) - AÇÕES/ESTRATÉGIAS

- Estabelecimento de mecanismos definitivos para que as ações de saneamento ambiental estejam compreendidas no âmbito das ações de saúde pública
- A destinação de recursos através de financiamentos ou repasse federais para investimentos em saneamento, estará norteada por avaliações dos quadros sanitário, epidemiológico e ambiental, de forma articulada com as demais políticas públicas em nível local e regional, usando como critério de avaliação de projetos, ao invés das taxas internas de retomo financeiro, o seu retomo social em termos de saúde pública, garantindo a destinação de recursos orçamentários para a devolução dos empréstimos que não possa ser atendida através da tarifa.
- Os financiamentos e repasses de recursos a estados e municípios estarão condicionados à elaboração de . planos de metas de ação de médio e longo prazo, baseados no diagnóstico epidemiológico e nos indicadores sociais, devendo atender aos interesses de saúde da população.
- Os financiamentos e repasses estarão ainda condicionados à assinatura de termo de compromisso quanto à destinação das verbas, estrutura tarifária diferenciada e progressiva baseada em critérios sociais, destinação de verbas próprias em contrapartida, garantia de desempenho eficiente dos serviços e implantação de efetivo controle social nas ações de saneamento; no caso de empresas ou órgãos estaduais, deverão contar ainda com aprovação, participação e acompanhamento dos municípios envolvidos, como poder concedente.
- Estabelecimento de mecanismos institucionais para o acompanhamento e controle dos projetos, financiamentos e repasses, com participação da população e dos 3 níveis de governo, priorizando a descentralização do setor.

- Intervenção no programa emergencial de combate à mortalidade infantil em áreas críticas, mediante ações integradas às dos outros setores.

- Articulação com outras áreas de governo federal, para promover a implantação de programas emergenciais, integrando saneamento, habitação, regularização fundiária em vilas e favelas de cidades de médio e grande porte, apoiando os municípios através de assistência técnica e capacitação.

- Implantação de mecanismos e programas de educação sanitária, de distribuição de insumos e de apoio à população para a potabilização de água onde não houver rede de abastecimento.

2. MORTALIDADE INFANTIL: VAMOS ACABAR COM ESSA VERGONHA NACIONAL

A) O PROBLEMA:

A mortalidade infantil no país é, na média, de cerca de 55 mortes antes de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos. Na sua grande maioria, são mortes causadas por diarreias e doenças respiratórias associadas à falta de saneamento e à desnutrição, por falta de ou por mau atendimento perinatal e por doenças evitáveis mediante vacinação.

Esse elevado índice, por ser uma média nacional, esconde as desigualdades regionais e sociais. Analisando o índice, verifica-se que, enquanto as regiões mais desenvolvidas apresentam uma média de aproximadamente 50 mortes por cada 1.000 nascidos vivos, o número eleva-se dramaticamente nas regiões mais pobres, sendo que no Nordeste, esse índice atinge a média de 100 mortes por 1000 nascidos vivos.

O processo de declínio do índice (em 79 era de 85 mortos para cada 1.000 nascidos vivos), se deu de forma instável, devido ao agravamento das desigualdades sócio-econômicas, à quase paralisação do processo de expansão do saneamento básico e à redução e descaracterização das políticas sociais compensatórias, incluindo as de saúde.

Dados mais recentes, ainda não disponíveis através do sistema formal de coleta indicam para o ano de 1994 um aumento brusco das taxas de mortalidade infantil na Região Nordeste do país, que de 95/1 000 Nascidos Vivos em 1993, subiu para 139/1000 NV (Dados relativos a 5 UF's e 226 municípios, primeiro trimestre 93/94). Tais dados são corroborados pelas informações publicadas pela Pastoral da Criança, que também demonstram, através de coleta metodologicamente mais consistente, sensível aumento das taxas em 1994.

Este agravamento da situação é a conseqüência lógica da implantação da política preparatória do plano real, com redução de salários, aumento do desemprego e queda brutal do gasto em saúde e em outras áreas sociais.

B) OBJETIVOS/METAS

Assegurar à todas as crianças o direito à vida e à saúde:

- Reduzir em 50% a mortalidade infantil em nível nacional e em 2/3 na região Nordeste e nas periferias dos grandes centros urbanos.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

A transformação do atual modelo econômico-social, a ser desencadeada pelo governo Lula, gerando empregos, incorporando os excluídos à produção, elevando os salários reais, implementando a reforma agrária e aumentando a oferta e diminuindo os preços dos bens de consumo de massas atuará diretamente sobre os principais condicionantes da mortalidade infantil. Esta estratégia central, será complementada com ações setoriais e programas emergenciais:

- programas emergenciais de combate à fome, à desnutrição e à miséria, com participação direta do setor saúde

- políticas sociais, especialmente de educação, habitação e reforma urbana

- saneamento básico, especialmente por meio da oferta de água potável para todos

- intensificação e ampliação das atividades de vacinação aumentando as taxas de cobertura para valores próximos a 100%, universais e homogêneas, com especial ênfase na eliminação da poliomielite, sarampo e tétano neonatal

- atendimento regular e periódico nos serviços básicos de saúde, (acompanhamento do pré-natal, do parto e do crescimento e desenvolvimento da criança)

- universalização e agilização de fluxo do sistema de informações de nascidos vivos e de mortalidade, de modo a possibilitar a elaboração de indicadores e intervenção imediata.

3- VIOLÊNCIA - CONTRA A VIOLÊNCIA E PELA VIDA

A) O PROBLEMA:

A violência, hoje, é um dos principais problemas de saúde no Brasil. É responsável por grande parcela da morbi-mortalidade das regiões metropolitanas do país. Surge em nossa realidade nas formas de acidentes, suicídios, homicídios, maus tratos,

entre outras. Ocupa, desde 1989, o segundo lugar entre todas as causas de morte. Suas vítimas preferenciais são os jovens e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 40 anos, do sexo masculino, negros ou mulatos, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. Em suas formas letais as mais frequentes têm sido, ao longo da última década, os crimes cometidos no trânsito e os homicídios. Esta última foi a que mais cresceu neste período, sendo a primeira causa de morte entre a população masculina, em ampla faixa de idade. Nas formas não fatais, merecem destaque aquelas que vitimam as crianças e adolescentes, ou seja, os maus-tratos no âmbito familiar e nas ruas.

B) OBJETIVO/METAS

Redução significativa da morbi-mortalidade por violência em todo o país, especialmente nos grandes centros urbanos, tema aprofundado no projeto especial sobre o combate à violência do governo LULA.

C) AÇÕES /ESTRATÉGIAS

Sensibilização, articulação e integração permanente do Sistema de Saúde com Instituições Governamentais e Não Governamental ligado à Segurança, Justiça, Educação e ao Sistema de Trânsito, entre outras, com objetivos de:

- Pesquisar, diagnosticar, normalizar e viabilizar programas preventivos e assistenciais;
- Subsidiar políticas de combate à criminalidade de forma intersetorial;
- Desenvolver ações e estratégias dirigidas aos grupos mais vitimizados;

- Implementar e adequar o setor saúde, nos seus vários níveis de ação, de forma a diminuir a ocorrência, a incapacidade e a letalidade causadas pelas várias formas de violência.

4 - AIDS: UM PROBLEMA DE TODOS NÓS

A) O PROBLEMA:

A partir das ocorrências iniciais na região centro-sul do país e de sua predominância em grandes centros urbanos, casos vêm sendo registrados nos mais diversos pontos do país, caracterizando desse modo sua ampla distribuição geográfica. De modo contínuo, a epidemia se difundiu para o conjunto da Federação com taxas anuais de incidência crescentes. Até 10. de junho de 94, 52487 casos foram notificados ao Ministério da Saúde, o que representa uma taxa de incidência acumulada de 39 casos por 100.000 hab.

Por outro lado, estima-se a existência de meio milhão de pessoas infectadas, que, mantido o atual estado da ciência, deverão adoecer nos próximos anos.

A partir da quase totalidade de casos em homo/bissexuais masculinos e predominância da transmissão sexual durante a primeira década de 80, a epidemia vem apresentando progressivas mudanças de perfil que, de modo sucinto pode-se apontar:

-Aumento da ocorrência de casos em mulheres

-Crescimento dos casos de usuários de drogas injetáveis, que entre adolescentes, em 1993, representou 49% das notificações;

-Aumento do número de casos de transmissão de mãe infectada para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação .

-Aumento proporcional da transmissão heterossexual.

-Aumento progressivo da ocorrência de casos entre indivíduos de baixa escolaridade e analfabetos o que pode ser interpretado como disseminação da infecção em população de baixa renda, agravando as condições de vida de segmento já historicamente marginalizado no que se refere ao acesso aos serviços de saúde.

O quadro apresentado pode ser mesmo mais preocupante, tendo em vista que outras doenças sexualmente transmissíveis facilitam a transmissão do HIV e a alta prevalência desses agravos no Brasil.

B) OBJETIVOS/METAS

- Reduzir as taxas de transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis;
- Prover atenção médica e assistência psico-social aos pacientes e portadores do HIV

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

Diante do diagnóstico, o enfrentamento do problema e encaminhamento de soluções, envolve não apenas ações isoladas do governo federal, mas determina a existência de atividades integradas em todos os níveis do SUS e especial participação dos mais diversos segmentos da sociedade:

- Estabelecimento de um programa de educação continuada e sistemática dirigido à população como um todo e à segmentos especiais epidemiologicamente mais vulneráveis à infecção, principalmente aqueles que vêm sendo excluídos de programas de prevenção. O processo de disseminação da informação, além de respaldo técnico e científico, deve ser embasado na solidariedade e respeito à orientação sexual e comportamental;

- Regulamentação e/ou formulação de legislação ordinária que impeça a discriminação de portadores do HIV e pacientes de AIDS, incluindo a obrigatoriedade do atendimento médico-hospitalar ao paciente com AIDS pelas seguradoras privadas de saúde;
- Sensibilização das Centrais Sindicais, sindicatos, associações patronais, empresas e demais segmentos sociais, especialmente as organizações não governamentais, para que desenvolvam programas e políticas conjuntas de prevenção ao HIV e de assistência a portadores do HIV e pessoas com AIDS, fundada na criação de uma cultura de solidariedade para com os mesmos.
- Garantia e apoio à implantação e ampliação de serviços alternativos (ambulatórios especializados, hospitais-dia, assistência domiciliar e centros de testagem para o HIV, anônimo e gratuito), com a participação de organizações não governamentais, sempre que possível, e implementação de serviços especializados, com apoio médico e psico-social ao portador, paciente e familiares;
- Garantia do acesso a métodos comprovadamente eficazes para prevenção da infecção pelo HIV, tais como preservativos e programas específicos para usuários de drogas injetáveis;
- Estabelecimento de mecanismos que assegurem o efetivo controle universal de qualidade do sangue e hemoderivados;
- Fortalecimento da cooperação técnica com organismos internacionais visando à participação no desenvolvimento de novas tecnologias para prevenção e controle da epidemia.
- Garantia do acesso a ante-virais e outros medicamentos necessários à profilaxia e tratamento das infecções oportunistas decorrentes da AIDS.

5 - COMBATE ÀS ENDEMIAS: MOBILIZAÇÃO POPULAR E

RECURSOS TECNOLOGICOS PARA A MELHORIA DA SAUDE.

A) O PROBLEMA

Dentro do mosaico epidemiológico que caracteriza a sociedade brasileira, as grandes endemias ocupam uma posição de destaque. Embora o conhecimento científico acumulado sobre elas permita prescrever ações de ordem técnica para o seu efetivo controle, as doenças endêmicas continuam a representar importante problema de Saúde Pública.

A magnitude e importância dessas doenças é variável. Há aquelas com larga distribuição (doença de Chagas, dengue, esquistossomose, malária) e há aquelas de distribuição focal (filariose, peste). Há aquelas mais benignas (dengue clássico) e mais graves (calazar, doença de Chagas, febre amarela). A evolução clínica pode ser de curso agudo (dengue, febre amarela, malária) ou crônico (doença de Chagas, esquistossomose).

A resposta ao controle é maior ou menor, dependendo das características de cada um dos agravos, do conhecimento e da tecnologia disponíveis. Com isso o componente do controle relacionado ao combate ao vetor pode ter grande importância na doença de Chagas ao lado de intervenção nas habitações. A vacinação tem grande importância na febre amarela e o controle das fontes de infecção pelo diagnóstico e tratamento, na malária e na filariose.

O saneamento é sem dúvida o mais potente instrumento de intervenção em muitos casos, como nas doenças de transmissão por água (hepatite, cólera, diarreias infecciosas e outras) e na interrupção da transmissão da esquistossomose.

Não obstante, o recente agravamento da malária, esta endemia apresenta gradativa focalização na Amazônia legal, onde ocorreram mais de 95 % dos 600 mil casos anuais nesta década.

A chamada área endêmica brasileira de doença de Chagas corresponde 2.454 municípios numa extensão territorial equivalente à 3.448.008 kms distribuídos em 19 estados da Federação, com uma população sob risco equivalente a 62 milhões de habitantes. Estima-se que a magnitude no País alcança a 5 milhões de portadores de infecção.

Estima-se que 5 milhões da população do Nordeste e Sudeste encontra-se infectada pelo Schistosoma Mansoni. As taxas de prevalência e incidência desta doença não são conhecidas, devido à inexistência de levantamentos sistemáticos em toda a área endêmica do nosso país, e a falta de notificação da doença.

A Febre Amarela silvestre é endêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. No último ano, 1993 observou-se um aumento expressivo do número de casos (66) e o reaparecimento do *Aedes aegypti* em áreas urbanas representa grande risco de sua reurbanização.

A partir de 1986 tem ocorrido epidemia de dengue em cidades de dez estados do país. Em alguns, casos isolados e, em outros, com uma incidência anual que tende à endemização. O total de casos conhecidos até 1993 no país desde a primeira epidemia em 1982 é da ordem de 300.000, o que representa apenas uma pequena parcela da real magnitude das ocorrências.

A epidemia de cólera registra, até o momento, 43.899 casos e as áreas mais devastadas pela doença são as que tem piores condições sanitárias. Oito estados

brasileiros concentram 96% dos casos de cólera, sendo o Ceará o recordista com 19.707 casos.

A raiva, a partir de 1980 apresentou um decréscimo significativo na incidência de casos humanos, tendo se iniciado um processo de recrudescimento em 1989.

A hanseníase, antigamente conhecida como lepra, continua a representar um grave problema de Saúde Pública para o Brasil, que ocupa o 2º lugar no mundo e o primeiro nas Américas. Em dezembro de 1992 encontravam-se em registro ativo 228.775 casos de hanseníase no país com taxa de prevalência de 15,55 doentes a cada 10.000 habitantes. Esta taxa vem sendo reduzida nos últimos anos, especificamente após a introdução de regimes terapêuticos de duração mais curta.

No Brasil tem-se registrado em média cerca de 80.000 casos de tuberculose a cada ano. O quadro epidemiológico da doença tende-se a agravar em função de sua frequente associação com a AIDS.

B) OBJETIVOS/METAS:

- Reduzir as taxas de morbi-mortalidade das doenças endêmicas.
- Prover diagnóstico oportuno e assistência médica e terapêutica aos pacientes acometidos de doenças endêmicas.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

- Adoção de medidas de saneamento básico em áreas urbanas e periurbanas nas regiões atingidas.

-Reorientação das normas e estratégias das ações relativas às áreas habitacional/garimpo/estradas/colonização, no sentido de assegurar a proteção à saúde e interromper a transmissão das doenças transmitidas por vetores.

-Ações dos serviços de saúde no sentido da busca ativa, diagnóstico precoce e tratamento, orientada para a tuberculose e hanseníase e atuação sobre as demais endemias.

-Combate, com efetiva participação da população, ao *Aedes Aegypti* e vacinação contra febre amarela nas áreas de risco.

-Estabelecimento de altas coberturas de vacinação anti-rábica canina e garantia de atendimento oportuno e específico às pessoas em situação de risco.

-Rever as funções do nível federal à luz da Lei Orgânica da Saúde e fortalecer a rede municipal e estadual para assumir as ações de intervenção mais direta no exercício de controle das endemias.

6 - SAÚDE DA MULHER: POR UMA ATENÇÃO INTEGRAL

A) O PROBLEMA

O modelo de desatenção à saúde das mulheres brasileiras, coloca-as hoje numa situação de um alto índice de morbi-mortalidade que, em grande parte, poderiam ser evitadas.

O coeficiente geral de mortalidade materna é de 156 por 100 mil nascidos vivos, sendo que na região norte este índice sobe para 450. O câncer de colo do útero e de mama permanecem como a quarta causa de morte.

Quanto a anticoncepção, a pílula e a laqueadura aparecem com os métodos mais utilizados. Entre as mulheres que adquirem a pílula cerca de 95% o fazem sem receita médica, sendo que 50% das usuárias nesta situação têm contra-indicações, correndo portanto riscos para a saúde e para a vida. Das mulheres em idade fértil que usam algum método, 44% já estão esterilizadas, a maioria delas feitas durante o parto cesariano. No Brasil o índice geral de cesáreas é abusivo, da ordem de 33%, o que aumenta muito os riscos de vida para as mulheres durante o parto e para as crianças recém nascidas.

B) OBJETIVOS / METAS

Garantir o exercício dos direitos reprodutivos através de informações e acesso a métodos contraceptivos, ao pré-natal, ao parto assistido e assistência em todas as situações que envolvam risco de doença ou morte materna.

Implementar, no âmbito das políticas públicas os programas de atenção à saúde da mulher.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

Organizar um programa em curto prazo de :

- aumento do atendimento ao pré-natal, garantia do parto assistido, e atendimento ao pós-parto.

- aumentar a oferta de consulta ginecológica e do exame de Papanicolau, para prevenção do câncer de cólo do útero e de mamas.

- promover ações educativas em relação à saúde reprodutiva e assegurar o acesso a métodos contraceptivos que não coloquem em risco a saúde da mulher, com acompanhamento médico.

- implantar o atendimento ao aborto legal em hospitais da rede pública.

- implantar a educação sexual e atendimento especial às adolescentes grávidas. - prover atendimento especial para as mulheres vítimas de violência.

- garantir uma atenção sem discriminações seja qual for a condição da mulher.

- promover o atendimento humanizado às mulheres, sem discriminação em todas as fases de sua vida.

7 - SAÚDE DO TRABALHADOR: POR UM AMBIENTE E CONDIÇÕES DE TRABALHO SAUDÁVEIS.

A) O PROBLEMA

No desenvolvimento econômico do país a produção e o incremento da produtividade têm sido fatores preponderantes, relegando ao trabalhador o papel de mão-de-obra barata aliado ao desrespeito de seus direitos, entre os quais a segurança e a saúde. A industrialização acelerada e desordenada, permite que tenhamos um volume inaceitável de mortes, acidentes e doenças causadas no trabalho. O período de repressão ao movimento dos trabalhadores e sua tutela pelo Estado, impediram a democracia no interior das empresas.

A falta de um ambiente democrático e saudável de trabalho é responsável pelo grande número de acidentes com agravos, mutilações e doenças profissionais. Em 1993 houve 8,5 milhões de acidentes no trabalho, 60 mil casos de doenças e 44 mil mortes por acidentes.

Apesar de subestimados estes índices refletem os elevados riscos aos quais os trabalhadores estão expostos.

Sete em cada dez trabalhadores mortos por acidentes não tiveram nenhuma assistência entre o acidente e o óbito.

As instituições públicas têm mostrado ineficiência em suas ações: falta de agilidade, ausência de participação efetiva dos trabalhadores nas fiscalizações; excessiva burocratização nos processos de reconhecimento e concessão de benefícios previdenciários; sucateamento proposital dos serviços públicos de saúde.

B) OBJETIVOS/METAS

- Reduzir significativamente as mortes por acidentes e doenças causadas pelo trabalho.

- Controlar os ambientes de trabalho prevenindo os riscos, promovendo a saúde do trabalhador e democratizando o espaço de trabalho.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

- Estabelecer programas intersetoriais e interministeriais que instituem ações na área e garantam os direitos dos trabalhadores a um ambiente saudável.

- Promover medidas que incentivam a participação e intervenção do trabalhador na organização do trabalho e do processo produtivo.
- Estímulo a implantação de ações de atenção a vigilância em saúde do trabalhador em toda a rede do SUS.
- Fortalecer programas de atenção à saúde do trabalhador e ampliar a participação destes através de conselhos de gestão.
- Desenvolver programas e facilitar sua implantação nas diversas esferas de governo, procurando diminuir e controlar a ocorrência de acidentes e doenças no trabalho.
- Revisão e ampliação de legislação sobre acidentes e doenças do trabalho, incluindo aí o reconhecimento da doença mental, a democratização do conhecimento e das decisões sobre os riscos, a organização da empresa, as novas tecnologias e legislação.
- Garantir ao trabalhador o direito de recusar a execução de atividades que coloquem em risco sua saúde, sem perda de nenhum direito.
- Desenvolver medidas que possibilitem ações conjuntas com os sindicatos de trabalhadores, para vigilância do ambiente de trabalho.
- Organização de um sistema nacional de informações para fins de vigilância epidemiológica e de subsidiar vigilâncias sanitárias em saúde do trabalhador, respeitando a descentralização, hierarquização e ações locais, previstas no SUS.

8 - IDOSO: ENVELHECER COM DIGNIDADE E ATENÇÃO

A) O PROBLEMA

- Ausência de políticas e ações dirigidas ao acesso e atendimento dos idosos que proporcionalmente, estão aumentando em relação à população em geral, (atualmente constitui 7,2% da população com estimativa de 15% no ano de 2025 ou 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais).
- O envelhecimento da população aponta para o aumento de incidência de doenças crônico-degenerativas causadoras de seqüelas, dependência física e/ou comprometimento mental.

B) OBJETIVOS/METAS

Prestar assistência digna, diferenciada e de qualidade à população idosa, proporcionando-lhe melhoria das condições de vida, mantendo-a o mais autônoma e independente possível, em seu próprio meio.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

Respeitando-se as realidades epidemiológicas locais e os princípios gerais do SUS, a assistência deve ser inserida como parte integral à saúde da população; basear-se em intervenção interprofissional, adotando critérios globais de avaliação, privilegiando promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e seqüelas.

- Garantir acesso e assistência que reflitam suas necessidades e especificidades.
- Instituir ações de reabilitação hierarquizada e atendimento odontológico especializado, assim como projetos alternativos de assistência como hospital dia e noite visita e atendimento domiciliar, ajuda doméstica e terapêutica alternativa.
- Facilitar a integração familiar e social visando a favorecer os recursos existentes

9 - SAÚDE BUCAL: O BRASIL PODE VOLTAR A SORRIR.

A) PROBLEMA

Inclusão social, característica da sociedade brasileira contemporânea, expressa-se claramente no campo da Saúde Bucal. Para os 5% de brasileiros que podem pagar os preços das clínicas privadas, estão disponíveis as mais modernas e os equipamentos mais sofisticados. Insumos que custam alguns milhares de dólares são periodicamente.

Inclusão também se manifesta no acesso a cuidados preventivos básicos, que ainda são monopolizados pela dado simples ilustra essa situação: o acesso à escova dental, que parece um bem de consumo acessível à vista, não atinge todos os brasileiros. Se projetarmos o fato de que é preconizada uma troca de escovas a cada seis meses, teríamos uma necessidade de produção e consumo de 600 milhões de escovas por ano. Entretanto, produzimos apenas 90 milhões de unidades para o mercado interno, o que significa menos de 1/6 de nossas necessidades.

A exclusão se manifesta nos problemas bucais. Aos 12 anos de idade, segundo dados do Ministério da Saúde, as cujos pais ganham até 2 salários mínimos têm 7 dentes atacados pela cárie enquanto as de famílias que mais de 5 salários têm 5 dentes doentes. No grupo de 6 a 12 anos, as crianças de baixa renda têm 20% de seus obturados, 67% cariados, demonstrando a desigualdade no acesso à assistência odontológica.

Estimou-se em 1989 que a população urbana de 5 a 79 anos teria um bilhão e quinhentos milhões de dentes cariados. Esse dado poderia, a princípio, sugerir que é inexorável o nosso destino de ser um país de banguelas.

Entretanto, já dispomos de técnicas e métodos para controlar e prevenir o aparecimento das duas principais doenças bucais a cárie dental e a doença gengival. Com medidas que priorizam as ações de atenção à Saúde bucal, isto que visam à promoção da saúde e a prevenção das doenças, poderemos num prazo de 4 anos, dar início a um processo de redução das doenças bucais no país.

Ademais, não se pode esquecer que os problemas odontológicos causam sofrimento, dor e estigma à população.

B) OBJETIVOS/METAS

- Apoiar programações que garantam a universalização do acesso à assistência odontológica, assegurando-se o atendimento de adultos, integrando as ações de saúde bucal às demais ações de saúde do SUS.
- Assegurar programações dirigidas a crianças,garantindo-se o acesso à prevenção e rendimento clínico.
- Entender a fluoretação das águas de abastecimento público.
- Democratizar o acesso à utilização de insumos preventivos.

C)ESTRATÉGIAS/AÇÕES

- Cumprir a legislação federal que obriga a Fluoretação das águas de abastecimento.
- Estimular o auto cuidado, e propiciar juntamente com Estados e Municípios a distribuição gratuita de preventivos (escova, creme dental, fio dental).

Estimular a Estados e Municípios a ampliar a formação de pessoal auxiliar (atendente de consultório ,técnico de higiene dental, técnico em prótese dental e técnico de manutenção de equipamentos odontológicos) para compor equipes de saúde bucal ,aumentado a produtividade e resolutividade de serviços.

- Humanizar a assistência garantindo atendimento a pacientes especiais (portadores de deficiências físicas ,motoras ou múltiplas) e portadores de doenças infecciosas e crônicas.
- Garantir o acesso universal ao atendimento à urgência.
- Incluir atendimento especializado em áreas como prótese,cirurgias e outros.
- Estabelecer política de desenvolvimento de equipamentos e outros insumos,em especial preventivos,em conjunto a universidade e parque produtor.

10 – SAÚDE MENTAL: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

A) O PROBLEMA

Os hospícios não são terapêuticos e têm a função de controle e repressão social instituindo a violência e a segregação como forma de afastar os indesejáveis do convívio social. Esta prática, que implica na negação e na supressão dos direitos de cidadania do portador de sofrimento mental, é legitimada por leis e pela intolerância da sociedade para com os diferentes, servindo como uma das principais fontes de lucro para os empresários da doença.

Cerca de 15% da população brasileira (22,5 milhões de habitantes) apresenta sofrimento mental, onde a determinação social tem importância fundamental, em decorrência da exploração no trabalho, do desemprego e da opressão. O modelo manicomial que consome 90% dos gastos em saúde mental, em quatrocentas mil (400.000) internações por ano, deixa de atender a 4,5 milhões de pessoas que necessitam de assistência em decorrência da gravidade de seu sofrimento.

Os leitos manicominais representam:

- 16% do total de leito hospitalares; 10% do total de gastos com internação e 6,5% do orçamento global do Ministério da Saúde (1993)
- 80% dos leitos são privados, financiados pelo governo federal;
- apenas 0,7% do orçamento da saúde é destinado às ações de saúde mental não asilares;

Nos manicômios morrem 4.000 pessoas/ano decorrentes de violência (maus tratos, mutilação, eletrochoque, etc.) e 40% dos leitos são ocupados por internados há mais de 5 anos, sem família, sem trabalho ou inserção social.

O Ministério da Saúde e os governos estaduais vêm aumentando os gastos com os hospícios através de uma política de financiamento fraudulento e criando normas técnicas de classificação graduada dos níveis de qualidade dos mesmos, estabelecendo uma falsa humanização e impedindo o avanço da reforma psiquiátrica.

B) OBJETIVOS/METAS

- Garantir aos brasileiros acometidos de sofrimento mental o direito à dignidade, ao respeito e a assistência resolutiva.
- Implantar e democratizar a reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva antimanicomial.

- Extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos com desativação dos leitos manicomial de, no mínimo 20% ao ano.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIA

- Impedir a criação de novos hospitais psiquiátricos e similares, reorientando os recursos utilizados nos mesmos, em favor de sua substituição progressiva por modelo de atenção integral à saúde mental territorial e intersetorial, com a municipalização deste recurso, que garanta assistência ética e humana e crie condições objetivas de inserção social.

- Proibir o uso de métodos terapêuticos, violentos, cirúrgicos ou irreversíveis, em conformidade com resoluções da ONU e do Conselho Federal de Medicina

- Fiscalizar, denunciar e punir locais geradores de sofrimento mental, locais de trabalho, prisões e casas de custódia e ou similares aos hospitais psiquiátricos, através de ações interministeriais

- Garantir a desinstitucionalização de aproximadamente 30.000 moradores de hospitais psiquiátricos, através de ação interministerial promovendo a inserção na comunidade.

- Implantação segundo realidade local e epidemiológica de modelos de atenção integral à saúde mental através de serviços como Centros de Convivência e Cooperativas, Unidades de Atenção Intensiva em regime de hospitalidade diurna e noturna, Emergências psiquiátricas em Pronto Socorros Gerais, Unidades de Internação de Curta Duração em Hospitais Gerais, em regime de Hospital Aberto, Ações de Saúde Mental Domiciliares, em Unidades Básicas de Saúde e em Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.

- Estimular a execução de ações locais e integradas de atenção aos dependentes de álcool e drogas e seus familiares, nos serviços do SUS, proibindo sua internação em hospitais psiquiátricos.

Ações de educação e comunicação social visando ressignificar conceitos de loucura e doença mental para a construção de cultura antimanicomial na sociedade.

- Através dos representantes do Ministério da Saúde, junto ao CNS, apoiar a redefinição dos objetivos da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, no sentido de redemocratizá-la.

11- DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS: O CORAÇÃO MATA MAIS O POBRE

A) O PROBLEMA

Crescimento proporcional das doenças e mortes por doenças crônicas como: cardiopatias, cânceres, diabetes e outras, são também muito importantes como

causas de sofrimentos, incapacidades e mortes. As doenças cardiovasculares já constituem a primeira causa de morte no país.

Essas doenças não são "privilégio" das camadas mais favorecidas; pelo contrário, afetam igualmente e em piores condições a população mais pobre, também pelas grandes dificuldades deste grupo de acesso a assistência médica, aos medicamentos e exames; além da enorme dificuldades em se mudar os estilos de vida pelas condições de trabalho, moradia, lazer, etc.

B) OBJETIVOS/METAS

- Reduzir a prevalência de algumas doenças preveníveis por ações educativas e mudanças de hábitos.
- Oferecer acesso e atendimento diferenciados para as diversas doenças nos serviços de saúde, com garantia de acesso, quando necessário, aos níveis mais especializados.
- Diminuir a alta letalidade nos casos de doenças cardíacas, especialmente infartos, por falta ou atraso no atendimento (remoção e existência de centros especializados próximos).

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS

- Qualificação dos serviços básicos para o atendimento e acompanhamento diferenciados das diversas patologias crônico-degenerativas (pessoal, equipamento e medicamentos).
- Programa de urgência/emergência com vistas à diminuição da letalidade por doenças cardíacas e respiratórias.
- Programas de educação/comunicação social e políticas intersetoriais que possibilitem aos indivíduos e aos grupos sociais conhecerem e modificarem situações de risco e hábitos de vida, tais como: o fumo, a bebida e o sedentarismo; assim como em relação ao auto-exame e detecção precoce de sinais e sintomas.
- Garantir o acesso aos medicamentos de uso contínuo.

12- ATENÇÃO A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

A) O PROBLEMA:

Conforme os cálculos da Organização das Nações Unidas, 10% da população de um país é constituída de portadores de deficiências diversas. Ainda que este percentual varie, de acordo com a situação socioeconômica ou, episodicamente, por força de

guerras, catástrofes ou epidemias, os números são aceitos, inclusive em relação ao Brasil.

Na verdade, em um país onde a fome e a desnutrição atingem 40% da população, os acidentes de trabalho e de trânsito assumem proporções elevadíssimas a violência urbanas de outras naturezas é assustadora e a assistência médico-sanitária extremamente precária, é de se acreditar que o percentual de 10% seja aquém da realidade.

Nestas condições, a questão da saúde do portador de deficiência se encontra como um desafio especial, relativo à uma população expressiva que no Brasil alcança, em bases oficiais, aproximadamente 15 milhões de pessoas.

Vale lembrar, porém, que a questão não pode ser tratada nos limites apresentados pelo quadro atual. A história de epidemias e de acidentes de trabalho e de trânsito, além da violência diária é sempre uma história potencialmente associada a sequei as físicas.

Desde o momento de um acidente ou de uma necessidade de internação, até o processo reabilitatório, tudo se constitui em saúde e potencialmente relacionada com a questão da deficiência física. Sem deixar de falar na prevenção de toda a ordem e particularmente na fiscalização do trabalho.

O problema da saúde do portador de deficiência é o seu problema, como segmento populacional e social e a potencialidade que as condições sócio-econômicas, médicos-sanitárias e políticas imprimem à vida do brasileiro.

Não se trata de uma generalização. Mas da amplitude à correta intensificação e abordagem do problema.

Nesta compreensão, o problema consiste na falta quase absoluta de medidas preventivas, baixíssima atenção com segurança no trabalho, condições hospitalares bastante precárias, despreparo para o atendimento e tratamento ao acidentado e ao portador de deficiência e um processo de reabilitação desprovido de recursos, dissociado do fornecimento de órteses e próteses e mais ainda das perspectivas de trabalho o que agrava as condições de saúde do portador de deficiência e sobreonera a assistência pública.

B) OBJETIVOS/METAS:

- Reduzir a incidência de casos e procedimentos potencialmente geradores de deficiências.
- Proporcionar atendimento e tratamento adequado às pessoas portadoras de deficiências.

- Assegurar a efetiva reabilitação profissional e social dos portadores de deficiências.
- Garantir a acessibilidade às pessoas portadoras de deficiências aos espaços sociais.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS:

- Desenvolvimento de programas de prevenção, envolvendo ações destinadas à educação e repressão no trânsito, fiscalização das condições de trabalho, até o atendimento diferenciado à gestantes de alto risco, acompanhamento regular à mãe e bebês, incluindo a exigência do teste de fenilcetonúria e do hipotireodismo, além do lançamento de campanha de vacinação dos adolescentes contra rubéola.
- Garantir o atendimento às pessoas portadoras de deficiências na rede de assistência à saúde prevendo condições de acesso organizando e preparando um sistema ambulatorial e hospitalar que atenda deficientes mentais, PPD graves, traumatizados raquimedulares e outros, com habilitação técnica e equipamentos adequados.
- Organização do programa de atendimento domiciliar aos portadores de deficiência graves.
- Criação do Seguro Mínimo ao Portador de Deficiência, em que se garanta a cessão de medicamentos à PPD, tais como bolsas de colostomias, sondas, etc. incluindo-se como segurado todos os portadores de patologias, a exemplo de renais crônicos, hansenianos, etc.
- Introdução, como disciplina obrigatória às formações da área da saúde, elementos técnicos para o atendimento às pessoas portadoras de deficiências.
- Organizar programas de treinamentos e reciclagens para os profissionais de saúde no campo de atendimento à PPD.
- Integrar o programa de reabilitação profissional do INSS ao SUS, particularmente com o programa de saúde do trabalhador.
- Assegurar o fornecimento de órteses e próteses no processo de reabilitação da PPD nos serviços de saúde.
- Articular o programa de reabilitação com os balcões de empregos oficiais e privados, além de desenvolver e estimular outras formas de abertura de mercado de trabalho para os portadores de deficiência.
- Apoiar a participação de representantes dos portadores de deficiência nos conselhos de saúde.

- Mobilização da CORDE no sentido de transformá-la em efetivo instrumento de incentivo e apoio de toda natureza às entidades das pessoas portadoras de deficiências, na luta pela saúde, pela reabilitação e integração social e profissional da PPD.

13. SAÚDE DO ÍNDIO

A) O PROBLEMA:

É dramática a situação de saúde de algumas das nossas populações indígenas.

Extremamente suscetíveis a doenças infecciosas e parasitárias prevalentes em outras civilizações, os índios brasileiros estão permanentemente expostos a elevados riscos de adoecer e morrer de doenças que até algum tempo não lhes atingia.

O processo de expansão de fronteiras agrícolas, o garimpo sem controle, a protelação na demarcação das suas além de propiciarem as oportunidades de doenças, estão na raiz das situações de violência contra os índios.

A cada ano o povo Yanomami, por exemplo, vem diminuindo a proporções assustadoras, sendo a malária uma das principais causas de óbitos ocorridos nos últimos anos.

A indefinição de responsabilidades entre alguns órgãos do Governo Federal e a irresponsabilidade de outros, completa uma realidade que precisa ser transformada a curtíssimo prazo.

No caso das populações indígenas, a municipalização tem sido bastante perversa, dados os interesses imediatistas adores de grupos instalados nas áreas indígenas com a conivência de autoridades locais e a omissão das federais.

B) OBJETIVOS/METAS:

- Redução da morbi-mortalidade indígena.
- Controle da malária nas regiões indígenas.
- Assegurar assistência à saúde das populações indígenas.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIA

- Assumir, de fato e com prioridade, a saúde do índio como responsabilidade do Governo Federal.

- Organizar um sistema de saúde indígena integrado ao SUS e com as mesmas características quanto aos seus princípios e diretrizes, em termos de modelo assistencial.

- Dar prioridade absoluta ao controle da malária nas áreas de ocupação indígena, assim como a cobertura vacinal contra a febre amarela e outras doenças que acometem a população infantil.

- Pautar o modelo de atenção ao índio por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência a saúde, saneamento, nutrição, meio-ambiente, demarcação de terras e integração institucional.

- Garantir mecanismos de controle do sistema de saúde pelos seus usuários - os índios.

- Considerar sempre e em qualquer circunstância as especificidades das culturas indígenas.

- Articular a participação complementar das esferas estaduais e municipais de governo na implementação do

sistema de saúde indígena.

Assegurar que a participação de organismos não governamentais na execução de ações de saúde indígena

seja mediante definição prévia dos usuários e mediante controle das esferas colegiadas de controle social do "

SUS-indígena ", mantida a coordenação e supervisão do nível federal.

III - PROJETOS PARA DAR QUALIDADE ÀS AÇÕES DE SAÚDE NO PAÍS

1. OS SERVIÇOS DE SAÚDE: MENOS FILA MAIS SAÚDE!

A) O PROBLEMA:

Nos serviços públicos de saúde, não há garantia de acesso e nem um acolhimento digno às pessoas, que são atendidas de maneira burocratizada e desumana, após enfrentarem longas filas sendo submetidas a verdadeira violência institucional. Isto é consequência de uma série de outros problemas:

- a rede de serviços de saúde, hoje, é insuficiente, mal distribuída e desarticulada.

- a maioria das unidades de saúde funciona mal e parcialmente, por falta de funcionários e materiais, havendo um elevado número de leitos desativados (cerca de 9.000), nos serviços públicos, até com hospitais fechados.
- sucateamento de instalações e equipamentos, decorrente da falta de investimentos ao longo dos últimos anos.
- as ações são feitas de maneira fragmentada, verticalizadas, sem capacidade de resolver os problemas de saúde, individual ou coletivo, e sem que o governo da União e dos Estados dêem o apoio necessário aos municípios para que garantam a construção de um atendimento de melhor qualidade.
- não há o devido grau de autonomia para os gestores loco-regionais determinarem a organização do modelo de atenção à saúde conforme as suas realidades.
- não há uma verdadeira relação de parceria na efetiva implantação do SUS.
- o modelo não tem permitido a constituição de um vínculo e uma aliança real entre os usuários e os trabalhadores de saúde.

B) OBJETIVOS/METAS:

Implantação efetiva do SUS, enquanto um novo modelo de atenção à saúde, organizado segundo a lógica de compromisso com a qualidade de vida e que priorize a recuperação da rede pública, garantindo o acesso, a qualidade e a humanização do atendimento.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS:

- garantir acesso ao sistema por meio da rede básica distritalizada, dando qualidade e capacidade resolutiva aos Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde).
- garantir integralidade das ações de saúde, isto é, que as mesmas considerem o ser humano na sua inteireza e tenham a globalidade necessária para abordar de forma integrada as medidas individuais e coletivas, preventivas e curativas.
- garantir qualidade das ações de saúde, através da construção de acessibilidade, do acolhimento, do vínculo e da resolutividade.
- garantir a autonomia da gestão loco-regional segundo um contrato público e compartilhado entre o governo, usuários e os trabalhadores da saúde.
- garantir a construção do compromisso e da responsabilização na relação serviço/trabalhador/usuário.
- investir em ações básicas de saúde em localidades sem serviços.
- recuperar a capacidade operacional dos hospitais e do conjunto dos leitos públicos.

- garantir que o sistema de urgência seja instrumento tecnológico eficaz na intervenção nos processos de risco eminente de vida associando-o a um sistema de resgate e transporte nas grandes e médias cidades.

- recuperar o caráter público das instituições filantrópicas, priorizando-as na relação complementar com o SUS.

- recuperar a rede pública, mediante significativos investimentos na rede física e equipamentos, colocando-a a serviço do novo modelo de atenção e da universalidade, e incorporando as redes especializadas e os hospitais na lógica da distritalização e de acordo com os Planos Diretores Loco-regionais e segundo sua complexidades e papéis tecnológicos.

2. VIGILANCIA A SAUDE: VALORIZAR A VIDA CONTROLANDO OS RISCOS!

A) O PROBLEMA:

- viver nas cidades, no campo e nos locais de trabalho no Brasil, constitui, hoje, um enorme risco.

- as populações urbanas sofrem a consequência da miséria associada a cidades violentas, com grandes números de acidentes de trânsito, homicídios e acidentes de trabalho, bem como das doenças como desnutrição e infecto-contagiosas como dengue, cólera, tuberculose, aids, etc...

- no campo, além das doenças típicas da pobreza, somam-se os riscos pela contaminação com os agrotóxicos e os acidentes de trabalho.

- nos locais de trabalho grassam as doenças, entre as quais as Lesões por Esforços Repetitivos nos bancários e trabalhadores de computação, a surdez nos metalúrgicos, entre outras tantas doenças profissionais.

- os medicamentos, que deveriam servir para curar, muitas vezes provocam mais doenças, pela indução do seu consumo abusivo, pela falta de garantia de sua qualidade, dado que os interesses econômicos e políticos, aliados à corrupção prevalecem sobre os critérios técnicos na hora do registro.

- outros produtos, como os materiais de limpeza e higiene pessoal, assim como cosméticos, por obedecerem à mesma lógica, também significam sérios riscos à saúde das pessoas.

- o consumo de alimentos, seja pela sua contaminação na origem, por agrotóxicos e por conservantes, assim como pelas condições de processamento e industrialização,

armazenamento e transporte, tem sido responsável por sérios comprometimentos da saúde da população.

- os próprios serviços de saúde têm representado e provocado situações e ambientes insalubres, como a questão da infecção hospitalar, a destinação indevida do lixo hospitalar, o uso abusivo de radiações, entre outras situações de risco.

B) OBJETIVOS/METAS:

Instituir um verdadeiro, efetivo Sistema de Vigilância à Saúde, como parte integrante e indissociável do SUS, por meio do desenvolvimento e regulamentação das ações de vigilância à saúde em todos os níveis de governo, contemplando a preservação do meio ambiente, o controle das condições e da organização do trabalho, dos agravos à saúde e da qualidade dos produtos e serviços que tenham impacto sobre a saúde e a vida das pessoas e da coletividade.

C) ESTRATÉGIAS E AÇÕES:

- fortalecer os Sistemas Locais de Saúde e incentivar as ações intersetoriais, tendo como eixos as condições violentas de vida e o direito à cidadania.

- readequação das práticas de saúde com a progressiva incorporação das ações de saúde coletiva e de vigilância à saúde, conferindo uma nova dimensão àquelas práticas, ao enfrentar os determinantes sociais da doença e da violência, com base no exercício pleno da cidadania.

- incorporar a participação das equipes de saúde e da população neste processo.

- criar mecanismos que agilizem o processo de municipalização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, dentro da perspectiva da integralidade das ações e conforme o modelo de atenção à saúde proposto

- estabelecer novos procedimentos para o registro de medicamentos e outros produtos de interesse da saúde, baseados em critérios técnicos, eliminando a corrupção no setor.

- apoio ao desenvolvimento dos laboratórios de controle de qualidade em saúde, como base para a ação da Vigilância Sanitária.

- integração e/ou articulação das ações e órgãos responsáveis pelas questões do trabalho, dos produtos animais e dos recursos hídricos, que devem se submeter aos critérios comuns do interesse sanitário, no âmbito do SUS.

3. MUNICIPALIZAÇÃO: REPASSE SEM PIRES NA MÃO!

A) O PROBLEMA:

- a atual ação do governo federal em relação ao processo de municipalização, além de estar centrada em uma política de troca de favores, com a implantação de um clientelismo deslavado, tem tratado as demais esferas de governo como prestadores privados, só garantindo repasses financeiros por produção e sem nenhum respeito aos próprios parâmetros de custos reais. Tem relegado o setor público a segundo plano e em particular as ações básicas de saúde.
- A União não tem feito uma política que permita a construção do gestor único por esfera de governo, segundo a lógica do controle social através dos Conselhos de Saúde.
- Não tem considerado os problemas de saúde da população e nem respeitado as prioridades e diferenças loco-regionais no cálculo dos recursos alocados a cada Estado e Município.
- Os serviços privados contratados ou conveniados com o SUS têm obedecido a uma lógica própria, não integrando-se à rede e tampouco subordinando-se às normas e diretrizes válidas para o setor público, conforme reza a Constituição.
- Os serviços privados contratados e conveniados continuam a manter o seu relacionamento financeiro diretamente com o Governo Federal, quando deveriam estar vinculados técnica e financeiramente aos municípios
- As formas de remuneração, tanto dos serviços estatais, como em relação aos privados contratados e conveniados continuam a ser baseadas no pagamento por produção, propiciando numerosas distorções e fraudes.
- Há vários mecanismos de "contaminação" dos serviços públicos por interesses particulares, levando a uma verdadeira apropriação privada dos recursos públicos.

B) OBJETIVOS/METAS:

- Dar qualidade e eficiência aos serviços oferecidos pelo SUS, com a preocupação centrada na questão da equidade - promover o acesso diferenciado aos desiguais e excluídos.
- Implementar as diretrizes do SUS, com compromisso em relação ao financiamento e à gestão compartilhada e democratizada, que atenda aos interesses públicos e oriente a relação entre os níveis de governo e destes com os demais parceiros do SUS, com os trabalhadores da saúde e o conjunto da população.
- Fazer com que todos os serviços de saúde dependentes de recursos públicos atuem dentro de uma mesma lógica, de serviço público, sejam estatais ou privados contratados ou conveniados pelo SUS.

C) ESTRATÉGIAS/AÇÕES:

- garantir repasse aos Municípios e Estados, de forma automática, fundo a fundo (a exemplo dos atuais Fundos de Participação de Estados e Municípios), regulados por um Plano de Ação que busque a construção do novo modelo assistencial.
- desenvolver ações, em associação com os Estados e Municípios, voltadas a formação e capacitação dos gestores.
- incorporar os Hospitais Universitários, Hospitais de Corporações e os Institutos Especiais, ao SUS, conforme contratos de gestão pactuados nos Conselhos Gestores do SUS, correspondentes, corrigindo várias distorções hoje existentes.
- incorporar os recursos públicos atualmente alocados aos fundos de pensão das estatais, ao orçamento do SUS, visando o respeito aos princípios da universalidade e da equidade.
- transferir as relações contratuais e convenientes com o setor privado para a esfera municipal, em termos de relacionamento jurídico e financeiro, subordinando-os às mesmas regras e controles dos serviços estatais, inserindo-os na rede regionalizada e hierarquizada.
- recuperar o caráter público das entidades filantrópicas, conferindo-lhes a prioridade constitucional para vinculação ao SUS.
- respeitar e fazer respeitar o caráter deliberativo dos órgãos colegiados do SUS em todos os níveis de governo.
- incentivar a construção de contratos de gestão (acordos entre gestores e trabalhadores da instituição, em relação a metas, estratégias de gestão administrativa e financiamento), publicamente pactuados nos Conselhos do SUS
- implementar uma política de valorização dos profissionais de saúde.

4. PRIVADO: A SERVIÇO DO INTERESSE PÚBLICO

A) O PROBLEMA:

- o setor privado não contratado ou conveniado pelo SUS - clínicas e hospitais particulares, seguros-saúde, medicinas de grupo, cooperativas médicas e serviços médicos de empresas, estão, hoje, completamente à margem do controle público, apesar de a Constituição dar ao poder público a responsabilidade para regulamentar, fiscalizar e controlar todas as ações e serviços de saúde no país.
- hoje, valem-se de algum tipo de plano privado de saúde, cerca de 30 milhões de pessoas. - a omissão do poder público, por meio do SUS, tem levado a várias distorções, como:
 - 1- falta de garantia de qualidade dos serviços oferecidos, com reconhecidos e sérios problemas éticos.

2- super oferta de certos tipos de serviços, sem controle na sua localização, como é o caso dos serviços de diagnóstico por imagem (radiologia e outros) e dos serviços de radioterapia, oferecendo, tanto risco às pessoas em geral, como induzindo distorcidamente a demanda e a pressão, inclusive sobre o financiamento público.

3- o sistema de seguro-saúde e assemelhados têm obedecido unicamente à lógica empresarial, deixando de atender aos seus segurados em muitas situações, canalizando e onerando o próprio serviço público, especialmente os mais diferenciados, com os quais, por meio de ligações profissionais espúrias, estabelecem um fluxo de acesso diferenciado, alijando outros segmentos da população não vinculados a esse sistema.

4- comprometimento da qualidade desses serviços "vendidos" como de melhor qualidade, pela compressão de gastos, dada a pressão da demanda que cresceu, nos últimos tempos, sem correspondente expansão da capacidade instalada.

5- deformação das equipes profissionais, pelo emprego de pessoal de baixa qualificação e aviltamento salarial.

6- existência de vários tipos de incentivos fiscais diretos e indiretos (abatimentos no imposto de renda, isenção de impostos de importação de equipamentos, etc.) que, se podem atenuar os gastos pessoais com a saúde, terminam por ser estímulos para o consumo privado e por comprometer, pela renúncia fiscal, o volume de recursos públicos alocados ao SUS.

B) OBJETIVOS/METAS

- Fazer com que o SUS assuma o seu papel de zelar pela "relevância pública" de todas as ações e serviços de saúde privados.

- Defesa dos consumidores em relação aos contratos pactuados entre a população e os serviços privados de saúde.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIA:

- Normatizar, no que compete ao nível federal, as ações e serviços de saúde privados, especialmente no que se refere aos seguros-saúde e assemelhados e à política de incorporação tecnológica.

- Descentralizar para municípios a responsabilidade pela fiscalização e controle de todas as ações e serviços privados em seus âmbitos de atuação, assim como a normalização complementar e específica que lhes compete.

5. MATERIAIS E MEDICAMENTOS: INVESTIR PARA NÃO FALTAR!

A) O PROBLEMA:

- a crônica ausência de medicamentos e outros insumos no SUS, tem sido uma das causas mais sérias da má qualidade dos serviços e assunto de constantes preocupações da população, que não dispõe de meios para adquiri-los no mercado.
- o usuário é entregue à sanha dos exploradores deste mercado responsáveis pelos preços abusivos praticados.
- os sucessivos governos não têm assumido suas responsabilidades em atuar nos elos da cadeia: a assistência pública, a produção de medicamentos e insumos e a regulação do mercado privado.
- a Central de Medicamentos não tem cumprido seu papel de garantir medicamentos básicos ao SUS com qualidade e eficácia capazes de minorar atender às necessidades da população.
- até hoje não foi regulamentada a "não comercialização" do sangue e hemoderivados, tendo havido uma retração no processo de implantação da rede pública de hemocentros e no investimento na auto-suficiência na produção de hemoderivados.
- há um nítido atraso, por falta de investimentos, no plano nacional de auto-suficiência em imunobiológicos.
- Desativação dos laboratórios públicos, sendo que em 94 não houve encomendas aos mesmos, devido ao Ministério da Fazenda não alçar recursos para tanto.

B) OBJETIVOS/METAS:

Garantir a disponibilidade/aceso aos medicamentos, materiais e outros insumos necessários ao atendimento integral à saúde, adotando políticas específicas em conjunto com estados e municípios, visando a fiscalização da produção, distribuição e comercialização de insumos e medicamentos.

C) ESTRATÉGIAS/AÇÕES:

- Atualizar a RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e alocar os recursos necessários, inclusive contrapartida de Estados e Municípios, de modo a garantir sua disponibilidade em toda a rede pública, básica e hospitalar.
- garantir na metade pública de saúde disponibilidade de soros, vacinas, reagentes, diagnósticos e hemoderivados.
- descentralizar as ações até hoje (mal) desempenhadas pela CEME, definindo as ações estratégicas correspondentes ao nível federal, no tocante à política nacional de medicamentos bem como as responsabilidades dos outros níveis, garantindo o controle social em todo o processo.

- recuperar, ampliar e qualificar o sistema de controle de qualidade dos medicamentos, assegurando sua articulação com as ações de vigilância sanitária.
- recuperar, fortalecer e ampliar a rede de laboratórios oficiais de produção assegurando sua eficiência e produtividade.
- assegurar a autosuficiência em imunobiológicos e hemoderivados, mediante a retomada dos planos de auto- suficiência nacional em imunobiológicos e em hemoderivados.
- ampliar o nosso relacionamento na procura de novas fontes de insumos e produtos, através do intercâmbio e projetos comuns com países com desenvolvimento e produção própria, como Cuba, China, Índia e Rússia.
- estabelecer, efetivar e fazer cumprir a política de medicamentos genéricos no país, criando mecanismos para que seja adotada a prescrição pelo nome genérico no setor público e privado.
- reduzir os preços dos medicamentos, através das 4 ações anteriores e da utilização de outros instrumentos, como as políticas fiscal e de financiamento, a aplicação severa da legislação em vigor para coibir práticas comerciais abusivas e acompanhar os custos dos medicamentos e insumos.
- promover programas de desenvolvimento de ciência e tecnologia destinados a produção de imunobiológicos, hemoderivados e medicamentos, inclusive com a destinação de recursos específicos do setor saúde.
- revisão da política de propriedade industrial (patentes), subordinando-a aos interesses da soberania nacional e da economia popular.
- estabelecimento de relação de parceria e integração com o parque industrial nos setores de produção de medicamentos e equipamentos, subordinada aos interesses do desenvolvimento nacional soberano e moderno

IV - PROJETOS BÁSICOS PARA ASSEGURAR A VIABILIDADE DOS COMPROMISSOS

1. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A) O PROBLEMA:

- precárias condições de trabalho e remuneração, com extrema variabilidade entre regiões e cidades, chegando a níveis de completa indignidade.
- insuficiências quantitativas de profissional na rede pública.

- insuficiências e deformações do processo formador, especialmente universidades, na maioria, completamente desintegradas e descomprometidas com a implantação do SUS.
- insuficiência de formação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde de nível médio.
- práticas distorcidas, tornando vulnerável a relação profissional/usuário; crescimento de problemas éticos.
- ausência de sistemas de aperfeiçoamento e atualização do profissional em atividade.
- ausência de planos de carreira que assegurem a promoção e o desenvolvimento profissional com critérios de qualidade e mérito e com uniformidade para todo o SUS.

B) OBJETIVOS/METAS:

- recompor as condições que permitam aos profissionais de saúde de todos os níveis e tipos de formação exercerem com qualidade e compromisso social e ético as suas funções junto à população.

C) AÇÕES /ESTRATÉGIA:

- a elaboração de um Plano Diretor Nacional de Carreira, com pisos nacionais (valores mínimos), promoção por mérito, concurso público e política de desenvolvimento e aperfeiçoamento: possibilidade de incrementos salariais por resultados previstos em contratos coletivamente pactuados.
- estabelecimento de um amplo processo de negociação entre trabalhadores e empregadores do SUS, através de Mesa Nacional de Negociação apontando para a implementação de contratos coletivos de trabalho, com desdobramentos para os estados e municípios.
- garantia de participação dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos Gestores de Unidade.
- acompanhamento e avaliação pública permanente dos contratos entre profissionais e prestadores privados.
- reconhecimento e regulamentação, conforme as realidades regionais, da categoria de agente de saúde.

-cumprimento da legislação que determina que o SUS deve ordenar a política de formação de recursos humanos em saúde.

- desencadeamento de um processo de articulação e integração progressiva do SUS com as instituições formadoras, especialmente universidades, com vistas a sua efetiva participação no processo de qualificação do pessoal de serviço, assim como à adequação curricular às necessidades epidemiológicas e assistenciais. Adequar os serviços do SUS para permitir sua ampla utilização como espaço de pesquisa e ensino.

- garantia da qualificação de pessoal auxiliar nos serviços.

- articulação com as áreas de Educação e outras áreas, com vistas a criar um serviço de extensão universitária que viabilize a oferta de serviços públicos de qualidade nas pequenas cidades e fomenta a fixação de profissionais nas áreas mais carentes; desencadeamento de estudos para a criação de um serviço profissional civil para os profissionais recém-formados, com responsabilidade compartilhada entre a União e os Estados e Municípios.

2. FINANCIAMENTO

A) O PROBLEMA:

- gasta-se pouco e mal.

- os gastos públicos com saúde (federal, estadual e municipal) não têm nunca ultrapassado os 3% do PIB, tendo havido nos últimos anos uma retração desses gastos, significando a absoluta falta de prioridade que se tem dado ao setor.

- os gastos federais alcançados em 1993, foram de cerca de 40 dólares per capita; no primeiro semestre de 1994 o gasto foi de US\$ 4 bilhões, projetando um gasto de US\$ 8 bilhões, representando US\$ 54 per capita.

- o nível municipal é o único que tem apresentado comportamento diferente, crescendo de forma expressiva em muitos municípios que têm feito opção pela saúde; não conseguindo, no entanto, representar, no conjunto, aumento significativo de gastos para o setor.

- excessiva centralização tributária, com o nível federal sendo o principal arrecadador das receitas destinadas ao SUS.

- descumprimento do preceito constitucional da Seguridade Social.

- persistência de repasses negociados politicamente para Estados e Municípios e não cumprimento da norma legal do repasse regular e automático, com critérios técnicos.
- critério de repasse/pagamento para o setor público e setor privado baseado na produção e compra de serviços, sabidamente indutores de distorções e fraudes.
- ausência de mecanismos efetivos e eficazes de controle e avaliação/auditoria dos gastos públicos e privados.
- persistência do clientelismo nos serviços públicos de saúde
- presença de subsídios diretos e indiretos que afetam a receita da Saúde e comprometem a equidade do sistema; especialmente as deduções no imposto de renda, os planos de saúde privados e os sistemas.
- privativos de corporações (fundos de pensões), além das transferências diretas para a Patronal do servidor público federal.

B. OBJETIVOS/METAS:

- aumentar os gastos federais com saúde até, juntamente com estados e municípios de tal forma que se atinja US\$ 150 per capita até o final do governo, perfazendo um total de US\$ 22,5 bilhões de dólares.
- assegurar a eficiência, a lisura e a transparência dos gastos públicos.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIAS:

1 - quanto ao volume dos recursos:

- dar consequência ao preceito constitucional da Seguridade Social, assegurando a destinação das contribuições sociais às 3 áreas: saúde, previdência e assistência social.
- aumentar os gastos públicos com saúde até se alcançar, ao final do mandato, cerca de 150 dólares per capita por ano.
- fazer gestões (legislativas, políticas e administrativas) para que os níveis estaduais e municipais elevem o gasto público em saúde, para no mínimo 10% de suas receitas fiscais.

- iniciar um processo de descentralização tributária, na direção da retenção dos recursos específicos da saúde, devidos aos níveis municipais e estaduais na origem, de maneira a que, a médio prazo, os estados e municípios possam financiar a saúde na medida das suas responsabilidades legais, invertendo a participação União/ Estados e Municípios.

- reverter os impostos e taxas sobre cigarros e bebidas alcoólicas para o SUS, destinando-os especificamente para os programas de controle do alcoolismo e de doenças causadas pelo fumo.

- eliminar gradualmente os subsídios diretos e indiretos que afetam a receita do setor e a equidade do sistema, especialmente os correspondentes aos planos de saúde privados e aos sistemas privativos de corporações.

2 -quanto ao processo:

- garantir 30% das receitas de contribuições sociais para a saúde.

- implementar efetivamente o Fundo Nacional de Saúde, sob controle direto do CNS, englobando todos os recursos federais alocados à função saúde.

- definir claramente o que corresponde à função saúde.

- efetuar o crédito automático das receitas de contribuições sociais ao FNS.

- estabelecer os critérios técnicos para repasses a estados e municípios e efetuá-los de forma regular e automática conforme o crédito no FNS, para os fundos respectivos.

- estabelecimento de mecanismos que assegurem a alocação, pelos Estados e Municípios, dos recursos de contra-partida necessários à implementação do SUS, de acordo com suas capacidades fiscais e tributárias.

- descentralizar a contratação, pagamento e controle do setor privado para estados e municípios.

- eliminar o repasse "negociado" para estados e municípios, salvo em situações de emergências e para financiamento de grandes investimentos com recursos federais ou estrangeiros (financiamento e apoios internacionais negociados pelo governo federal e aprovados pelo CNS).

- substituir os repasses sob critérios de produção para estados e municípios na medida da elaboração de Planos Diretores que levem em conta a reorganização do modelo assistencial.

- cumprir o preceito legal que exige prestação de conta em audiência pública trimestral em todos os níveis de gestão.
- estimular a experimentação e substituição do pagamento do setor privado contratado por produção, em nível de estados e municípios, por outras formas menos indutoras de fraudes e distorções, descentralizando critérios e valores de remuneração para estes níveis, dar acesso ao usuário à "fatura" dos serviços a ele prestados.
- implementação do Sistema Nacional de Auditoria, descentralizado e conjuntamente com os estados e municípios e com participação do Ministério Público.
- combater incessantemente as fraudes e a corrupção no setor, em todos os seus níveis.
- assegurar o acesso à informação como condição para o exercício do controle social; divulgar a informação dos repasses feitos a cada estado e município pelos meios de comunicação de massa e através dos Conselhos de Saúde.

3. REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A) O PROBLEMA:

- centralização e resistência institucional e corporativa à descentralização.
- ineficiência na organização administrativa.
- apropriação privada da máquina pública sob várias formas, comprometendo a função e o interesse público.
- ausência ou insuficiência de mecanismos de controle das políticas e ações pela sociedade, especialmente usuários do sistema.

B) OBJETIVOS/METAS:

- recuperar a função pública na saúde e dotá-la de eficácia e eficiência.
- redefinir as funções federais na saúde, da direção da descentralização para estados e municípios, radicalizando a reforma do Ministério da Saúde.
- assegurar a participação direta dos vários segmentos sociais no controle da formulação e execução das políticas de saúde.

C) AÇÕES/ESTRATÉGIA:

-realização, com prioridade, da reforma político-administrativa do nível federal do SUS (Ministério da Saúde), que deverá atuar preponderantemente na regulação, na cooperação técnica com estados e municípios, no financiamento e no monitoramento da efetividade dos princípios e diretrizes do SUS. Formulação de política nacional de saúde.

- criação de mecanismos permanentes, ligados à Presidência da República, de articulação e integração intersetorial na saúde, envolvendo os vários ministérios setoriais, dando consequência e fazendo avançar programaticamente o conceito de Seguridade Social.

- desenvolvimento, como função central do novo MS, mas em íntima articulação com Estados e Municípios, de um sistema de informações em saúde que seja a inteligência do SUS, em termos de dados epidemiológicos e de prestação de serviços.

- adoção da distritalização da saúde como estratégia de radicalização da descentralização e busca de adequação, efetividade e eficiência do SUS.

- reconhecimento e estímulo aos vários mecanismos de controle social e desenvolvimento de amplo, permanente e efetivo programa de educação popular/comunicação social em saúde, com vistas a dotar a população das informações e conhecimentos necessários para sua autonomia frente ao sistema.

- assegurar a cooperação técnica a estados e municípios na direção das suas qualificações técnico- operacionais para implementar o SUS.

- estabelecimento de uma política integrada de Ciência e Tecnologia para o setor Saúde, por meio da definição de objetivos estratégicos e articulação dos vários órgãos federais de gestão e fomento do desenvolvimento de C & T com as instituições públicas de pesquisa e com o parque industrial nacional, com o seu correspondente plano de investimentos a curto e médio prazos.

V - CONCLUSÃO

Se você concorda com essas idéias que aqui apresentamos não tenha dúvida: Junte-se a nós.

Participe da Frente Brasil Popular e eleja LULA Presidente. Só ele poderá implantar essa política.