

Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão¹

Health Politics in Lula Government: an Evaluation of the First Months of Administration

Ana Carolina Oliveira Mendonça²
Camila Pereira Fernandes Dias²
Manuela Santana Araújo²
Taiana Quésia Neves de Alcântara²
Luanne Lisle dos Santos Silva²
Ludmila Fernandes Oliveira²
Adriana Oliveira Rocha²
Delano Santos Valois²
José Roberto Oliveira Sousa²
Lívia Maria Bonfim Mendes²
Lucas Coutinho de Sá Oliveira²
Maria da Costa Vargens²
Lucília Nunes de Assis³
Jairnilson Silva Paim⁴

Recebido: 17/12/03

Modificado: 07/12/05

Aprovado: 11/12/05

¹ Trabalho realizado por alunos da disciplina Política de Saúde (ISC-003) do ISC-UFBA, sob a orientação dos professores Jairnilson Silva Paim e Lucília Nunes de Assis.

² Alunos da Faculdade de Medicina da UFBA, matriculados na Disciplina ISC-003.

³ Professora-substituta da Disciplina ISC-003, Política de Saúde.

⁴ Professor Titular do ISC-UFBA, Pesquisador 1-A do CNPq, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).
Rua Basílio da Gama, s/n – Canela – Salvador – Bahia
CEP: 40110-170.
e-mail: jairnil@ufba.br

RESUMO

Com o objetivo de avaliar as políticas de saúde nos primeiros 18 meses do Governo Lula, o presente estudo analisou o conteúdo de notícias obtidas em jornais e revistas, publicações e sites eletrônicos oficiais, bem como de entrevistas semi-abertas com dirigentes de instituições públicas da saúde e pesquisadores da área de saúde coletiva. Foram destacadas iniciativas em relação à saúde da família, à reforma psiquiátrica e aos programas especiais. Os autores ressaltam a coerência entre os fatos produzidos no período de estudo e o programa de governo do então candidato, apesar dos constrangimentos determinados pelas políticas econômicas e pela ambigüidade diante de certas questões como o tabagismo e os transgênicos.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde; Avaliação; Análise de Conjuntura.

ABSTRACT

In order to evaluate the health politics in the first 18 months of Lula government, the present study analyzed the content of news articles published in newspapers and magazines, official publications and websites, as well as the content of semi-open interviews with public healthcare institutions' directors and collective health researchers. This study highlights initiatives related to family health, psychiatric reform and special programs. The authors emphasize the coherence found between the health policies developed in the studied period and the candidate's program, despite the constraints from the economic adjustment policy, and the ambiguity in some relevant health questions as tabagism and transgenic foods.

KEYWORDS: Health Politics; Evaluation; Brazil Politics Analysis

INTRODUÇÃO

O exercício do poder e as questões referentes ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde para determinada população constituem Políticas de Saúde. Nesse sentido, uma política pública passa por um ciclo que inclui a problematização, a construção da agenda, a formulação, a formalização, a implementação, o monitoramento e a avaliação (PAIM, 2003).

Avaliação de políticas de saúde “é a aplicação sistemática de procedimentos de investigação social para estimar a concepção e o desenho, a implementação e a utilidade da execução dos programas de tipo social, que em nosso caso é fundamentalmente saúde” (OXMAN, 1988, p.55). Esta definição permite superar certas visões do senso comum que não admitem a possibilidade de avaliar um governo no seu início, reduzindo a avaliação apenas a uma aferição de produtos, resultados e impacto. Se isto pode ser verdadeiro para um medicamento ou uma vacina, não o é para um processo social que produz uma política pública. Neste caso, a avaliação pode contemplar a concepção e o desenho (formulação), o processo (implementação) e, também, os efeitos (produtos, resultados

e impacto), configurando três tipos de avaliação: a) avaliação relacionada a conceptualização e ao desenho; b) monitoramento da implementação; c) estimação e avaliação dos resultados e utilidade (OXMAN, 1988, p.57; BUSTAMENTE & PORTALES, 1988).

O Brasil é um país federativo caracterizado pela existência de múltiplos centros de poder, por um sistema complexo de dependência política e financeira entre as esferas governamentais e não governamentais,

O BRASIL É UM PAÍS FEDERATIVO CARACTERIZADO PELA EXISTÊNCIA DE MÚLTIPLOS CENTROS DE PODER, POR UM SISTEMA COMPLEXO DE DEPENDÊNCIA POLÍTICA E FINANCEIRA ENTRE AS ESFERAS GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

por grandes disparidades inter-regionais e por distintos caminhos para a realização de políticas públicas (SOUZA, 2002). Em 15 de novembro de 2002, o ex-operário Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito presidente da República por meio de forte mobili-

zação popular, despertando esperanças e prometendo mudanças para o Brasil. Nesse contexto, um estudo com o propósito de avaliar a política de saúde do governo torna-se oportuno no sentido de contribuir para a análise dos fatos produzidos na conjuntura e de identificar tendências.

O presente estudo toma como objeto a política de saúde do Governo Federal, partindo das seguintes perguntas: quais os fatos políticos em saúde produzidos a partir das eleições presidenciais de 2002, quais as visões de atores sobre o processo político e que relações poderiam ser identificadas entre tais fatos e o programa de governo? Assim, o objetivo do estudo é avaliar a formulação e a implementação das políticas de saúde do governo Lula no período compreendido entre janeiro de 2003 a junho de 2004.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação de políticas de saúde no setor público (BUSTAMENTE & PORTALES, 1988, p.79), utilizando-se como fontes de dados a mídia impressa (jornais¹ e revistas²), publicações do Ministério da Saúde (MS),³ além da consulta a endereços eletrônicos⁴ e

¹ *A Tarde*, *O Globo*, *Folha de S. Paulo*, *Jornal do Conselho Federal de Medicina* e *Jornal do Conselho Regional de Medicina da Bahia*.

² *Veja* e *IstoÉ*.

³ *Informe Saúde*, *Saúde Brasil*.

⁴ <http://www.opas.org.br>; <http://www.saude.gov.br>; <http://www.datasus.gov.br>; http://www.lula.org.br/assets/caderno_saude.pdf; <http://www.pt.org.br>; <http://www.funasa.gov.br>; <http://conselho.saude.gov.br>; <http://abrasco.org.br>; <http://www.in.gov.br>; www.oglobo.globo.com/colunas; www.fiocruz.br/ccs/revista/n2_jun03/sergio_arouca.htm; www.atarde.com.br; www.ensp.fiocruz.br/public/radis.

sites de busca.⁵ Foram, ainda, realizadas entrevistas gravadas ou via *e-mail* com distintos atores, a partir de um roteiro previamente elaborado (Anexos 1 e 2).

Assim, este fragmento de conjuntura foi investigado a partir da análise do processo político, considerando a “comunidade de atores” (VIANA, 1997, p.212-213) e os fatos produzidos cujas informações alcançaram a esfera pública. Procedeu-se a uma análise qualitativa de conteúdo (MINAYO, 1994) do material obtido nos meios de comunicação e publicações do MS, bem como das entrevistas, utilizando unidades temáticas e matrizes para o processamento. Estas continham os seguintes tópicos: fato, data de publicação, fonte, autor, evidência, ator político, conteúdo e comentários do pesquisador. No caso dos dados obtidos nas entrevistas, utilizou-se uma matriz na qual as colunas continham os entrevistados em ordem numérica; e as linhas apresentavam as perguntas e respectivas respostas, com comentários dos pesquisadores acerca do discurso dos entrevistados. Para a análise, foram utilizadas as seguintes unidades temáticas: Atenção Básica,

Atendimento Hospitalar e de Alta Complexidade, Programas Especiais, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica, Assistência Médica Suplementar e Controle Social.

FATOS PRODUZIDOS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Atenção Básica

O Ministério da Saúde (MS) decidiu ampliar o Programa Saúde da Família (PSF)⁶ para assegurar qualidade de vida à população de baixa renda,⁷ criando o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). Este proje-

to tem como objetivo contribuir para a implantação e consolidação do referido programa em municípios de grande porte, nos quais a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidades, não se reflete na qualidade e na capacidade de respostas dos serviços (Quadro 1).⁸ Reconhece a necessidade de criação de equipes de retaguarda para atuarem como colaboradores dos médicos generalistas; implantação de equipes de saúde bucal em cada unidade do PSF;⁹ investimento em capacitação de recursos humanos e pesquisas para solução de problemas;

QUADRO 1 – Atenção Básica de Saúde: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do programa de governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Aumentar o financiamento da rede básicaProposições do programa de governo Lula	Aumento do financiamento do custeio, via PABA, e contrato com o Banco Mundial para investimentos (PROESF)
Dobrar o número de equipes de PSF	Ampliação do número de equipes de Saúde da Família. Seleção de médicos para o PITS

e construção de um pacto entre os administradores das três esferas de governo a fim de que seja estabelecida uma divisão de incentivos para o funcionamento do PSF em

cada município;¹⁰ aumento do orçamento para reformar, ampliar e equipar as unidades básicas de saúde nos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes.¹¹

⁵ CADÊ, YAHOO, GOOGLE, etc.

⁶ *Revista do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jan/2003; *Revista do Conselho Regional de Medicina*, (jun/2003); *Informe Saúde/MS* (jan/2003); *Saúde Brasil* (abr/2003).

⁷ Meta de 21 mil equipes até o final do ano de 2003. *A Tarde* (abr/2003).

⁸ Entrevistado 5.

⁹ *Informe Saúde*, Ano VII, n.217 (jun/2003). *Saúde Brasil*, n.87 (jun/2003).

¹⁰ *A Tarde* (jan/2003).

¹¹ *A Tarde* (abr/2003).

Além destes recursos, o governo elevou o Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA) repassado aos municípios, utilizando como parâmetro projeções anuais do IBGE.¹² Com relação aos recursos humanos, destacam-se a criação de pólos de capacitação e educação permanente para profissionais de saúde e a realização do processo seletivo do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).¹³

Atenção hospitalar e de alta complexidade

O Quadro 2 apresenta algumas manifestações da crise no atendimento de alta complexidade e certas medidas adotadas pelo governo. Assim, foi reconhecida a necessidade de rever o valor pago pelos procedimentos prestados, discutindo-se a veracidade dos balanços contábeis negativos da rede conveniada ao SUS, bem como a falta de transparência nas prestações de contas da mesma.¹⁴ A exposição do déficit desencadeou propostas de correção pelo governo, sendo também cobrado pelo Ministro da Saúde o ressarcimento aos hospitais públicos que atendem clientes dos planos privados, além da responsabilidade social de hospitais particulares que es-

tariam se negando a receber pacientes do SUS em UTIs.¹⁵

Além do aumento em investimento nos serviços de urgência, da criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da proposta de aumento no número de leitos de UTI credenciados pelo SUS, houve uma reformulação na forma de pagamento e reajuste de repasses, segundo o qual os hospitais universitários seriam remunerados por meio de contratos globais e não mais por produção, objetivando que cada unidade pudesse planejar melhor seus gastos:¹⁶

“Desde fevereiro [de 2003] foi montado um grupo de trabalho interinstitucional que vem atuando

na questão dos hospitais universitários buscando construir respostas para os diversos âmbitos existentes – já foram criadas 7.700 novas vagas pelo Ministério da Educação e ampliado em 100 milhões de reais os recursos a serem repassados para os Hospitais Universitários neste ano. Está em fase de negociação com os Estados e Municípios um projeto de reorganização do Sistema de Urgência e Emergência, com componentes de implantação da Assistência Pré-hospitalar, fortalecimento dos serviços hospitalares e extra-hospitalares, capacitação de recursos humanos, organização de centrais de regulação e ampliação dos leitos de UTI (este último já iniciado e com meta de credenciar 2.300 novos leitos).”
(Entr.6)

QUADRO 2 – Atenção hospitalar e de alta complexidade: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do programa de governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o SUS e recomposição dos quadros de servidores desses hospitais	Modernização da gestão e promoção de maior inserção dos hospitais universitários no SUS Concurso público para ampliação do quadro de profissionais
Estruturação do serviço de emergência Estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das urgências	Revisão do valor dos tetos pagos pelo SUS Liberação de verba para emergência e previsão de maior financiamento Lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências, com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Incorporação de novas tecnologias ao SUS Otimização do Sistema Nacional de Transplantes
Nova forma de financiamento dos Hospitais Universitários	Remuneração por contratos globais

¹² *Informe Saúde* (abr/2003); *Saúde Brasil* (abr/2003). <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/mostra/mostra.htm> Acesso em 01/04/2004.

¹³ *Informe Saúde/MS* (abr/2003). www.saude.gov.br. Acesso em abril 2004.

¹⁴ *Folha de S. Paulo* (15/02/2003).

¹⁵ *Folha de S. Paulo* (15/06/2003 e 01/05/2003).

¹⁶ *Saúde Brasil* (abr/2003 e 06/2003); *Folha de S. Paulo* (19/06/2003).

Ainda em relação aos atendimentos hospitalares e de alta complexidade, houve um reajuste nos procedimentos realizados para renais crônicos e implementou-se uma medida para monitoramento e controle das infecções hospitalares em nível nacional, através da disponibilização gratuita do Sistema Nacional de Informação em Serviços de Saúde (SINAIS) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) à rede hospitalar.¹⁷

Programas especiais

Destacam-se, em relação aos programas especiais, medidas de combate ao tabagismo, saúde mental, saúde bucal e ações voltadas para mulheres, crianças e adolescentes, idosos, índios e trabalhadores (ver Quadro 3).

No caso do tabagismo, houve restrição à venda da mercadoria em padarias e supermercados,¹⁸ além de propostas de aumento sobre a tri-

butação à indústria do tabaco,¹⁹ com conseqüente elevação do preço do cigarro.²⁰ Resoluções foram lançadas a fim de se modificar a apresentação dos maços, de modo a serem informados os males causados pelo tabaco e a proibição de sua venda aos menores de 18 anos,²¹ público este atingido por uma campanha pela tevê.²² Propostas adicionais foram lançadas, tais como a criação de programas de combate ao tabagismo²³ e de uma Frente Parlamentar Antitabagista, composta por deputados, que contará com levantamentos epidemiológicos sobre os males causados pelo tabaco.²⁴

Apesar dessas ações de controle do tabagismo,²⁵ um fato que merece destaque pelo seu caráter contraditório foi a edição da Medida Provisória n. 118, permitindo a realização de eventos esportivos patrocinados por marcas de cigarro até 2005. Este fato relaciona-se com a liberação da propaganda de cigarros durante a realização do GP de Fórmula 1, em

Interlagos (SP), ocorrida em abril de 2003.²⁶ Segundo um dos entrevistados, “A MP do cigarro, (...) foi um retrocesso a uma medida de promoção à saúde” (Entr.2).

Mesmo assim, o governo pretende lançar um projeto de lei que restringe a propaganda, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas.²⁷ Para controlar o consumo de drogas, o MS pretende expandir o número de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) destinados aos usuários de drogas psicoativas²⁸ e aos portadores de transtornos mentais, através de tratamento ambulatorial.

Ainda em relação à saúde mental, o governo lançou um projeto de lei destinado a criar um auxílio para reabilitação fora do ambiente hospitalar,²⁹ cujo programa foi denominado “De volta para casa”:

“Foram ampliadas as metas de expansão de novos Centros de Atenção Psicossocial, aumentando o volume de recursos para assistência à saúde mental em serviços extra-hospitalares e en-

¹⁷ *Saúde Brasil* (05/2003). Ações do MS-2003. www.ensp.fiocruz.br/publi/radis e www.saude.gov.br. Acesso em 27/02/2004.

¹⁸ *A Tarde* (abr/2003).

¹⁹ *A Tarde* (09/04/2003).

²⁰ *Istoé* (29/05/2003).

²¹ www.ensp.fiocruz.br/publi/radis (03/2003).

²² *Saúde Brasil* (jun/2003); Portal da Saúde (jun/2003).

²³ *Saúde Brasil* (jun/2003); Portal da Saúde (jun/2003).

²⁴ *CFM* (jul/2003).

²⁵ www.inca.gov.br (abr/2003); *Veja* (jun/2003).

²⁶ *Correio Braziliense* (maio/2003); *Informe Saúde* (jun/2003).

²⁷ *Folha de S. Paulo* (maio/2003); www.ensp.fiocruz.br/publi/radis. Acesso em maio 2003.

²⁸ www.ensp.fiocruz.br/publi/radis, Acesso em maio 2003; Entr.2 e 6.

²⁹ *Saúde Brasil* (jun/2003). *A Tarde* 09/06/2004.

caminhando ao Congresso projeto criando uma bolsa no valor de um salário mínimo mensal para os pacientes internados há mais de dois anos que saírem dos hospitais e passarem a ser acompanhados ambulatorialmente." (Entr.6)³⁰

Aprovou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004,³¹ cujos objetivos são “reduzir leitos e aumentar a diária em hospitais de pequeno porte”, além de ampliar a rede extra-hospitalar, *estimando que 15 mil pacientes possam voltar à sociedade.*³² Até o fim de 2004, o MS espera expandir para 650 o número de Caps implantados no país:

*“A ampliação da rede será fundamental para continuar crescendo o número de atendimentos realizados nos centros. Em 2002, foram 389,8 mil. No ano passado, ultrapassou a marca de 3,69 milhões de atendimentos, quase dez vezes mais em relação ao ano anterior.”*³³

O governo sancionou o Estatuto do Idoso e apresentou a proposta de trabalhar em conjunto com o Ministério da Assistência Social na criação do Programa Nacional de Cuidadores dos Idosos, a fim de supri-

mir o processo asilar, atuar na promoção e recuperação da sua saúde, bem como na implantação de farmácias populares.³⁴

Foi implantado o Disque Saúde da Mulher, que coloca à disposição informações referentes à violência sexual, ao planejamento familiar, à prevenção de câncer de colo de útero, de mama³⁵ e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).³⁶ Além disso, a meta do governo é reduzir em 25% a taxa de mortalidade materna nas capitais nos próximos qua-

tro anos. Para atingir esse objetivo, foram assinadas duas portarias que tratam, respectivamente, da obrigatoriedade da notificação de óbitos de mulheres em idade fértil e da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Foi ainda criado um grupo de trabalho para análise e elaboração de propostas para melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal.³⁷ Este conjunto de ações convergiu para a apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007).³⁸

QUADRO 3 – Programas especiais: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Política de saúde de crianças e adolescentes	Programa Saúde e Prevenção nas Escolas Ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN Centros de Atenção Psicossocial (Caps) voltados para crianças e adolescentes (Capsi)
Atenção Integral à Saúde da Mulher/Redução dos coeficientes de mortalidade materna	Lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007 Assinatura de portarias tratando da obrigatoriedade da notificação de óbitos de mulheres em idade fértil e da Comissão Nacional de Mortalidade Materna Pacto Nacional pela Redução dos índices de Morte Materna e Neonatal Criação do Consenso para o Controle do Câncer de Mama

³⁰ Folha de S. Paulo (maio/2003).

³¹ PTGM, 06/01/2004.

³² www.saude.gov.br, Brasília 02/02/2004. Radis 19, mar/2004, p.14. RADIS, n.5 abr/2004. <http://portalweb01.saude.gov.br/saude>. Acesso em 23/06/2004.

³³ <http://portalweb01.saude.gov.br/saude> .Acesso em 29/06/2004.

³⁴ Folha de S. Paulo (maio/2003); CFM (jan/2003). Radis (fev/2004), p.6. <http://www.quadraneews.com.br/index.php?materia=7423>.

³⁵ www.saude.gov.br , Brasília, acesso em 02/02/2004. Radis, n.6 (maio/2004).

³⁶ www.ensp.fiocruz.br/publi/radis . Acesso em maio 2003.

³⁷ PTGM (jan/2004) e <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em 08/03/2004. A Tarde (25/06/2004. p.3).

³⁸ www.saude.gov.br , Brasília, acesso em 27/05/2004

QUADRO 3 – Programas especiais: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004 (continuação)

Proposições do governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Saúde do Trabalhador	Proposta de efetivar a implementação da RENAST e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador
Saúde do idoso: atendimento integral nos serviços públicos e criação de centros de convivência	Aprovação do Estatuto do Idoso Proposta de trabalho conjunto com o Ministério da Assistência Social Programa de reintegração dos idosos à sociedade Programa Nacional de Cuidadores de Idosos
Capacitação de RH	Criação de Pólos de Capacitação e Educação Permanente para profissionais de saúde frente às necessidades do SUS Extensão do PROMED da graduação de medicina para as demais categorias profissionais da área de saúde
Direito a acompanhante em tempo integral em internamento	Proposta de Código de Direitos dos Usuários do SUS
Povos indígenas e população negra	Inquérito das condições de saúde bucal Combate à desnutrição pelo Programa Bolsa-Alimentação Ações de controle da tuberculose Criação da portaria nº 70 em janeiro de 2004 Implantação de novas diretrizes para o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas
Saúde mental/Ampliação dos CAP's	Projeto-de-lei criando o programa De Volta para Casa. Expansão no número de CAP's no país Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004
Programas preventivos contra dependência e uso de drogas	Restrição da propaganda de cerveja Descriminalização dos usuários de drogas
Portadores de deficiência	Sem identificação de notícias
Controle do tabagismo	Campanhas Educativas MP 118
Integração da atenção odontológica no PSF, aumento da assistência e de serviços especializados na área	Aumento em 20% do financiamento para saúde bucal até o fim de 2003 assegurado via PABA
Realização de estudos e pesquisa em saúde bucal	Continuidade do Levantamento Epidemiológico em saúde bucal no país

Com relação à saúde da criança e do adolescente, o MS buscou articular o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS, além da educação sexual nas escolas, como forma de prevenir as DSTs e gravidez na adolescência.³⁹

Para a nutrição, tem buscado a ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), através das seguintes medidas: instalação de sítios sentinelas que possam testemunhar o comportamento epidemiológico dos problemas e sua vinculação com marcadores de risco; monitoramento nutricional de cada usuário; mapeamento das endemias carenciais (anemia, hipovitaminose A e deficiência de iodo); atenção às práticas de aleitamento materno e avaliação periódica do estado nutricional dos alunos da escola pública; monitoramento da produção de alimentos e análise crítica da evolução qualitativa e quantitativa da oferta e do consumo; implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição com distribuição de suplementos medicamentosos de sulfato ferroso para crianças de 06 a 18 meses, gestantes e mulheres que estão amamentando; instituição de maior controle através da ANVISA, a partir de julho de 2004, no que diz respeito à fortificação da farinha de trigo e de milho.⁴⁰

³⁹ http://portalweb01.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=8974. Acesso em 26/03/2004.

⁴⁰ <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em 04/03/2004.

Quanto à saúde do trabalhador, o MS tem como proposta efetivar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com implantação de novas unidades de saúde do trabalhador, cadastramento de unidades subordinadas às secretarias estaduais de saúde, gestão dos municípios e criação de centros colaboradores, ligados a universidades, laboratórios e instituições de ensino e pesquisa.⁴¹

Em relação à política de saúde para as nações indígenas, algumas propostas têm sido apresentadas: ampliação da cobertura vacinal nas comunidades indígenas; construção de 54 centros diagnósticos de tuberculose em áreas indígenas; formação de parcerias entre o Departamento de Saúde do Indígena e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, em vez de convênios.⁴² (ver Quadro 3).

Vigilância epidemiológica

Grandes endemias que compõem o quadro epidemiológico do país têm sido tratadas com atenção pelo novo governo⁴³ (ver Quadro 4). Novas

ações vêm sendo desenvolvidas pelo MS para dar continuidade às políticas referentes à Aids.⁴⁴ Dentre elas, está a descentralização dos recursos para prevenção da Aids e outras DSTs, em que as verbas seriam repassadas diretamente do Fundo Nacional da Saúde para os fundos estaduais e municipais, contando com o controle social dos Conselhos de Saúde. Além disso, organizações não governamentais receberão parte da verba para melhorar a relação

DOIS GRANDES GRUPOS
POPULACIONAIS TÊM
MERECIDO ATENÇÃO
ESPECIAL DO GOVERNO:
AS GESTANTES E
OS ADOLESCENTES

entre sociedade civil e governo no combate à Aids.⁴⁵

O governo pretende implantar a hemovigilância em todos os servi-

ços de saúde no SUS, com a execução em etapas, na Hemorrede Nacional, de ações referentes aos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucleicos para HIV e HCV nas amostras de sangue de doadores.⁴⁶

Dois grandes grupos populacionais têm merecido atenção especial do Governo: as gestantes e os adolescentes. Assim, foi liberado um financiamento maior para o combate à transmissão vertical e à prevenção de modo geral. Para conter o crescimento da doença entre adolescentes, o Ministério da Saúde lançou uma ofensiva objetivando o uso de preservativo nesta faixa etária. Ídolos da juventude participaram de campanhas, principalmente na tevê, tentando passar uma posição mais afirmativa junto aos seus parceiros e salientando a importância na prevenção.⁴⁷ O governo objetiva duplicar o uso de preservativos no país, aumentar o número de testes diagnósticos para o HIV, e garantir o tratamento de todas as gestantes soropositivo.⁴⁸

Em relação à tuberculose, o Ministério da Saúde pretende utilizar o DOTS (*Directly Observed Treatment*,

41 <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em 05/03/2004.

42 Balanço das Ações do MS-2003. www.saude.gov.br, Brasília, acesso em 18/02/2004.

43 *Radis* (abr/2003); *A Tarde* (20/05/2003); *CFM* (jan/2003). www.saude.gov.br. Acesso em 01/07/2004.

44 *Radis* (abr/2003).

45 *A Tarde* (29/01/2003 e 31/01/2003).

46 www.saude.gov.br (PT GM n.112, jan/2004).

47 *A Tarde* (08/01/2003 e 14/02/2003); *Radis* (mar/2003); *Folha de S. Paulo* (05/07/2003); www.saude.gov.br. Acesso em 09/02/2004.

48 Balanço das Ações do MS – 2003. www.saude.gov.br. Acesso em 11/05/2004.

Short course), uma nova estratégia de tratamento supervisionado da tuberculose, com base em cinco pilares: vontade e decisão política; acesso aos exames laboratoriais na rede do SUS; garantia de medicamentos; sistema de registro e informações confiáveis e tratamento diretamente observado. Essa estratégia, além de ampliar as taxas de cura, com diminuição do abandono ao tratamento, evita o aumento da resistência medicamentosa, risco que tem crescido em todo o mundo. Com essas novas medidas, espera-se uma redução no número de mortes por tuberculose e a prevenção de novos casos.⁴⁹

Quanto à hanseníase, o governo pretende a reestruturação do programa com a meta de diminuir em 30%, a cada ano, o número de casos até 2005, através do envolvimento de agentes comunitários de saúde e de médicos do PSF na detecção precoce da doença.⁵⁰

Ressaltando a importância da atenção à saúde integral e coordenada entre os diversos setores que compõem o MS, cabe destacar a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), cujo propósito é possibilitar o aprimoramento, o combate e a prevenção de doenças no âmbito do SUS, além de subsidiar com informações epidemiológicas a elaboração de políticas públicas de saúde e fomentar a avaliação do impacto de programas e ações do ministério. A

QUADRO 4 – Vigilância Epidemiológica: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do governo Lula	Fatos correspondentes
Descentralização das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental	Descentralização dos recursos para prevenção da AIDS e outras DST
Intensificação de ações de prevenção da AIDS/DST	Implantação da hemovigilância no SUS. Proposta de duplicação de usuários de preservativos
Intensificação da vacinação e do controle das doenças endêmicas	Prevenção da febre amarela silvestre Combate à tuberculose Reestruturação do programa brasileiro de controle da hanseníase Campanha para eliminar a hanseníase até 2005 Investimento de R\$ 1 bi em saneamento nas regiões metropolitanas até 2007 Liberação de R\$ 4,4 milhões para obras de saneamento
Organizar um “ministério único”	Criação e instalação Secretaria de Vigilância à Saúde
Melhoria da atenção pré-natal e eliminação da transmissão vertical	Financiamento maior para combate a transmissão vertical

QUADRO 5 – Vigilância Sanitária: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposição do governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Descentralização das ações de vigilância sanitária	Sem identificação de notícias
Reforçar a promoção da saúde, controlando a qualidade dos alimentos, da água, dos medicamentos, dos serviços de saúde públicos e privados	Criação de grupo interministerial para discutir transgênicos Criação de novas regras para o descarte de resíduos hospitalares Resoluções da Anvisa para aumentar a segurança dos remédios Regulação de alimentos transgênicos Novas regras para o descarte de resíduos hospitalares
Intensificar o controle das fraudes, adulterações, concorrência desleal e incompetência técnica no interesse do consumidor e do produtor	Discussão de estratégias de combate à falsificação de medicamentos
Constituir um efetivo Sistema Nacional de Vigilância à Saúde com as ações integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária	Criação da Secretaria de Vigilância em Saúde

nova secretaria pretende fortalecer a vigilância epidemiológica com a reunificação dos programas e ações hoje pulverizadas no MS,⁵¹ como destaca

um dos entrevistados: “Na área de vigilância epidemiológica, o que eu acho importante é (...) o conceito de vigilância à saúde” (Entr.2).

⁴⁹ *Informe Saúde*, Ano VII, n.205 (4ª semana de mar/2003).

⁵⁰ Balanço das Ações do MS – 2003.

⁵¹ CFM (jan/2003); http://www.fiocruz.br/ccs/revista/n2_jun03/sergio_arouca.htm. Entrevista 26/06/2003) – Entr.6.

Vigilância Sanitária

A nova gestão iniciou a implementação de novas medidas de Vigilância Sanitária (Quadro 5), criando um grupo interministerial composto por sete ministros para discutir a questão dos transgênicos. No entanto, poucos meses depois, em mais uma ação polêmica, foi liberada a comercialização da safra de soja transgênica, o que gerou protestos por parte do Greenpeace. Segundo esta ONG, o produto não foi devidamente testado, o que não dá respaldo à sua liberação.⁵²

O primeiro semestre de 2003 foi marcado por uma série de escândalos na indústria farmacêutica e o relato de casos de cegueira e morte pelo uso de medicações irregulares, como o colírio Methy Lens Hipoc e o contraste Celobar. Como consequência de muitos lotes de medicamentos terem sido identificados com irregularidades e dos laboratórios terem sido ameaçados de perder as suas licenças de funcionamento, a ANVISA, através da publicação de 18 resoluções, trouxe novas regras para o registro e a comercialização dos medicamentos visando aumentar a segurança,

qualidade e eficácia dos mesmos.⁵³ Publicou, via resolução RDC n.33/03, a nova classificação de resíduos hospitalares e as novas regras para o acondicionamento e descarte desses resíduos.⁵⁴

Vale ressaltar que, embora algumas ações tenham sido realizadas para o controle de riscos, não foram observadas medidas efetivas contra os determinantes: “*o que vai continuar sem se conseguir é o impacto sobre os determinantes da saúde*”.

EM MAIS UMA AÇÃO POLÊMICA,
FOI LIBERADA A COMERCIALIZAÇÃO
DA SAFRA DE SOJA TRANSGÊNICA,
O QUE GEROU PROTESTOS POR
PARTE DO GREENPEACE

Parte dessas intervenções poderia ser realizada mediante ações intersectoriais em saúde, como afirma o mesmo entrevistado: “*(...) a saúde precisa muito da intersetorialidade*”. Ele reforça que “*trabalharia*

frente às áreas de risco (...) e às áreas de piores condições de vida, com medidas de impacto de promoção à saúde” (Entr.2).

Assistência farmacêutica

O MS iniciou a execução de ações para melhorar a assistência farmacêutica à população (Quadro 6). Uma das medidas implementadas consiste no aumento do financiamento federal *per capita* de R\$1,00 para R\$2,00 nas cidades onde o Projeto *Fome Zero* já está sendo implantado. Outra corresponde à Lei 10.742/03 e estabelece que, a partir de 2004, o ajuste de preços só ocorrerá uma vez por ano, sempre no mês de março, obedecendo a critérios definidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Em relação à política de medicamentos, outras medidas podem ser mencionadas tais como criação da farmácia popular, investimento na produção dos laboratórios oficiais, aumento do repasse para a assistência farmacêutica básica e flexibilidade das patentes dos remédios.⁵⁵ A auto-suficiência em medicamentos básicos, hemoderivados e vacinas é, também, uma meta do governo.⁵⁶ Já os medicamentos ge-

⁵² *A Tarde* (19/02/2003 e 07/05/2003).

⁵³ *A Tarde* (07/06/2003); *IstoÉ*, p.44 a 46 (22/06/2003).

⁵⁴ *A Tarde* (07/03/2003); *Saúde Brasil*, n.84 (03/2003).

⁵⁵ *A Tarde* (31/01/2003; 02/02/2003; 02/03/2003; 18/05/2003; 30/05/2003; 12/06/2003; 23/06/2003); *Folha de S. Paulo* (25/03/2003); *IstoÉ* (30/04/2003); *CFM* (01/03/2003); *Informe Saúde* ano VII, n.199 (fev/2003). Balanço das Ações do MS – 2003. www.saude.gov.br; Brasília, acesso em 17/05/2004. *A Tarde* (9/6/2004 e 11/6/2004). *Folha de S. Paulo* (08/06/2004). www.anvisa.gov.br.

⁵⁶ *A Tarde* (22/02/2003); www.ensp.fiocruz.br/public/radis. Acesso em 04/03/2003.

néricos, continuam a enfrentar um *lobby* cujo objetivo, ainda que dissimulado, é reduzir sua credibilidade. Além de não terem alcançado a taxa de venda esperada pelo mercado, os mesmos sofrem concorrência dos de marca, que algumas vezes chegam a ser mais baratos que os próprios genéricos.⁵⁷

Assistência Médica Suplementar

Dentre os diversos fatos referentes à Saúde Suplementar ocorridos nessa conjuntura, destaca-se a instalação de uma CPI com o objetivo de investigar irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde, além de descobrir por que as mesmas são campeãs em reclamações dos usuários junto ao Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC).⁵⁸ Levantou-se a discussão em torno da dívida das empresas da saúde suplementar pelo não-ressarcimento ao SUS do atendimento de seus clientes na rede pública, bem como a necessidade de a CPI adquirir dados mais completos por meio do acesso às planilhas de custos das maiores empresas. Questionou-se, ainda, a importância de se desenvolver um melhor fluxo dessas informações de forma permanente.⁵⁹

Neste contexto, o papel da ANS passou a ser rediscutido, já que o governo menciona a necessidade de rever o papel das agências reguladoras que, segundo o ministro da Saúde, teriam assumido tarefas exclusivas de governo.⁶⁰ No Quadro 7,

constata-se que os fatos ocorridos não aparentam uma relação direta com a ação do MS, expressando a ausência de proposições consistentes do então candidato à presidência da República em relação aos planos privados.

QUADRO 6 – Assistência Farmacêutica: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do programa de governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Estímulo à criação de farmácias populares e fortalecimento de laboratórios oficiais	Proposta de ampliação da assistência farmacêutica e de auto suficiência em medicamentos Implantação de farmácias populares
Realização de ampla discussão com a sociedade sobre a Lei de Patentes e suas consequências	Defesa da flexibilidade das patentes dos remédios
Avaliação do MS sobre composição dos preços comercializados no país a fim de evitar aumentos abusivos	Liberação de preços de remédios que não exigem receita médica e prorrogação do ICMS para medicamentos utilizados em doenças crônicas e raras Alteração do ICMS para medicamentos utilizados em doenças crônicas e raras. Lei 10.742/03
Reformulação e ampliação dos genéricos	Sem identificação de notícias.

QUADRO 7 – Assistência Médica Suplementar: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do programa de governo Lula	Fatos produzidos na conjuntura
Regulação das ações e serviços suplementares	Instauração de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos planos de saúde pela Câmara dos Deputados. Revisão do papel de agências reguladoras Divulgação de resultados de pesquisa sobre planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Controle Social

O controle social no SUS tem tido perspectivas de fortalecimento (Quadro 8). Nesse contexto, o Conselho

Nacional de Saúde (CNS), em conjunto com o MS, planeja a criação de um Código de Direitos dos Usuários do SUS, o desenvolvimento de uma ou-

⁵⁷ *A Tarde* (18/02/2003; 25/01/2003; 18/05/2003).

⁵⁸ *CFM* (06/03/2003; 07/03/2003). *CFM*, Ano XVIII, n.143 (05/03/2003; 06/03/2003).

⁵⁹ *CFM* (06/03/2003; 07/03/2003); *Folha de S. Paulo* (31/05/2003; 24/02/2003).

⁶⁰ *CFM* (07/03/2003); *Veja* (03/03/2003). *A Tarde* (03/03/2003; 25/01/2003).

vidoria e o estabelecimento de punições para os transgressores. O código pretende seguir os moldes do Código de Defesa do Consumidor e visa melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, conferindo-lhe esclarecimentos sobre os seus direitos.⁶¹

Houve também a criação da Secretaria de Gestão Participativa que visa maior relação entre o governo e a sociedade, buscando fortale-

cer a gestão democrática do SUS. O MS também já aprovou a continuidade e a ampliação da capacitação de novos conselheiros de saúde. Além disso, realizou-se a XII Conferência de Saúde Sérgio Arouca, em caráter extraordinário,⁶² da Conferência Nacional de Saúde Bucal e da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde.⁶³

ras de planos de saúde (Entr.3); aumentar sua participação nos PSF e voltar mais sua atenção para os pequenos municípios (Entr.4); aumentar os quadros dos hospitais de pequeno porte, especialmente os localizados nos pequenos municípios (Entr.6); melhorar a administração da saúde e dos recursos com ênfase para a área preventiva (Entr.7).

Enfatizam, ainda, diferentes aspectos da política de saúde, com pontos convergentes, tais como a implantação do PSF e a melhoria da atenção à assistência básica. Contudo, alguns deram prioridade a outros tópicos: melhorar o SUS (Entr.1), com destaque para a acessibilidade e o trabalho em áreas de risco (Entr.2); fiscalização das 115 faculdades de medicina do Brasil (Entr.3); intervenção na mortalidade infantil através da vacinação e de medicina preventiva (Entr.4); reorganização dos sistemas de referência e contra-referência (Entr.5); implementação da reforma psiquiátrica, alteração da situação dos hospitais universitários, mudanças na atenção da urgência e emergência, integração das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e fortalecimento dos espaços de controle social e participação popular (Entr.6).

As limitações de ordem econômica, como dificuldades de captação

QUADRO 8 – Controle social: Programa do Candidato Lula e fatos produzidos de janeiro de 2003 a junho de 2004

Proposições do programa de governo Lula	Fatos correspondentes
Ampliação e Fortalecimento do Controle Social.	Código de Direitos dos Usuários do SUS, Capacitação de Conselheiros Criação da Secretaria de Gestão Participativa
Conferências de Saúde como prática regular para avaliação da situação de saúde	Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca (2003), da Conferência Nacional de Saúde Bucal e da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004)

Posição de dirigentes de instituições públicas de saúde e pesquisadores da área de saúde coletiva face à conjuntura

De modo geral, os entrevistados concordaram que as propostas do Governo Lula estão refletindo as necessidades da população brasileira. Para um entrevistado em particular, “o que pode existir são lacunas, na medida em que o programa não pode cobrir todos os aspectos que poderiam ser abordados” (Entr.6).

Contudo, muitos deles acrescentam pontos que consideram im-

prescindíveis: fazer mais pesquisas voltadas para as necessidades do SUS (Entr.1); garantir a integralidade do SUS, equacionar os pontos referentes à promoção da saúde e intervir nas causas (Entr.2); estabelecer um plano de carreira para o médico que vai trabalhar no SUS, uma relação trabalhista estável para os médicos que estão fazendo parte dos PSF, o embargo da abertura de novas faculdades de medicina, o respeito à emenda 29 e o reajuste das tabelas do SUS e das operado-

⁶¹ Folha de S. Paulo (06/02/2003); Informe Saúde (02/03/2003).

⁶² www.ensp.fiocruz.br/publi/radis (Acesso em 04/03/2002), www.ensp.fiocruz.br/publi/radis (Acesso em 03/03/2003).

⁶³ Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília, 2004. 306p.

e distribuição de recursos para a saúde, foram os itens mais citados pelos entrevistados como obstáculos à implementação das propostas do governo na saúde. Ainda relativo aos aspectos econômicos, há o relato de alguns entrevistados de que o governo favorece a política econômica em detrimento do social. Também os aspectos de ordem administrativa (tempo despendido com a organização da equipe política e reestruturação do Ministério da Saúde), limitaram a implementação das políticas, segundo acreditam alguns entrevistados. Outros aspectos foram citados isoladamente, dentre eles a lentidão na implementação de outras políticas sociais necessárias à implementação de medidas de saúde; a fragilidade dos mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditorias; o grau de educação da população brasileira; e a falta de um mecanismo direto de comunicação na cadeia hierárquica que torne as decisões e o retorno das ações mais ágeis.

DISCUSSÃO

Ao se utilizar como fonte de dados publicações técnicas e oficiais, mídia e entrevistas com atores sociais, cabe considerar possíveis limitações metodológicas. No caso da mídia, embora possibilite trazer para a esfera pública parte do que ocorre nos bastidores da política,

suas informações são orientadas pela política editorial do jornal, enquanto os documentos oficiais e as informações contidas em *sites* tendem a revelar fatos de interesse do governo ou suas versões. Contudo, o confronto entre as informações obtidas, a partir de documentos técnicos e oficiais, e as divulgadas através da mídia, além da opinião de entrevistados, podem, de algum modo, reduzir a possível tendenciosidade dessas fontes.

PELA PRIMEIRA VEZ NA HISTÓRIA DA REPÚBLICA, TODOS OS CANDIDATOS À ELEIÇÃO PRESIDENCIAL DE 2002 APRESENTARAM PROPOSTAS VOLTADAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

No caso das entrevistas, é possível a ocorrência de situações em que o entrevistado não esteja atualizado acerca do tema, exibindo inconsistências em seu depoimento. Daí terem sido selecionadas pessoas de diferentes inserções político-institucionais visando contornar tais dificuldades. Mesmo assim, certa objeção pode ser levantada pelo fato de a maioria dos entrevistados se restrin-

gir a uma unidade da Federação, ainda que um deles exerça à época da entrevista um cargo dirigente no Ministério da Saúde e outro já tenha sido ministro da Saúde. Cumpre ressaltar que os demais, mesmo morando e atuando em nível estadual, têm expressão nacional e são personalidades capazes de fornecer uma visão menos fragmentada da realidade, além de se encontrarem inseridos no processo político de saúde do país. Essas personalidades podem ser consideradas integrantes de uma “comunidade de atores” (VIANA, 1997), ou seja, atores sociais que, enquanto sujeitos (individuais ou coletivos), participam do processo político em saúde (TESTA, 1997).

Quanto à análise, o recurso às matrizes e às unidades temáticas impôs uma busca exaustiva dos fragmentos do discurso, tanto nos textos publicados quanto nas entrevistas transcritas, evitando-se que certos fatos ou representações dos entrevistados fossem privilegiados em detrimento de outros. Assim, o estudo revela a riqueza da conjuntura examinada e aponta fatos de grande importância para as políticas de saúde no Brasil.

De início, cabe ressaltar que, pela primeira vez na história da República, todos os candidatos à eleição presidencial de 2002 apresentaram propostas voltadas para o fortalecimento do SUS,⁶⁴ com equidade, integra-

⁶⁴ Coligação Lula Presidente, 2002; Coligação Frente Trabalhista, 2002; Coligação Grande Aliança, 2002; Coligação Frente Brasil Esperança, 2002. www.lula.org.br/assets/caderno_saude.pdf.

lidade e participação social, embora já se ressaltassem as restrições impostas pela política econômica como um dos grandes desafios para a concretização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Assim, as políticas de saúde nos primeiros meses do Governo Lula viveram essa contradição: enquanto o Ministério da Saúde buscava concretizar o programa setorial do governo, este impunha restrições financeiras, a exemplo do maior contingenciamento em termos absolutos entre os ministérios (1,6 bilhões de reais) e cortes no orçamento atingindo a área social, como Saúde, Educação, Trabalho e Assistência Social.⁶⁵ A inclusão de 3,5 bilhões de reais do Fome Zero no orçamento da Saúde de 2004 representou uma forma de burlar a EC-29 e a Resolução 316 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002), revelando que o financiamento continua sendo um entrave para a melhoria da saúde, comprometendo a premissa básica do SUS: a universalização.

Entretanto, as ações referentes à atenção básica demonstraram o compromisso do governo com a manutenção de uma das principais políticas de saúde da gestão passada, independente de questões partidárias. Com a implantação do PRO-ESF e aumentando as equipes de saúde bucal (ESB), o governo visa ampliar a assistência, e estimular a mudança das práticas de saúde.

Foram mantidos programas especiais, referentes ao tabagismo e à Aids, mas não foram encontrados fatos que evidenciassem a atenção à população negra e aos portadores de deficiência, propostas no programa de governo. Quanto à mulher, verificou-se um esforço do governo em enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica.

No que diz respeito à tuberculose, as medidas adotadas com base no DOTs procuram evitar a re-

O FINANCIAMENTO CONTINUA
SENDO UM ENTRAVE PARA A MELHORIA
DA SAÚDE, COMPROMETENDO A
PREMISSA BÁSICA DO SUS:
A UNIVERSALIZAÇÃO

sistência medicamentosa e aumentar a adesão do paciente ao tratamento. É preciso, no entanto, assegurar a cobertura de atenção para os casos já diagnosticados, viabilizando o sucesso desta intervenção.

Embora as ações sobre as doenças transmissíveis sejam justificáveis, a análise do perfil epidemiológico do país aponta outras enfermi-

dades e agravos, tais como violência e as doenças crônico-degenerativas que ocupam lugar de destaque dentre as causas de mortalidade (BARRETO & CARMO, 2000), merecendo, também, uma atenção da Vigilância em Saúde.

Com base na Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1999), que visa garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, o governo mostrou-se disposto a cumprir estes propósitos, baixando portarias que aumentam a fiscalização e o controle dos medicamentos. Além disso, fez cumprir a lei já existente, penalizando os laboratórios irregulares; buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares.

Em uma avaliação realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacou-se como desafio para o desenvolvimento do SUS a subordinação das agências reguladoras, como a ANS, às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais (BRASIL, 2002). Contudo, o governo tem-se mostrado omissivo ou tímido em relação ao controle e regulação da saúde suplementar. Após o Supremo Tribunal Federal decidir em 2003 que os usuários de planos de saúde

⁶⁵ *A Tarde* (12/02/2003).

⁶⁶ *Folha de S. Paulo*, 3/10/2004, p.A5.

de, com contratos anteriores à Lei 9.656, não teriam as garantias desta lei, o governo estabeleceu um programa de mudança dos contratos antigos para a migração dos usuários, enquanto as operadoras chegaram a apresentar em 2004 índices de reajuste de até 85%. Só depois que decisões nos âmbitos estaduais da Justiça determinaram um limite de 11,75%, o governo conseguiu uma liminar federal contra operadoras e a ANS passou a multá-las.⁶⁶

Por fim, no que se refere ao controle social, observa-se um saldo positivo visto que o governo já tomou medidas relativas a propostas de campanha, voltadas para a participação popular na gestão do SUS. A realização de conferências de saúde e o compromisso do ministro da Saúde de acatar as suas proposições são fatos importantes para o desenvolvimento de políticas de saúde de caráter democrático.

Em relação aos recursos humanos, um ponto destacado pelos entrevistados foi a falta de uma política específica que atenda às necessidades do SUS e de um plano de carreira para os profissionais da saúde integrados ao PSF, objeto de reiteradas propostas do movimento sanitário tais como: estabelecimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS com administração descentralizada e incen-

tivos inversamente proporcionais às vulnerabilidades sociais; multiplicação das oportunidades de capacitação, progressão funcional e educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; estabelecer modalidades de cooperação entre trabalho profissional de saúde e ações de voluntariado do terceiro setor em benefício da população e não para mascarar a desvinculação e precarização ocupacional (ABRASCO & CEBES, 2002, p.293).

Enfim, as políticas de saúde dos primeiros 18 meses de Governo Lula, ainda que coerentes com o programa do candidato e com a Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2002), sofreram fortes constrangimentos políticos e econômicos, revelando o caráter contraditório da composição do governo e a ambigüidade das políticas públicas implementadas,⁶⁷ adotando decisões que contrariavam a proteção da saúde, como as MPs que flexibilizaram a propaganda de cigarros e liberaram a soja transgênica.

REFERÊNCIAS

ABRASCO & CEBES. Em Defesa da Saúde dos Brasileiros. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26, n. 62, 2002. p.290-294.

BARRETO, Maurício Lima & CARMO, Eduardo Hage *Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país*. In: Cadernos da 11ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2000. p.235-259.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.40p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. *1ª Semestre de 2003*. Balanço das Ações. [s.l.]: Ministério da Saúde. 2003a. 24p.

_____. Ministério da Saúde. *SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. 23p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) – (Série Políticas de Saúde).

BUSTAMENTE, Fernando. & PORTALES, Carlos. Evaluación de Políticas y Programas de Salud. In: OPS/CLAD. *Políticas de Salud en América Latina*. Aspectos Institucionales de

⁶⁶ *Folha de S. Paulo*, 3/10/2004, p.A5.

⁶⁷ *Folha de S. Paulo* (07/05/2003). Radis,16:7, dezembro de 2003.

su Formulación, Implementación y Evaluación. Caracas, VE: [s.n.], 1988. p. 79-120.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução No. 316, de 4 de abril de 2002 (diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional No. 29, de 13 de setembro de 2000 - EC29). In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-59 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.80p.

OXMAN, Gastón. Evaluación de Políticas de Salud. In: OPS/CLAD. *Políticas de Salud en América Latina*. Aspectos Institucionales de su Formulación, Implementación y Evaluación. Caracas, VE: [s.n.], 1988. p.53-78.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador, BA: CEPS-ISC, 2002. 446p.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, Maria Zélia & Almeida Filho, Naomar de *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002, v.7, n.3, 2002. p. 431-442.

TESTA, Mario. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy &

Onocko, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997. p.17-70.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para o estudo de políticas sociais. In: Canesqui, Ana Maria *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1997. p. 205-215.

ANEXOS

1. ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Que pontos da política de saúde proposta pelo Governo Lula divergem das reais necessidades da população brasileira?

Que medidas não constam no Programa de Saúde do Governo Lula e o(a) senhor(a) adotaria como política de saúde para a população brasileira?

Dentre as medidas propostas no Programa de Saúde do Governo Lula, quais teriam a implementação priorizada pelo senhor(a)?

Nesses seis primeiros meses de governo, quais fatores o senhor(a) identificou como obstáculos à implementação do programa de saúde proposto?

Quais medidas do referido programa foram ou estão sendo implementadas nos seis primeiros meses de Governo Lula?

Qual o impacto da política de saúde implantada pelo governo até o momento em sua prática de trabalho?

2. LISTA DOS ENTREVISTADOS E RESPECTIVOS CARGOS

1. Hugo da Costa Ribeiro Júnior – Diretor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA).

2. Inês Dourado – Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

3. Jecé Brandão – Presidente do Conselho Regional de Medicina da Bahia.

4. Jorge Solla – Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

5. Ligia Maria Vieira da Silva – Diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA).

6. Roberto Santos – Ex-ministro da Saúde, Presidente do CNPq, Reitor da UFBA, Secretário de Saúde da Bahia, Governador do Estado, Deputado Federal, fundador da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), além de Professor Catedrático de Clínica Médica e Pesquisador da Faculdade de Medicina da UFBA.

7. Sebastião Dias – Secretário de Saúde do Município de Santo Amaro, Bahia.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos entrevistados que gentilmente acolheram a solicitação para colaborarem com o presente estudo, contribuindo com informações e reflexões.