



A saúde nos
programas de governo
dos candidatos a
Presidente da
República do Brasil
nas eleições de 2014:
notas preliminares
para o debate

Mário Scheffer e Lígia Bahia

A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate

Mário Scheffer e Lígia Bahia ^(A)

Introdução

Nas eleições de 2014, as atitudes e pronunciamentos dos candidatos a Presidente da República do Brasil serão orientados pelas pesquisas de opinião de grandes institutos que revelam insatisfação generalizada do brasileiro com a saúde, apontada como o principal problema do país, e pelo espectro dos eventos de junho de 2013, que trouxeram à tona, em meio a uma agenda difusa, o clamor por um sistema de saúde público, acessível e de qualidade.

Um dos efeitos simbólicos mais imediatos dessas manifestações foi a reabsorção da conotação positiva conferida ao Sistema Único de Saúde (SUS), tanto nos discursos político-partidários quanto nos programas de governo. O termo “SUS”, que praticamente havia desaparecido nas eleições de 2010, sendo substituído por uma listagem de obras e programas, retorna à cena política. Em 2014, as proposições dos candidatos para a saúde retomam o SUS, mas não como um projeto político vivo, exigente de questionamentos, articulações políticas e inovações técnicas e institucionais. É como se o SUS fosse um monumento tombado.

Assim, as coalizões político-partidárias, inclusive aquelas situadas em posições historicamente antagônicas nas arenas decisórias das políticas públicas, amalgamaram-se num olhar sobre o passado. O falso consenso em torno do SUS fica evidente na ausência de compromissos programáticos para enfrentar as necessidades e as demandas de saúde. Como se verá mais adiante, os programas dos candidatos à Presidência da República em 2014 expõem a desconexão entre a saúde e o sistema de saúde, reduzindo o SUS a meros processos administrativos.

A marca comum é o deslocamento do protagonismo das políticas sociais como propulsoras de bem-estar e desenvolvimento, que passam a ter o papel coadjuvante nas pautas de consumo individual e alívio da miséria.

Tomando este fio condutor, o presente trabalho analisa as proposições para a saúde contidas nos programas de governo registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE)^(B). O objetivo é subsidiar a reflexão sobre enunciados, exposições sumárias, ações explicitadas, subtendidas e inações (não ações)¹, que possam surgir das propostas dos candidatos e de seus partidos.

(A) MÁRIO SCHEFFER é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP): mscheffer@usp.br; LÍGIA BAHIA é professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): ligiabahia55@gmail.com

(B) Desde as eleições de 2010, a homologação das candidaturas é condicionada à apresentação do programa de governo ou propostas defendidas pelos postulantes aos cargos em disputa. Resolução TSE nº 23.405 de 24 de fevereiro de 2014; Lei nº 12.034, de 29 de setembro de 2009.

Parte-se do pressuposto que a política pode ser compreendida como o curso, a direcionalidade de processos formalizados de formulação e decisão. Mas também as omissões, a filtragem não revelada de temas e os assuntos considerados inadequados apresentam-se ao debate eleitoral.

Procedimentos metodológicos

A principal contribuição de um trabalho sobre a saúde nos programas de governo é o de sistematizar e assinalar pontos comuns e singulares das diversas candidaturas. Busca-se também indicar lacunas, temas ou problemas não abordados, com a intenção de subsidiar a reflexão crítica sobre as visões conceituais de distintos agentes sociais.

Possíveis inferências e ilações sobre as políticas de saúde defendidas pelos candidatos, elaboradas a partir dos documentos registrados no TSE, têm limitações, dentre elas: 1) Os registros podem ser incompletos ou mesmo improvisados, pois teriam como objetivo atender apenas a exigência legal e burocrática; 2) Os programas podem ser modificados durante a campanha para o atendimento de compromissos e acordos com movimentos sociais, entidades empresariais e grupos de interesse; 3) Outros documentos (como a “carta” dos candidatos) costumam oferecer quadro mais revelador, por exemplo, sobre as articulações entre políticas econômicas e sociais ; 4) Ao longo da campanha, os discursos não escritos contribuem para uma construção interativa das propostas e programas de governo; 5) Muitas das propostas poderão ser detalhadas por assessores técnicos em cadernos temáticos, ou mesmo refutadas e substituídas pelas regras e linguagem do marketing eleitoral, para adequá-las a supostos comportamentos ou vontades do eleitorado.

A advertência sobre as restrições de análises, portanto, requer cautela em relação a comparações, omissões e modo de apresentação das proposições. A análise poderá ser aprimorada no futuro, a partir do registro e sistematização de pronunciamentos, entrevistas, materiais promocionais, horário eleitoral gratuito, matérias jornalísticas e outros documentos produzidos pelos candidatos no decorrer do processo eleitoral.

Entretanto, as restrições aos programas depositados no TSE não desautorizam o exame das propostas para a saúde, que podem e devem ser tomadas como *proxies* ou aproximações das intenções dos candidatos. Além disso, o primeiro documento oficial que explicita a plataforma do candidato deve ser visto como ponto de partida de uma prática democrática, na qual os cidadãos eleitores têm o direito de conhecer as ideias dos candidatos desde o início da campanha.

Considerando as linhas de demarcação de uma análise necessariamente preliminar, foram examinados os programas oficialmente registrados no TSE^(C) pelos 11 candidatos (Quadro 1) que disputam a Presidência da República nas eleições de 2014.

O tema, assunto ou menção ao termo saúde foram localizados no conjunto dos documentos e não apenas nos capítulos ou itens específicos. (Anexo)

A seguir as proposições foram agrupadas por eixos temáticos, com o propósito de identificar singularidades e reiterações.

Tomando referenciais do campo da Saúde Coletiva, trata-se de uma sistematização que destaca as principais citações e características das propostas de saúde dos candidatos, mas também

(C) A análise das propostas de saúde dos 11 candidatos a Presidente da República nas eleições de 2014 utilizou com fonte os Programas de Governo, que são documentos públicos registrados e disponíveis no sítio eletrônico do TSE : www.tse.jus.br

oferece subsídios à reflexão, ao buscar compreender as circunstâncias e determinações que contribuem para a presença ou omissão de determinados temas de saúde nos programas de governo.

QUADRO 1

Candidatos ao cargo de Presidente da República do Brasil – 2014

Nome completo	Nome para urna	Número	Partido	Coligação
AÉCIO NEVES DA CUNHA	AÉCIO NEVES	45	PSDB	MUDA BRASIL
DILMA VANA ROUSSEFF	DILMA	13	PT	COM A FORÇA DO POVO
EDUARDO HENRIQUE ACCIOLY CAMPOS	EDUARDO CAMPOS	40	PSB	UNIDOS PELO BRASIL
EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO	EDUARDO JORGE	43	PV	PV
EVERALDO DIAS PEREIRA	PASTOR EVERALDO	20	PSC	PSC
JOSÉ LEVY FIDELIX DA CRUZ	LEVY FIDELIX	28	PRTB	PRTB
JOSÉ MARIA DE ALMEIDA	ZÉ MARIA	16	PSTU	PSTU
JOSÉ MARIA EYMAEL	EYMAEL	27	PSDC	PSDC
LUCIANA KREBS GENRO	LUCIANA GENRO	50	PSOL	PSOL
MAURO LUÍS IASI	MAURO IASI	21	PCB	PCB
RUI COSTA PIMENTA	RUI COSTA PIMENTA	29	PCO	PCO

Fonte: Tribunal Superior Eleitoral (TSE)

Defesa do SUS: um consenso vazio

O tom e conteúdos laudatórios ao SUS estão presentes nos programas de cinco candidatos (Quadro 2). No entanto, a reverência ao SUS, assimilado como conquista, é desproporcional às fragmentadas ou inexistentes propostas para a sua efetivação.

À primeira leitura, tomando apenas os três candidatos mais bem posicionados na disputa, em uníssono, seus programas não poupam superlativos ao se referirem ao SUS: *“a maior rede de saúde pública do mundo”* (Dilma Rousseff); *“uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil”* (Aécio Neves); *“algo quase único em termos de cobertura no mundo”* (Eduardo Campos).

O programa de Dilma Rousseff insinua problemas em relação a *“sobreposições de atribuições entre entes federativos”* e o de Eduardo Campos obstáculos em termos de acesso e qualidade, ao mencionar o *“redirecionamento para um sistema mais humano, personalizado, rápido e que ofereça respostas às demandas de todos os brasileiros”*. O programa de Aécio Neves menciona o fortalecimento do SUS.

A constatação de problemas e a necessidade de retomar o SUS aparece no programa de Luciana Genro, que deixa nas entrelinhas o desvirtuamento das *“funções originais do SUS”*. A concepção de Eduardo Jorge sobre o SUS reafirma a dimensão da criação de uma nova institucionalidade para a saúde na Constituição de 1988. Os demais candidatos não fazem defesa explícita do SUS.

Nenhum dos programas, nem os apologéticos nem o que menciona a urgência de retomada dos preceitos originais propõe meios, estratégias ou mesmo diretrizes para conferir sustentabilidade ao SUS.

Os programas reafirmam compromisso vago com um SUS indefinido em termos de abrangência e garantias de acesso e utilização de serviços. E desvinculam o sistema de saúde das ações para melhorar as condições de vida da população.

O significado do SUS passa a ser exclusivamente o de cobertura assistencial e não o de uma das expressões do *“direito de ter direitos”*, do direito de cidadania. A noção de prevenção a riscos não é mobilizada, nem tampouco a extensão das coberturas se transformou em questionamento ou problema. Os conceitos de SUS, sobretudo nos programas dos candidatos mais bem posicionados na disputa, pressupõem que o sistema de saúde é apenas uma rede de serviços assistenciais e oferta de algumas ações de saúde, congelado no tempo.

QUADRO 2

Conceitos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no programa de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil - 2014

AÉCIO NEVES	DILMA ROUSSEFF	EDUARDO CAMPOS	EDUARDO JORGE	LUCIANA GENRO
<p>“O Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, completou 25 anos e continua sendo uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil.”</p> <p>“O fortalecimento do SUS será a permanente prioridade do governo na área da saúde”</p>	<p>“O SUS é, hoje, a maior rede de saúde pública do mundo e tem cumprido um importante papel na universalização do acesso. Reafirmamos nosso compromisso com seu contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido ao seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos”</p>	<p>“O SUS é algo quase único em termos de cobertura no mundo e implica uma noção de cidadania e direito humano que emerge de gerações de lutas populares. Apesar de sua concepção revolucionária e da universalização do serviço de saúde que pretende promover, o SUS precisa ser aperfeiçoado no sentido de considerar o redirecionamento para um sistema que seja mais humano, personalizado, rápido e que ofereça respostas às demandas de todos os brasileiros”</p>	<p>“Passados já mais de 25 anos do início da implantação do SUS, esta é certamente a maior reforma social induzida pela Constituinte 87/88, que visa garantir o direito à assistência à saúde a todos os brasileiros”</p>	<p>“No SUS, efetuiremos uma retomada global de suas funções originais, garantindo atendimento integral a todos de forma gratuita e com qualidade”</p>

Elaboração dos autores. Fonte: Programas dos candidatos registrados no TSE

Financiamento da saúde: sem definição de novas fontes

O subfinanciamento público, obstáculo para que o SUS assegure cobertura universal e atendimento integral, é mencionado no programa de dois principais candidatos de oposição: “os recursos públicos não são suficientes para honrar todos os desafios” (Aécio Neves) e “a política pública de saúde tem sido objeto de subfinanciamento crônico” (Eduardo Campos).

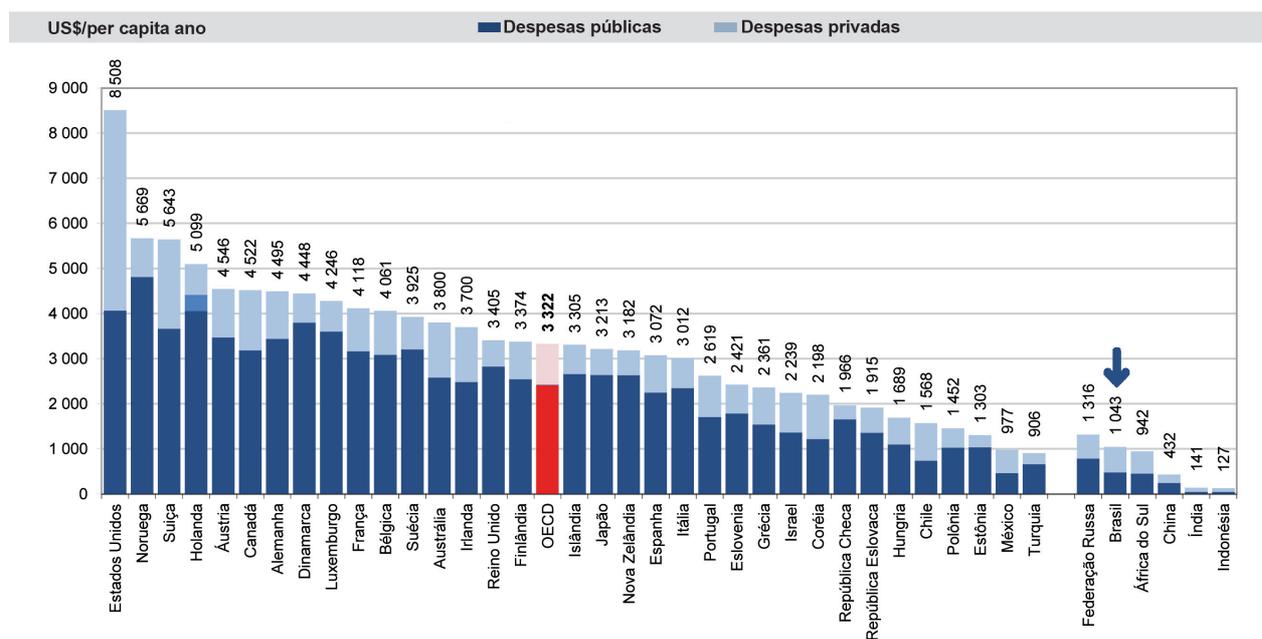
Mas, ambos, vão pouco além de apontar a insuficiência de recursos, e não definem claramente as novas fontes. Também não mencionam como se dará a relação entre as políticas macroeconômicas e sociais. Será superada a política fiscal restritiva dos últimos 20 anos? Neste aspecto, um dos programas, o de Eduardo Campos, prevê “reverter a incidência da DRU (Desvinculação de Receitas da União) no orçamento da Seguridade Social”.

Nenhum candidato assume, nos programas, o compromisso de modificar dois indicadores que demonstram a insuficiência e a distorção do financiamento da saúde no Brasil: o valor per capita/ano para saúde é baixo no país; e os gastos privados são maiores que os públicos.

Nos países desenvolvidos, que mantêm sistemas universais, em média mais de 70% do gasto total com saúde vêm de recursos públicos. No Brasil, apesar da garantia constitucional de um sistema universal, apenas cerca de 44% dos gastos são públicos. (Quadro 3)

QUADRO 3

Nível de despesas de saúde de acordo com países da OECD e países selecionados



Fonte: Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Statistics 2013*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Países com mais gastos de saúde privados (gastos diretos de empresas e famílias com planos de saúde, medicamentos e pagamentos particulares), caso do Brasil, geralmente apresentam mais iniquidades no acesso à saúde, ao perderem a característica redistributiva do financiamento do sistema universal baseado nas taxas de impostos progressivos.

Os candidatos certamente contribuiriam muito para o debate do financiamento se apresentassem suas posições sobre quem deve ser o terceiro pagador na saúde no Brasil. Como não é possível imaginar uma volta do modelo de relação direta – o paciente pagando direto ao prestador –, alguém tem que pagar a conta da saúde: ou o governo, por meio dos impostos e contribuições; ou as empresas, que financiam assistência em saúde para seus empregados; ou os orçamentos familiares.

O Brasil fez a opção formal, constitucional, por um sistema baseado no governo como pagador, por meio de impostos gerais e contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Mas na prática os cinco governos federais mais recentes têm incentivado gastos privados com planos de saúde e medicamentos, e vêm destinando cada vez mais fundos públicos ao setor privado, o que compõe a gênese da segmentação e da estratificação do sistema de saúde brasileiro.

A defesa, por candidatos da oposição, da bandeira de vinculação de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde, soa como registro ou contraponto à rejeição da proposta pelo Governo e Congresso atuais, que ignoraram mais de 2 milhões de assinaturas de uma proposta de iniciativa popular.

A tentativa de conexão com o *Movimento Saúde Mais 10^(D)*, da sociedade civil, aparece no programa de Eduardo Campos (*“apoiar a aprovação do Projeto de Lei Saúde Mais 10, de iniciativa popular”*) e de forma mais genérica no programa de Eduardo Jorge (*“O PV quer se comprometer com os atuais movimentos da sociedade civil que lutam por mais recursos para as políticas públicas de saúde e educação”*).

Aécio Neves fala em apoiar a *“proposta popular dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o setor saúde”*, para logo matizar, *“ou política similar que garanta um crescimento progressivo de financiamento para o setor”*.

O programa de Dilma Rousseff não menciona a vinculação da RCB ao financiamento da saúde. Luciana Genro afirma: *“ampliaremos radicalmente os investimentos públicos em saúde e educação”*. Os demais candidatos falam em *“aplicação de 10% do PIB para a saúde já, cujos recursos poderiam vir do pagamento da dívida pública”* (José Maria de Almeida) e *“extinção de tributos que incidam no sistema de saúde”* (Pastor Everaldo).

Mesmo com a proposta de 10% da RDC para a saúde, aque representaria aporte significativo, o gasto público não chegaria a 5% do PIB, percentual muito inferior a países com sistemas universais que destinam em média mais de 8% do PIB, em recursos públicos para a saúde.

Tão importante quanto revelarem a política de financiamento, seria a declaração dos candidatos sobre como possíveis novos recursos passarão a circular no sistema de saúde, ou seja, como serão utilizados. Nenhum candidato se propôs a refazer as contas da saúde, a começar pela renúncia fiscal no cálculo de imposto de renda de pessoa física e jurídica, empréstimos do BNDES, subsídios e isenções tributárias a planos de saúde; desonerações da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos; enfim, os diversos incentivos econômicos que favorecem a expansão do setor privado, sem nenhuma contrapartida ao sistema universal.

(D) O movimento Saúde Mais 10 reúne entidades na coleta de assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse de 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, alterando a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012. www.saudemaisdez.org.br

Gestão da saúde: nem público, nem privado, muito pelo contrário

Ao lado do financiamento, as modalidades e formatos de gestão ocupam lugar destacado nos debates sobre o sistema de saúde brasileiro.

Os programas dos candidatos a Presidente, entretanto, se isentam de apresentar propostas de diretrizes nacionais sobre a gestão da saúde, tema controverso que incendiou campanhas eleitorais recentes, a exemplo da disputa pela Prefeitura de São Paulo em 2012, quando a continuidade ou não dos contratos firmados com Organizações Sociais (OSs) ganhou espaço na disputa.

A ausência de avaliações independentes que identifiquem vantagens e inconvenientes das diversas formas de gestão tornaram escassas as informações sobre os modelos experimentados no Brasil. O debate polarizado e fortemente enviesado, por um lado pelos negócios abertos com a terceirização da gestão e, por outro, com a defesa das regras do regime jurídico sem a necessária mediação da garantia do direito à saúde, oculta certo esgotamento ou incapacidade desses modelos para dar as respostas necessárias ao aprimoramento e modernização do sistema de saúde.

Surgidas na década de 1990, largamente apresentadas e aceitas sob o signo da experimentação e da emergência, modalidades de gestão da saúde alternativas à administração direta, sobretudo as OSs, ganharam fôlego no Brasil, sob o argumento de que aumentariam a eficiência dos serviços, racionalizando gastos com pessoal e insumos. Também tiveram o propósito de agilizar a administração, facilitar as compras sem licitações e as contratações de pessoal sem concurso público.

Mas, afinal, a administração indireta tornou mais ágil e eficiente a gestão? Solucionou a falta de pessoal e de médicos? Diminuíram as filas? Os serviços são melhores e mais resolutivos? Os usuários estão mais satisfeitos? Houve economia de recursos para o SUS? Melhores resultados de saúde foram alcançados? Contribuíram para assegurar a coesão entre territórios e o acesso a todos os níveis de atenção em todas as regiões e para populações mais vulneráveis?

A falta de respostas a essas, entre outras questões, talvez possa explicar a omissão dos programas em relação à defesa ou crítica da gestão por meio de Organizações Sociais, Parcerias Público-Privadas, Fundações Públicas de Direito Privado, dentre outras modalidades.

Um programa que aborda a gestão, porém sem assumir posição sobre este ou aquele modelo, é o de Aécio Neves, que prevê: *“implantação de iniciativas que melhorem continuamente a gestão do setor, como a autonomia de gestão em todos os níveis das redes de saúde, definição e uso de protocolos, padrões de qualidade e processos otimizados para os controles internos, e otimização do modelo assistencial, com iniciativas que incentivem a desospitalização e a profissionalização do cuidado.”*

Relações e “sobreposições” com estados e municípios

Três programas resvalam no pacto federativo que pretendem para a saúde. Para Dilma Rousseff, *“num país de dimensões continentais, o fortalecimento do municipalismo foi determinante para a gestão eficiente de infraestrutura urbana e rural, principalmente em áreas de forte impacto social e na saúde pública”*. Segue-se, mais adiante, com ares de proposta: *“a melhoria no atendimento e o aumento da Rede de saúde exigirão uma rediscussão federativa que terá o poder de evitar superposição de investimentos e de planejar com mais eficiência a distribuição dos serviços de saúde públicos”*. Aqui o termo “superposição de investimentos” soa enigmático num cenário de flagrante subfinanciamento público federal.

Já Aécio Neves prevê a *“adoção de vários meios para apoiar os municípios na realização de ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis de vida”*.

Por sua vez, no programa de Eduardo Jorge, “os governos estaduais devem ajudar a agrupar municípios em regiões e consórcios para tornar mais eficientes as várias políticas públicas. Queremos descentralização com gestão territorial e intersetorialidade de políticas públicas”; e também o PV: “O governo estadual, articulado com os municípios na gestão territorial, deve garantir: saúde especializada e hospitalar. Algumas tarefas que devem ser essencialmente municipais: promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica e pronto atendimento em saúde.”

Desde a implantação do SUS não faltam regras (Normas Operacionais Básicas – NOBs, Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, Pacto Pela Saúde) para definir as competências de cada esfera de governo e as condições para que estados e municípios possam assumir suas atribuições. As mais recentes^(E) reforçam a importância das Regiões de Saúde com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução dos serviços de saúde; e as Redes de Saúde, um conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência. Nenhum dos programas se compromete com tal reorganização. E há flagrante mistura de planos, com propostas de difícil compreensão, como a atribuição de papéis especializados na prevenção para os municípios e o uso de protocolos e diretrizes clínicas pelos serviços de saúde.

Modelo assistencial: pedaços desarticulados

O que se espera do programa de governo de um candidato a Presidente é que defina diretrizes nacionais claras para a política de saúde do País, que explicita qual modelo de atenção² defende para o sistema nacional de saúde brasileiro, que diga como o sistema de saúde será estruturado para atuar a favor dos indivíduos e das comunidades.

Na eleição presidencial de 2014, o que se vê nos programas são propostas genéricas sobre “pedaços” do sistema de saúde; promessas de intervenções médico-curativas baseadas no atendimento desordenado da demanda espontânea (sobrepondo-se, muitas vezes, às atribuições de estados e municípios); programas pontuais focalizados em ciclos da vida (criança, idoso etc) e em populações específicas (mulheres, pessoas com deficiências etc); menções a políticas transversais (assistência farmacêutica etc); e promoção da saúde reduzida à divulgação de hábitos saudáveis.

Os candidatos passam à margem da integralidade³, pois não esclarecem como farão a integração de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência; como irão garantir a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema; como irão articular políticas públicas e ações intersetoriais que possam ter impacto positivo sobre os determinantes da saúde.

Não se ocupam em demonstrar como irão promover a equidade⁴, seja nas condições de saúde, tão associadas aos padrões de desigualdades sociais, seja no acesso e utilização dos serviços de saúde, que depende de explicitação do modelo de atenção a ser adotado e da forma como a oferta de serviços, públicos e privados, será estruturada.

Desacompanhadas de propostas, há simples citações da noção de saúde que extrapola a assistência médico-hospitalar: “a melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS como pelo crescimento econômico, pela implementação de políticas sociais de combate à pobreza, e pelo aumento do acesso a esgoto e água

(E) Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

tratada” (Dilma Rousseff). E outra: *“a superação da pobreza é de fundamental importância para que possamos alcançar desempenho mais adequado nos indicadores de saúde”* (Eduardo Campos).

Dentre os que mencionam políticas intersetoriais, o programa de Eduardo Campos fala em *“reorientar e integrar políticas setoriais capazes de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida”*. Aécio Neves anuncia *“inovação nas articulações que assegurem enfrentar déficits de educação, saúde, informação, aportes culturais e tecnológicos.”*

E, para Eduardo Jorge, *“é preciso que as outras políticas públicas assumam também suas responsabilidades neste campo da atenção a saúde”*.

Mas ao tentar explicar como se dará essa articulação, os programas são vagos. Aécio fala em articulação da saúde com a assistência social, política de esportes e desenvolvimento da agricultura. Eduardo Campos promete *“articular as políticas de saúde, de assistência social, de educação e de segurança pública”* e, mais adiante, diz que irá *“inscrever a prática de esportes e atividades corporais como parte do conceito de assistência integral à saúde”*.

Já Eduardo Jorge, mais focado na saúde ambiental, promete *“reduzir a poluição do ar proveniente de veículos que usam diesel e gasolina e circulam muitas vezes desregulados pelas cidades; “produzir alimentos orgânicos e saudáveis e, na indústria de alimentos, adotar limites adequados de açúcar, sal e gorduras”; “contrário ao uso de agrotóxicos que prejudiquem a biodiversidade, a saúde dos trabalhadores do campo e a saúde dos consumidores em geral”*.

Sobre o modelo assistencial, os programas de Aécio Neves e Eduardo Campos esbarram em noções instigantes, porém desconectadas de propostas consequentes. O primeiro aborda a promoção de *“um novo modelo com foco no paciente e na continuidade dos cuidados, garantindo a sequência do acesso entre todos os níveis da rede de serviços - do médico de família ao hospital e garantindo a oferta de serviços de qualidade em todo o percurso, com disponibilidade de médicos, demais profissionais de saúde, instalações, equipamentos e medicamentos”*.

O segundo enfatiza a *“promoção da saúde e da prevenção ao alcance de todos, por meio do estabelecimento de uma política efetiva de educação e comunicação pública em saúde”*. O programa de Campos afirma ainda que *“há uma tendência de reprodução no setor público da realidade hoje verificada no setor privado, em que predomina o polinômio especialização, procedimentos de média e alta tecnologia, alto custo de intervenção. Essa configuração, independentemente de sua qualidade técnica, não atende aos preceitos de uma saúde que pretende a universalização”*. Em seguida, na proposta, repete a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) ao propor: *“articular os programas de prevenção e promoção da saúde para que se possa chegar a um modelo de atenção integral à saúde.”*

José Maria Eymael (PSDC) defende um *“Programa de Saúde Pública com foco na prevenção”*

O programa de Aécio Neves chega a utilizar a palavra equidade, reduzida à seguinte proposta: *“Investimento massivo no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico, educação, e compromisso com a maior equidade da oferta dos mesmos”*.

Platitudes e trivialidades que predominam nos programas por certo não dão conta de responder ao momento atual, marcado por forte insatisfação dos brasileiros com o sistema de saúde, já que a população tem dificuldades de acesso, sofre com a má qualidade da assistência e não vê atendidas suas necessidades na hora da dor, do sofrimento e da doença, numa insatisfação generalizada que atinge usuários do SUS mas também aqueles cidadãos que, além de usarem o SUS, são conveniados a planos e seguros privados. A indignação, diga-se, não está apenas nas peque-

nas localidades sem médicos e sem SUS, e ganha maior expressão nas massas dos grandes centros, mesmo onde a rede pública ampliou os serviços e onde existe altíssima concentração de médicos e de clientela de planos de saúde.

Como os candidatos omitem ou abrem mão de apresentar o modelo de sistema nacional de saúde que pretendem, no mínimo esperava-se dos programas propostas concretas sobre como integrar as redes de saúde, reorientar os fluxos, assegurar não só o primeiro acesso, mas a continuidade do cuidado, diminuindo filas e estipulando padrões, como tempo máximo de espera. Obviamente, diretrizes nacionais, sem competir com os Estados, devem coordenar as redes regionalizadas de atenção à saúde; e com os municípios, planejar e executar ações e serviços de saúde.

Na abordagem da organização e da oferta dos serviços de saúde os programas dos candidatos mostram-se rarefeitos. Dois programas usam e abusam de conceitos nucleares de atenção primária: *“porta de entrada do SUS, garantindo que atenda a todas as necessidades de promoção, prevenção e atenção básica da população brasileira”* (Aécio Neves); *“eixo estruturante da organização e articulação de ações, como condição para o acesso àqueles de complexidades mais altas, exceto pelas emergências médicas”* (Eduardo Campos).

Os mesmos programas assumem compromisso com a estratégia Saúde da Família: *“fortalecimento e ampliação do Programa Saúde da Família – PSF - para todo o território nacional, qualificando e ampliando a sua cobertura, incorporando mais profissionais e profissões”* (Aécio Neves); e *“fortalecer e aprimorar o Programa da Saúde na Família, visando estimular seu potencial humanizador do cuidado no atendimento, assim como promover a formação de profissionais de saúde nesse sentido, com prioridade para médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários”* (Eduardo Campos).

Já o programa de Dilma Rousseff não cita a atenção primária, preferindo focar no pronto atendimento (*“ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, destinadas ao atendimento de emergências de baixa e média gravidade*); na atenção secundária (*“extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares”*), na urgência, emergência e atendimento pré-hospitalar (*“fortalecimento e a ampliação do SAMU”*).

Aécio Neves também aborda a atenção secundária ao anunciar a *“continuidade do cuidado para exames, ambulatorios e hospitais, garantindo o acesso da população aos atendimentos de maior complexidade com especialistas e aos exames e assistência hospitalar de forma mais simplificada e ágil”*, e ainda, a *“implantação de redes de atendimentos para as urgências e emergências médicas”*.

O programa de Levy Fidelix defende a *“duplicação dos postos de atendimento ambulatoriais e de emergências e pronto-socorros em todos os municípios brasileiros, com aquisição de milhares de ambulância e novos equipamentos médicos”*.

Nenhum candidato menciona a atenção terciária, hospitalar e a alta complexidade.

Não há esforço em apresentar propostas que consideram os serviços de saúde articulados em redes com níveis de complexidade crescente, capazes de dar respostas à promoção, proteção e recuperação de saúde, com definição do papel dos setores público e privado nesta organização.

As plataformas dos candidatos tratam de obviedades: a APS deve ser a porta do sistema de saúde; a Saúde da Família é uma estratégia em parte bem sucedida, de rápida expansão e bom custo-efetividade, que influenciou positivamente no acesso aos serviços e na saúde dos brasileiros; os serviços especializados são um gargalo do SUS, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado dá preferência aos planos de saúde.

Apregoa-se a coordenação e a continuidade do cuidado mas, contraditoriamente, defendem estruturar subsistemas paralelos com sobreposições de portas de entrada.

Assim, seguem sem respostas questões cruciais ignoradas pelos programas: como evitar que UPASs e AMAs passem a competir predatoriamente com a atenção primária? Como contornar, na estratégia Saúde da Família, a baixa resolutividade, a fragilidade institucional e gerencial, a carência de estrutura, a falta de pessoal e a precarização das relações de trabalho? Como garantir acesso sem interrupções? Como organizar e articular a assistência farmacêutica com o restante do sistema? A atenção secundária pode e deve ser regulamentada a partir do nível nacional do sistema? Como impedir que os procedimentos de média complexidade sejam preteridos quando há maior interesse nos procedimentos de alto custo? Como integrar a atenção básica, a vigilância em saúde e os serviços especializados e de emergência? Como otimizar a gestão clínica, a promoção de saúde e o uso racional dos recursos? Como estimular, avaliar e divulgar informações sobre qualidade dos serviços e do sistema de saúde?

Os programas desprezam o texto constitucional que afirma que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que levem à diminuição do risco de doença e de outros agravos e que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

Não são apresentadas pelos candidatos as metas sanitárias, ou seja, o que o governo fará concretamente para produzir saúde; promover, restaurar e manter a saúde da população; para diminuir adoecimentos e mortes; para incidir sobre os determinantes associados aos problemas de saúde evitáveis e passíveis de intervenção; e como os outros setores do governo incluiriam nas suas políticas questões relacionadas à saúde.

Neste aspecto, o programa de Aécio Neves apenas se refere ao *“enfrentamento adequado das enfermidades que geram a maior carga de mortalidade e para as quais contamos com medidas de intervenção de efetividade comprovada, como cardiovasculares; diversos tipos de câncer; traumatismos; envenenamentos, respiratórias; diabetes e hipertensão”*. Mais adiante prevê *“atenção adequada aos problemas decorrentes do envelhecimento e das mudanças da sociedade, geradores de problemas de saúde que diminuem a qualidade de vida das pessoas, produzindo incapacidade, dor e angústia, como a perda de capacidade funcional do idoso; a violência doméstica contra mulheres e crianças; os problemas de saúde mental; o uso de drogas; as enfermidades osteoarticulares e a obesidade infantil”*. E também anuncia: *“melhora dos avanços sanitários alcançados, reduzindo as taxas de mortalidade infantil e materna”*.

O programa de Eduardo Campos igualmente afirma que: *“O Brasil passa por importante transição demográfica – com grande quantidade de jovens, estabilização do crescimento e tendências de envelhecimento – que resultará em inúmeros reflexos no sistema de seguridade e na garantia de bem-estar para a sua população”*

Os programas não apresentam respostas para o enfrentamento dos grandes desafios atuais do sistema de saúde brasileiro, que precisa se adaptar para atender as mudanças demográficas, o envelhecimento da população, com perspectivas de crescimento de custos com assistência contínua e com medicamentos; e as mudanças epidemiológicas, com um perfil de morbidade caracterizado pela crescente prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis, e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade mas também a persistência de doenças parasitárias, infecciosas, mortes maternas e óbitos infantis

por causas consideradas evitáveis, crescimento das causas externas em decorrência do aumento de violências e dos acidentes de trânsito. Enfim, permanece em aberto quais são as propostas e os compromissos objetivos dos candidatos para integrar um sistema capaz de dar conta das reais necessidades de saúde.

Programas, ações, campanhas: em busca de “marcas”

Ações e programas focalizados de saúde deveriam estar inseridos e comprometidos com modelos assistenciais previamente definidos. Um programa consiste em ações planejadas ao longo de um período de tempo, as ações desempenham papel específico (como as ações de vigilância), e as campanhas são ferramentas da promoção à saúde.

Em busca de possíveis “marcas” da gestão, programas, ações e campanhas de saúde surgem ao léu nas plataformas de governo registradas pelos candidatos no TSE.

O candidato Aécio Neves, ao longo de seu programa, cita várias ações programáticas: combate ao aumento da obesidade, combate ao tabagismo, promoção da alimentação saudável no meio escolar, política de hemoderivados, “retomada” da prioridade do programa de HIV/aids.

Aécio anuncia programas especiais para a saúde de idosos, adolescentes e jovens; atendimento integral à mulher e à criança vítimas de violência; políticas de atenção à primeira infância que fortaleçam as famílias e o desenvolvimento da criança de zero a 3 anos”. No programa de Eduardo Campos consta: *“atenção à primeira infância articulada com as áreas de educação, saúde e assistência social, apoiar a criação de creches com instalações apropriadas, condições de higiene e profissionais qualificados”*.

Eduardo Jorge defende o *“planejamento familiar como um direito básico que precisa ser ofertado extensa e generosamente a todas as pessoas. Está incluída a opção por esterilização voluntária.”* E aponta, como outras prioridades, atenção à *“hipertensão, diabetes, obesidade, vida saudável para os idosos, poluição do ar, violência, dependência de drogas legais ou ilegais”*.

Aécio dá destaque aos mutirões da saúde, que é marca de alguns governos do PSDB: *“promoção da retomada já no primeiro ano de governo, em caráter emergencial, em parceria com os estados, municípios, entidades médicas e com a sociedade, dos mutirões para reduzir as filas de espera de cirurgias eletivas”*.

A plataforma de Dilma Rousseff não destaca temas ou populações a serem assistidas, mas as marcas e feitos de programas implantados nas gestões do PT: Mais Médicos, Aqui Tem Farmácia Popular, Programa Brasil Sorridente e Unidades de Pronto Atendimento-UPA.

Pode ser considerado um bom sinal que nenhum programa tenha reivindicado para si, como marca da gestão, o *“reajuste da tabela SUS”*, modelo ultrapassado que deve ser substituído pela contratualização de serviços que privilegiem a atenção integral do paciente e não a cobrança por procedimentos isolados, o que tem gerado defasagens e distorções. O programa de Aécio chega a mencionar a remuneração dos prestadores, mas não apresenta uma saída: *“a baixa remuneração pela prestação dos serviços, seja das redes pública, filantrópica ou privada complementar, precisa ser rediscutida com urgência, porque causa ineficiências e compromete a qualidade assistencial.”*

Ainda na busca por possíveis marcas, o programa do PSDB lança a *“instituição do Cartão-Cidadão da Saúde, em articulação com o cadastro nacional único, que dará a garantia de acesso a qualquer brasileiro a uma rede de saúde pública ou privada.”*

Não fica clara a diferença entre esse cartão e outro já existente, o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS, que se propõe a organizar dados e possibilitar a comunicação sobre o atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Sem implantação definitiva até hoje o Cartão SUS foi concebido desde a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, em 1996.

Vários programas enfatizam políticas voltadas para populações mais vulneráveis, que guardam relação com as políticas de saúde. Aécio Neves anuncia *“protocolos de prevenção ao Racismo e discriminação por orientação sexual”*; *“defesa e acesso a todos os direitos sociais das comunidades afrodescendentes, indígenas, quilombolas, ciganas e LGBT”*.

Dilma Rousseff ressalta a *“luta pelos direitos humanos como prioridade, até que não existam mais brasileiros tratados de forma vil ou degradante, ou discriminados por raça, cor, credo, sexo ou opção sexual (sic)”*.

Eduardo Campos defende que *“uma sociedade plural como a nossa deve assumir de forma integral o direito à diversidade, considerando indígenas, quilombolas, negros, mulheres, juventude, LGTBs, pessoas com deficiência, populações das periferias urbanas e outros grupos e minorias”*.

Eduardo Jorge fala do *“reconhecimento dos direitos dos povos indígenas”*; *“liberdade de orientação sexual, apoio ao direito ao casamento e adoção de crianças por casais do mesmo sexo e que haja a criminalização da homofobia como já acontece com o racismo”*; *“quanto aos negros, o PV é o partido dos ideais de André Rebouças e Luís Gama”*. O candidato do PV também defende a inclusão social dos portadores de deficiências.

Rui Costa Pimenta (PCO) anuncia que vai *“defender a saúde do povo Negro”*; e Luciana Genro afirma que *“a sociedade brasileira é composta na sua maioria por negras e negros nos impondo o desafio urgente de combater o racismo, erradicar as diferenças e a apartação existentes.”*

Medicamentos e tecnologias: sem respostas para a sustentabilidade do SUS

A Assistência Farmacêutica surge timidamente nos programas, o que não corresponde à relevância do tema para o sistema de saúde brasileiro. Sexto país no mercado mundial de medicamentos, o Brasil tem mais de 60% do faturamento interno nas mãos de empresas de capital estrangeiro, sendo que várias classes terapêuticas fundamentais estão concentradas nas multinacionais, com baixa atuação dos laboratórios oficiais e nacionais no desenvolvimento de princípios ativos e produção de fármacos em escala. Soma-se o fato de que os gastos com medicamentos são o principal componente do gasto com saúde das famílias brasileiras (41% na Pesquisa de Orçamento Familiar –POF/IBGE-2009), sem contar a demanda concentrada: as classes de maior renda (49% da população) consomem 84% da produção total de medicamentos, as de renda mais baixa (51% da população) consomem 16% da oferta total, gerando iniquidades.

São as seguintes as menções dos programas à política de medicamentos: *“ampliação do acesso da população a medicamentos”* (Dilma Rousseff); *“retomada da política de produção de medicamentos genéricos e apoio aos laboratórios oficiais na produção desses medicamentos, como forma de reduzir o custo e aumentar o acesso da população a medicamentos”* (Aécio Neves); *“ampliar a capacidade de prevenção da Vigilância Epidemiológica visando evitar o excesso de gastos em medicamentos”* (Eduardo Campos); *“desburocratização da importação e extinção de todos os tributos que incidam em medicamentos, aparelhos e materiais médicos”* (Pastor Everaldo).

Não há alusões à incorporação tecnológica na saúde, à expansão e ao volume na utilização de tecnologias, com consequente aumento dos custos do sistema de saúde, considerando o déficit

gerado pela forte dependência do Brasil em tecnologias importadas, medicamentos, equipamentos médicos e insumos.

Os programas ignoram que o desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde⁵ requer investimento na política industrial e qualificação da atuação do Estado, com intensificação do uso de seu poder de compra de medicamentos e insumos, assim como o estabelecimento de parcerias de transferência de tecnologia e investimento prioritário nos laboratórios públicos nacionais.

Neste quesito, o programa de Aécio Neves fala genericamente em *“fortalecimento e ampliação do complexo produtivo da saúde no Brasil, investindo no desenvolvimento de uma política de ciência, tecnologia e inovação e no fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e dos laboratórios farmacêuticos”*

Outra polêmica ignorada pelos candidatos é a da revisão da lei de patentes⁶, no sentido de tornar a legislação mais eficiente na defesa dos interesses de saúde pública, com repercussão na ampliação do acesso público a medicamentos e outras tecnologias

Aborto e drogas: candidatos favoritos não assumem posição

No Brasil, 15% das mulheres relataram ter realizado aborto alguma vez na vida. As taxas de internação pós-aborto são elevadas, e aproximadamente 50% das mulheres que fizeram aborto recorreram ao sistema de saúde ou foram internadas por complicações, o que caracteriza um grave problema de saúde pública.⁷

Nas eleições de 2010, a disputa pela presidência foi marcada pela polêmica no momento em que a então candidata Dilma Rousseff teve seu nome vinculado à defesa do aborto, o que pode ter contribuído para levar a eleição ao segundo turno.

O receio de abordar tema polêmico juntamente com as coalizões com partidos e lideranças próximas a setores religiosos conservadores podem explicar, em relação ao aborto, o distanciamento e a omissão dos programas dos candidatos mais bem colocados nas pesquisas.

Assim, apenas candidatos de menor expressão eleitoral tomam posição. Três deles são a favor: *“queremos a legalização do procedimento, estabelecendo regras e limites de idade gestacional numa lei, mas que permita à mulher e seu companheiro seguirem este caminho com segurança. Profissionais de saúde e instituições podem, por razões filosóficas e religiosas, se abster de oferecer o serviço, desde que previamente comunicado à autoridade sanitária local”* (Eduardo Jorge). Outros dois candidatos vão na mesma linha do PV: *“a campanha do PSOL será porta-voz da luta contra os retrocessos conservadores que almejam aprovar o Estatuto do Nascituro e dificultar o atendimento às vítimas de violência sexual. Devemos defender a legalização do aborto, a exemplo do que foi feito no Uruguai, o que diminuiu radicalmente os casos de morte das mulheres em decorrência do aborto clandestino* (Luciana Genro); *“defendemos a descriminalização do aborto e atendimento das mulheres pela rede pública”* (Rui Costa Pimenta) .

Na outra extremidade, o candidato ligado ao setor evangélico fala em *“combate à prática do aborto enquanto recurso paliativo de uma política inconsequente de planejamento familiar”* (Pastor Everaldo)

Quanto ao uso de álcool e drogas como problema de saúde pública, o tema não é abordado pelo programa de Dilma Rousseff. O programa de Aécio Neves prevê a *“implantação de política de prevenção ao consumo de drogas, inclusive álcool, em articulação, quanto a drogas ilícitas, com a segurança pública e de instituição de rede de atendimento aos dependentes, em parceria com Estados, Municípios e terceiro setor”*.

Já Eduardo Campos reconhece que “o fenômeno das drogas em geral atingiu uma proporção que pode ser considerada epidêmica, particularmente nas cidades e grandes centros urbanos”, para em seguida propor “criar um programa de orientação e proteção aos usuários de drogas e combate a violência institucional”. Segundo o programa do PSB, “a política de saúde precisa ser estruturada para atender a este segmento na proporção de sua importância quantitativa e dos desafios que implica, visto que de um modo geral esses casos requerem abordagem multidisciplinar”

Eduardo Jorge defende a “imediata legalização, para uso medicinal e recreativo, da maconha. As outras drogas mais pesadas devem ter estratégias a ser implementadas na sequência. A educação e a assistência à saúde são mais eficientes do que a repressão policial.” O programa do PV propõe ainda: “Montar uma estrutura maior de apoio de saúde para os casos mais graves e para as famílias que desejam apoiar os jovens a se livrar de uma dependência”.

A legalização da maconha também é defendida pelo programa de Luciana Genro: “Muito embora insuficiente do ponto de vista da desestruturação do tráfico e de todas as suas consequências, a descriminalização da maconha é um inegável passo adiante. O Uruguai é o primeiro país da América Latina a legalizar o uso, plantio e venda da maconha. O consumo já não era mais crime há muitos anos e a principal preocupação do governo foi impedir o narcotráfico de seguir dominando o mercado. Este é o caminho que queremos seguir”.

Em contraponto, o programa do Pastor Everaldo prega o “combate ao tráfico de entorpecentes para fins de preservação da vida e da saúde da população”.

O alto consumo de álcool per capita no Brasil, um dos fatores de risco de grande impacto na morbidade, mortalidade e incapacidades, não mereceu proposta inovadora nos programas dos candidatos e nem sequer são assumidos compromissos com intervenções de comprovada efetividade no mundo, como a regulamentação das propagandas de bebida.

Nenhum dos onze candidatos apresenta uma política de atenção integral em saúde mental ou voltada, especificamente, a usuários de álcool e outras drogas. A política antimanicomial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os lares abrigados e residências terapêuticas, a internação compulsória e involuntária, o combate ao crack, dentre entre outros temas e embates atuais da saúde mental, foram omitidos ou abordados superficialmente pelos programas de governo.

Recursos Humanos: horizontes estreitos, proposições pontuais

Os programas analisados não apresentam sequer a intenção de um plano nacional destinado a formar adequadamente e valorizar os trabalhadores da saúde.

A gestão do trabalho – de todas as profissões da saúde, nas diversas áreas de atuação, como assistência, gestão, regulação, vigilância, administrativo, infraestrutura, ensino, pesquisa – não é considerada como prioridade pelos candidatos.

A omissão deste ponto assume caráter alarmante, pois os recursos humanos constituem eixo fundamental da estrutura organizacional do sistema de saúde, enquanto impera um cenário de escassez de profissionais, formação, desde a graduação, incompatível com as necessidades do sistema de saúde e da população, más condições de trabalho, baixos salários, vínculos precários, alta rotatividade, baixa dedicação e insatisfação, tanto dos profissionais quanto da população atendida por eles.

Qual a posição dos candidatos sobre a privatização e a terceirização das relações de traba-

lho no SUS? E sobre as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida para estados e municípios? Sobre a retomada da contratação por concursos públicos? Sobre as desigualdades de concentração de profissionais na distribuição geográfica e por níveis de atenção? Sobre o avanço do setor privado na disputa por profissionais de saúde, boa parte deles formada em instituições públicas de ensino? Sobre planos de carreira?

Passando ao largo de problematizar e apresentar alternativas para essas questões, alguns programas se detém no “Mais Médicos”.

A plataforma de Dilma Rousseff prevê a “*expansão do Programa Mais Médicos*”, destinado a suprir a falta de médicos na atenção primária em localidades de difícil provimento de profissionais.

Aécio Neves não se opõe à continuidade do Mais Médicos, mas propõe mudanças: “*oferta de cursos preparatórios a médicos estrangeiros para permitir a realização do exame Revalida e aprimorar o programa Mais Médicos, com padronização de remuneração*”.

Reproduz, assim, posições das entidades médicas, que defendem a necessidade de aprovação no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – REVALIDA, como requisito para atuação, no Brasil, de médicos formados no exterior, incluindo os que atuam na atenção primária via Mais Médicos; e a isonomia no valor recebido pelos intercambistas do Mais Médicos.

O programa de Eduardo Jorge também aborda o Mais Médicos e defende, igualmente, a revalidação de diplomas e a isonomia na remuneração: “*Quanto aos ‘médicos importados’, agradecemos sua ajuda ao Brasil. Queremos que eles sejam bem tratados, gostem do nosso país, façam a validação de seus cursos e se desejarem entrem na nossa futura carreira nacional e fiquem morando nas nossas cidades. Sobre os médicos cubanos, vamos tratá-los com o mesmo respeito e gratidão que devemos aos médicos portugueses, argentinos ou espanhóis. E vamos, é claro, pagar os mesmos salários. O que eles vão fazer com o dinheiro é decisão deles. O que não faremos é ser coniventes com um tipo moderno de escravidão.*”

Quanto à formação de médicos, o programa de Eduardo Campos defende “*reorientação da formação, equilibrando a proporção entre generalistas e especialistas*”; enquanto o programa do Pastor Everaldo quer a “*desburocratização e incentivo ao aumento de vagas em cursos universitários privados de Medicina*”. Além do emprego de médicos estrangeiros, o aumento da oferta de cursos e vagas de Medicina e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no Brasil são itens do marco legal^(F) que dá sustentação ao programa Mais Médicos do governo federal.

Os candidatos absorvem a agenda da falta de médicos, uma das marcas do governo e da campanha de Dilma Rousseff, considerado um programa com forte apelo e aceitação popular. A tendência é a sua incorporação pelos demais candidatos, mediante a aceitação dos médicos intercambistas, mas em rejeição ao envio de recursos para Cuba.

A instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS, um dos assuntos mais destacados em diversas conferências nacionais de saúde e conferências setoriais de recursos humanos, aparece em três programas: no de Aécio Neves, somente para

(F) Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

médicos : “instituição da carreira nacional de médicos”, enquanto para os demais profissionais de saúde prevê a “implantação de programas de valorização, apoio, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais da área de saúde; no de Eduardo Jorge : “Carreira nacional para profissionais de saúde. Numa primeira etapa a carreira estará disponível para os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família - agentes comunitários, enfermeiras e médicos”); e, no de Eduardo Campos, mais genérico: “profissionalização do serviço público, que deve encontrar no mérito o critério fundamental de acesso e remuneração de suas carreiras, diminuindo-se o uso de cargos de livre provimento.”

Controle social: irrelevância das conferências e conselhos de saúde

Após as manifestações de junho de 2013 foi retomado o debate – que logo arrefeceu – sobre a reforma política, a necessidade de ampliação do modelo de exercício da cidadania para além dos partidos políticos e do processo eleitoral; a necessidade de consolidação de espaços capazes de promover a participação ampliada da sociedade, na defesa dos interesses coletivos e direitos sociais, atualmente sub-representados nas instâncias formais.

Sem assumir compromisso com a reforma política, a maioria dos programas dos candidatos a Presidente promete ampliar espaços de participação. No entanto, as propostas são pouco claras quanto à real inserção ampla dos cidadãos nos processos decisórios, sugerindo apenas conceitos ou gradações do que já existe em termos de participação popular, consulta ou controle social.

Segundo o programa de Dilma Rousseff “além das medidas que serão tomadas de aprofundamento da democracia, soma-se o Sistema Nacional de Participação Popular ^(G), que terá a função de consolidar as formas de participação colocadas em prática nos governos Lula e Dilma e institucionalizá-las”.

O programa do candidato Aécio Neves afirma que “o Governo Federal deve estimular o debate e a busca de consensos por meio da participação social de grupos, coletivos, organizações não-governamentais, movimentos sociais e populares. A participação do cidadão também se manifesta por meio dos Conselhos Nacionais de políticas públicas, que devem ser prestigiados e fortalecidos.”

Eduardo Campos, em seu programa, prevê “ampliar os espaços de participação e cidadania e produzir uma forte transformação nas estruturas convencionais da política. Nossa plataforma é de participação e de uma nova qualidade de Democracia, que assenta a gestão pública na avaliação contínua, interessada e devidamente empoderada por parte da população”

Na mesma linha vão os programas de Luciana Genro (“transformação profunda do sistema político, aumentando a participação popular”) e Eduardo Jorge (“a proximidade com os cidadãos abre oportunidade maior à participação e democracia direta”).

A participação específica no campo da saúde é mencionada pelo programa de Aécio Neves: “fortalecimento do controle social do setor saúde, por meio de distintas instâncias de participação, de mecanismos de controle e de avaliação da satisfação dos usuários”.

Em nenhum dos programas a participação social é apresentada como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde. Em momento algum são citados ou valorizados os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, as duas formas legalmente instituídas de participação da comunidade na gestão do SUS.

(G) O Decreto Federal nº 8.243, de 23 de maio de 2014, instituiu a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS.

Conselhos e conferências não garantiram, sozinhos, a plena efetivação do SUS, mas esses fóruns de participação social na saúde têm sido fonte de inspiração para modelos participativos de outras políticas setoriais no Brasil.⁸

Há problemas relacionados à legitimidade e representatividade dos conselhos e conferências de saúde, espaços cada vez mais marcados pelos interesses dos gestores e pelo corporativismo dos trabalhadores do sistema de saúde. Comprometer-se em resgatar e fortalecer esses espaços de participação já existentes na saúde é essencial, inclusive para o êxito de novas formas de participação anunciadas.

Planos e seguros de saúde; parcerias público-privadas: indefinições convenientes

Nenhum programa considera a relação existente entre os três subsetores que compõem o sistema de saúde brasileiro (subsetor público, subsetor privado, e subsetor suplementar)⁹, que muitas vezes compartilham a mesma rede de prestadores e compradores de serviços, o que gera uma complexa combinação público-privada. O SUS e os planos de saúde têm alguns componentes distintos, mas estão interligados porque os profissionais (sobretudo os médicos) transitam livremente, conforme interesses pessoais de trabalho e remuneração, assim como os cidadãos podem utilizar os serviços de todos subsetores, dependendo da facilidade de acesso, da garantia de cobertura ou da capacidade de pagamento.

Em dezembro de 2013, 50,2 milhões de brasileiros eram conveniados a planos e seguros de saúde, setor que reúne 922 empresas operadoras e faturou R\$ 110,4 bilhões no último ano.¹⁰

Para brasileiros com melhor status socioeconômico, entre eles especialmente os idosos e pacientes com problemas graves ou crônicos de saúde, um dos temas mais sensíveis da vida cotidiana é a desavença com os planos de saúde. A negação de coberturas, os aumentos muito elevados de preços das mensalidades e a rede credenciada incompatível com a demanda e necessidades de saúde são alguns dos problemas responsáveis por crescente insatisfação dos usuários da assistência médica suplementar.

Como efeito, crescem os gastos diretos com consultas, exames e medicamentos negados pelos planos ou acessíveis apenas após longo tempo de espera.

Tais situações têm sido amplamente divulgadas e suas origens são razoavelmente conhecidas. As empresas de planos e seguros conseguiram acionar estratégias, inclusive legais, para ampliação do mercado sem incremento na oferta assistencial. Obtiveram condições de, na prática, não se responsabilizarem nem pelo atendimento de procedimentos de alto custo, nem pela permanência daqueles usuários que adquiriram planos por um valor de entrada completamente distinto do cobrado posteriormente.

Apesar do desempenho predatório das empresas de planos de saúde, que não tem compromissos com a melhoria das condições de saúde, elas vem sendo beneficiadas diretamente por recursos públicos. São políticas públicas de proteção fiscal, subsídios diretos e indiretos, pagamento de planos privados para servidores públicos, “dupla porta” de atendimento em hospitais universitários, e a não efetivação do ressarcimento ao SUS, toda vez que um cliente de plano privado é atendido em um hospital ou serviço público de saúde.

A fundamentação para a emissão de políticas públicas de favorecimento dos planos privado

é a necessidade de “desonerar o SUS”. Mas na prática o que se observa é o contrário: o SUS é o “fim da linha” dos pacientes com coberturas negadas ou expulsos pecuniariamente dos planos, em virtude dos preços das mensalidades. A desobediência do preceito legal de ressarcir o SUS torna-se uma prova irrefutável da incoerência de políticas de favorecimento do privado que sacrificam o público.

Parte da persistência de abusos dos planos de saúde vem do fato de a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ter sido contaminada pelos interesses das empresas que ela devia regular, o que fica evidente na manutenção da “porta giratória”, que consiste na ocupação, por pessoas do mercado, de cargos estratégicos da Agência; e na ausência de fiscalização sobre os planos de baixo preço e rede reduzida, sobre a extinção de planos individuais e a ascensão dos planos “falsos coletivos”, que é a contratação de planos por dois ou mais indivíduos por meio de CNPJ ou adesão dissimulada em associações e entidades, o que faz os contratos escaparem da regulação mais rigorosa.

Em função das inúmeras queixas, aumento de ações no Poder Judiciário contra planos de saúde, conflitos de interesse na ANS (os diretores, diga-se, são indicados pelo Presidente da República) seria de se esperar que os programas dos candidatos apresentassem propostas para superar ou pelo menos controlar a crescente insatisfação com os planos privados de saúde.

No entanto, o único programa que assinala a existência de problemas com os planos é o de Aécio Neves, que propõe *“redução das grandes reclamações da população usuária dos planos de saúde, que representa 25% da população brasileira, com elevado número de insatisfações e com uma grande desigualdade no acesso e qualidade dos planos”*.

Mesmo assim, o reconhecimento da existência de reclamações não motiva a apresentação de soluções pois limita-se a propor o “fortalecimento, modernização e profissionalização da ANS”, e não aborda as práticas de relacionamento entre empresas e governo, além de nem sequer mencionar o ressarcimento ao SUS.

Quanto às parcerias público-privadas, embora tenham sido adotadas nos programas de diversas coalizões governamentais, apenas a plataforma de Aécio Neves explicita a operacionalização da ação conjunta entre agentes privados e públicos na saúde ao defender: *“implantação do sistema de PPPS – Parcerias Público-Privadas Sociais – criando meios para que o Estado e o setor privado possam financiar projetos e programas sociais e ambientais de interesse público”*. O candidato do PSDB completa que pretende estabelecer: *“integração do sistema de saúde suplementar com o SUS, para identificar oportunidades de colaboração e investimento e desenvolvimento de parcerias público-privadas.”*

Considerações finais

Os programas para a saúde dos três candidatos favoritos à presidência da república baseiam-se, precipuamente, na reiteração de marcas (Dilma Rousseff e Aécio Neves); na tentativa de estabelecer pontes com os movimentos sociais e com empresários da área (Eduardo Campos, ao defender a destinação de 10% da receita corrente bruta para a saúde); no discurso do aprimoramento de programas bem avaliados, ao acenarem com a revisão dos atuais meios de contratação dos médicos cubanos (Aécio Neves e Eduardo Campos), mas sem oposição ao programa Mais Médicos (que Dilma Rousseff promete expandir). Quanto à relação entre o público e o privado na saúde, as proposições são vagas, mas especialmente Aécio Neves fez alusão a um novo modelo.

Determinados grupos, interesses e pressões podem influenciar a elaboração de programas de saúde dos candidatos. Nas plataformas analisadas, percebe-se a importância desproporcional da atenção curativa especializada em alguns documentos; em outros, a multiplicação de programas e de projetos fragmentados; ou mesmo formulações e rótulos certamente concebidos por profissionais do marketing eleitoral.

As propostas dos candidatos dos partidos menores direcionam-se, fundamentalmente, ao resgate do SUS constitucional (PSOL e PV). O programa do candidato do PV é o único que valoriza temas muito polêmicos como a legalização do aborto e a descriminalização das drogas.

Nenhum dos candidatos apresenta metas sanitárias ou assistenciais. As elevadas taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, homicídios, realização de cesarianas e nascimento de prematuros, cânceres diagnosticados em estágios avançados, persistência das epidemias de dengue, entre outros problemas de saúde que compõem nosso singular padrão de adoecimento e mortes, não são objeto da motivação para a elaboração dos programas analisados.

Tampouco, as plataformas dos candidatos trazem compromissos para tornar garantido o acesso aos cuidados e à assistência de qualidade. Não há compromissos com tempos de espera e com a qualidade da atenção à saúde.

Nota-se, ainda, que casos de negação de atendimento expostos com estardalhaço, como pacientes mortos ou gestantes com parto iminente nas portas de hospitais, não geraram proposições para o sistema de saúde. Nem mesmo as polêmicas em torno da proibição/liberação de medicamentos e a propaganda de bebidas e alimentos não saudáveis geraram qualquer posicionamento dos candidatos.

Outras notórias omissões nos programas apresentados ao TSE são relacionadas com a gritante fragmentação na concepção das políticas públicas. O fato de a saúde dos povos indígenas, sabidamente precária, não ter merecido destaque sequer nos programas das candidaturas que apregoam um processo de desenvolvimento harmônico com os ritmos da natureza, evidencia ou profundo desconhecimento da situação brasileira de saúde ou uma atitude propositalmente leniente em relação às nações originárias.

Analogamente, o fato de não ser mencionada a assistência à saúde da população carcerária, que é ultra incipiente e gerou imagens como a de gestantes algemadas durante o parto, revela ou a não compreensão sobre a solidariedade como valor essencial para a efetivação do direito à saúde ou um foco distorcido e fragmentado nas políticas públicas.

Outro conjunto de supressões diz respeito às relações entre o público e o privado, que parecem decorrer de negociações que “não vão para o papel”. Aquela que é mais prejudicial para quem considera que o fluxo de pacientes entre planos privados e SUS deva ser objeto de intervenções específicas, é o ressarcimento ao SUS, que não foi mencionado em nenhum dos programas. Por outro lado, também não foram incorporadas *a priori* demandas empresariais, claramente anti-constitucionais, como a abertura para a atuação do capital estrangeiro nos hospitais ou mais subsídios públicos para o mercado de planos e seguros privados.

A frágil conjugação da reafirmação de ações em curso com aquelas acionadas em governos anteriores, mas sobretudo as flagrantes omissões nos programas, deixarão as políticas de saúde de quem for eleito ao sabor das pressões políticas e econômicas posteriores à posse.

A função de formulação de programas, uma das atribuições nobres dos partidos políticos,

deixa de ser exercida, e se perde a perspectiva de efetuar conexões eleitorais entre o cidadão e o Estado, para estabelecer um “*linkage democrático*”¹⁰. Perdem-se os princípios da democracia representativa, que atribuem aos partidos políticos um papel central na implementação de políticas públicas¹¹.

Nos programas analisados, os candidatos afastaram-se da possibilidade de, via plataforma de governo, direcionar precisamente, definir o modelo e a vocação das políticas de saúde em sua eventual gestão, de declarar como irá investir de maneira coerente os diversos elementos que constituem o sistema nacional de saúde.

Na condição de espectadores de retóricas e de frases de efeito, os eleitores terão dificuldade de julgar a qualidade e a pertinência de políticas públicas específicas que constam da plataforma dos candidatos. Poucos são aqueles que têm acesso, percorrem ou absorvem o programa do candidato ou do partido. Os eleitores, assim, fundamentarão suas escolhas em informações limitadas. No caso brasileiro, o horário eleitoral gratuito, debates e materiais promocionais editados pela linguagem do marketing são algumas das poucas fontes ao alcance dos eleitores.

A incompletude dos programas de governo dos candidatos e, neles, a limitação da plataforma de saúde, objeto do presente estudo, pode também ser creditada à decadência e perda de identidade programática dos partidos políticos e ao menosprezo das candidaturas às regras eleitorais atuais, reduzindo o registro dos programas a mera obrigatoriedade cartorial.

Os principais partidos que disputam a Presidência em 2014 estão ou estiveram à frente dos governos federal, estaduais e municipais. Têm, portanto, larga trajetória na condução de sistemas de saúde locais e nacional. Ao abdicarem da apresentação de programas de saúde a partir da leitura crítica de suas gestões, ao abrirem mão da contribuição de técnicos, instituições e Universidades brasileiras que mantém vigorosa e reconhecida produção no campo da Saúde Coletiva, os candidatos demonstram certo grau de arrogância e surdez incompatível com os clamores populares que apontam na direção do desejo de conquista de um sistema de saúde universal e de qualidade.

Referências

1. HECLLO,H. Review article: policy analysis, *British Journal of Political Science*, 2 :83-10. 1972
2. PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 459-491, 2012.
3. MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, v.12, n.2, p. 335-342
4. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.
5. GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (n. especial): 11-23, 2006.
6. CAMARA DOS DEPUTADOS. A revisão da Lei de patentes : inovação em prol da competitividade nacional / relator: Newton Lima ; equipe técnica: Pedro Paranaguá (coord.) ... [et al.] . Brasília. 2013.
7. DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, p. 959-66, jun. 2010.
8. VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L., CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, Porto Alegre, n. 21, p. 218-251, jun. 2009.
9. PAIM J.; TRAVASSOS C.; ALMEIDA C.; BAHIA L.; MACINKO J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):11-31.
10. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos. Março/2014.
11. LAWSON, K. (org.) *Political Parties and Linkage : A Comparative Perspective*, New Haven, CT, Yale University Press, 1980
12. COMAN, R.; PERSICO, S. Politiques publiques et partis politiques. In: BOUSSAGUET, L. et al. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris: Sciences Po Les presses, 2014. p. 482-491. [4e éd.]

ANEXO

Programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014.

Reprodução de extratos e trechos que abordam conceitos, afirmações e propostas, sobre saúde e temas relacionados. Os programas de governo na íntegra estão disponíveis no site do TSE: www.tse.jus.br

AÉCIO NEVES (PSDB)

- Reforma dos serviços públicos, com o propósito de implementar a radical melhoria da prestação de todos os serviços públicos oferecidos aos brasileiros, com especial destaque para as áreas de saúde, educação, segurança e mobilidade urbana.
- Fortalecimento da articulação entre os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, os Centros de Referência Especializados em Assistência Social - CREAS, escolas, unidades básicas de saúde, Programa de Saúde da Família - PSF e demais políticas sociais.
- Adoção do Índice de Pobreza Multidimensional – IPM - do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD - que mede a pobreza a partir das privações de saúde, educação, moradia e qualidade de vida.
- Investimento massivo no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico, educação, e compromisso com a maior equidade da oferta dos mesmos.
- Inovação nas articulações que assegurem enfrentar déficits de educação, saúde, informação, aportes culturais e tecnológicos.
- Organização de Protocolos de Prevenção ao Racismo e Discriminação por Orientação Sexual com participação das Políticas de Justiça, Direitos Humanos, Assistência Social, Educação, Saúde e Igualdade Racial em ampla parceria com a sociedade civil.
- Articulação das Políticas de Saúde, Assistência Social, Trabalho, Educação, Previdência, Direitos Humanos e Justiça para garantir que o Governo atue de forma permanente e integrada na defesa e no acesso a todos os direitos sociais das comunidades afrodescendentes, indígenas, quilombolas, ciganas e LGBT.
- Integração da política de esporte com as demais políticas públicas, especialmente de Educação e de Saúde.
- Desenvolvimento de programas específicos para a população de idosos, além de cotas das unidades, de forma integrada com a gestão das políticas sociais e de saúde e contando com a participação nos conselhos municipais dos idosos e, da mesma forma, para pessoas com deficiência, com integração com as ações das políticas sociais e de saúde.
- Realização de programas especiais para a saúde de adolescentes e jovens.
- Promoção do atendimento integral à mulher e à criança vítima de violência, tornando a violência contra a mulher uma questão de saúde pública.
- Integração de ações nas áreas de educação, saúde, assistência social, emprego e renda e habitação, de acordo com a idade, sexo, renda e tipo de deficiência.
- Seriedade, transparência e agilidade são os elementos chaves para que novas tecnologias permitam o desenvolvimento da agricultura brasileira, tendo por primado a proteção da saúde humana e do meio ambiente.
- Implantação de políticas de atenção à Primeira Infância que fortaleçam as famílias e o desenvolvimento da criança de zero a 3 anos incentivando os municípios a implantar creches e programas integrados de educação, saúde e assistência social e modelos de atendimento diversificados de acordo com a necessidade das famílias.
- O Sistema Único de Saúde-SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, completou 25 anos e continua sendo uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil.
- Quando Gestor Federal, o PSDB viabilizou o SUS através de várias ações importantes,

como a descentralização da gestão e financiamento dos recursos federais para os estados e municípios, iniciando as transferências financeiras “fundo a fundo”, o Programa Saúde da Família, os medicamentos genéricos, a estruturação do controle social, mecanismos de controle e avaliação, entre outras.

- A baixa remuneração pela prestação dos serviços, seja das redes pública, filantrópica ou privada complementar, precisa ser rediscutida com urgência, porque causa ineficiências e compromete a qualidade assistencial.

- ● A área da saúde, nos últimos 12 anos, foi a que recebeu menor atenção no orçamento da seguridade social, passando de R\$20,3 bilhões no ano 2000 para R\$78,6 bilhões em 2012 (variação de 209%). Para cumprir os preceitos da Constituição de 1988 relacionados à saúde, seria necessário muito mais do que o Governo Federal vem dedicando ao setor.

- Se o financiamento do SUS pelo Governo Federal não aumentou significativamente, é crescente a participação dos estados e municípios, que hoje financiam mais de 50% dos gastos com saúde pública. Mas mesmo com essa participação, os recursos públicos não são suficientes para honrar todos estes desafios. Segundo a Organização Mundial da Saúde -OMS, os países, em 2010, destinaram em média 5,4% do PIB com gasto público em saúde, e os países da OCDE, 7,6%. O Brasil destinou apenas 4,1%. Se fosse gastar o mesmo percentual do PIB que a média mundial, o gasto público per-capita anual com saúde dos brasileiros passaria de US\$ 466 para US\$ 621 em 2010.

- O fortalecimento do SUS será a permanente prioridade do governo na área da saúde.

- A instituição do Cartão-Cidadão da Saúde, em articulação com o cadastro nacional único, já aqui previsto, dará a garantia de acesso a qualquer brasileiro à uma rede de saúde pública ou privada.

- Forte investimento público em Tecnologias da Informação - TI, para viabilizar o Cartão-Cidadão Saúde, permitindo a gestão dos serviços de saúde, desenvolvendo e implantando centrais de agendamentos dos atendimentos vinculadas à atenção primária, incluindo as internações hospitalares, e a telemedicina, como porta de acesso dos profissionais de saúde nas regiões mais distantes a uma contínua assistência técnica, teleconsultas, tele monitoramentos, avaliação e solução para problemas de diagnóstico e tratamento à distância.

- O novo modelo de gestão da saúde se baseará na criação de redes assistenciais integradas de saúde, que permitirão o melhor uso possível dos recursos de saúde – públicos, privados e filantrópicos – ao nível de cada região.

- Promoção de um novo modelo assistencial com foco no paciente e na continuidade dos cuidados, garantindo a sequência do acesso entre todos os níveis da rede de serviços - do médico de família ao hospital e garantindo a oferta de serviços de qualidade em todo o percurso, com disponibilidade de médicos, demais profissionais de saúde, instalações, equipamentos e medicamentos.

- Instituição da carreira nacional de médicos.

- Oferta de cursos preparatórios a médicos estrangeiros para permitir a realização do exame Revalida e aprimorar o programa Mais Médicos, com padronização de remuneração.

- Implantação de programas de valorização, apoio, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais da área de saúde.

- Promoção da saúde e da prevenção ao alcance de todos, por meio do estabelecimento de uma política efetiva de educação e comunicação pública em saúde.

- Fortalecimento e ampliação do Programa Saúde da Família – PSF – para todo o território nacional, qualificando e ampliando a sua cobertura, incorporando mais profissionais e profissões, estruturando-o como “porta de entrada” do SUS e garantindo que este atenda a todas as necessidades de promoção, prevenção e atenção básica da população brasileira.

- Continuidade do cuidado para exames, ambulatorios e hospitais, garantindo o acesso da população aos atendimentos de maior complexidade com especialistas e aos exames e assistência hospitalar de forma mais simplificada e ágil.

- Implantação de redes de atendimentos para as urgências e emergências médicas.

- Redução das grandes reclamações da população usuária dos planos de saúde, que representa 25% da população brasileira, com elevado número de insatisfações e com uma grande desigualdade no acesso e qualidade dos planos.

- Fortalecimento, modernização e profissionalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para dar maior garantia e homogeneidade aos direitos dos usuários dos planos de saúde.

- Integração do sistema de saúde suplementar com o SUS, para identificar oportunidades de colaboração e investimento e desenvolvimento de parcerias público-privadas.

- Aumento da equidade na saúde, reduzindo, através das redes assistenciais integradas, a disparidade nos níveis de atenção entre os que detêm planos de saúde e os usuários do SUS.

- Fortalecimento do controle social do setor saúde, por meio de distintas instâncias de participação, de mecanismos de controle e de avaliação da satisfação dos usuários.

- O aumento dos recursos para a saúde se dará através de duas fontes principais –quantitativa e qualitativa: o crescimento do financiamento público e o aumento da eficiência na gestão das políticas do setor.

- Apoio e implementação dos preceitos da Emenda Constitucional 29, nos percentuais dos pisos mínimos estabelecidos por lei para estados e municípios, e a proposta popular dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o setor saúde, ou política similar que garanta um crescimento progressivo de financiamento para o setor.

- Implantação de iniciativas que melhorem continuamente a gestão do setor, como a autonomia de gestão em todos os níveis das redes de saúde, definição e uso de protocolos, padrões de qualidade e processos otimizados para os controles internos, e otimização do modelo assistencial, com iniciativas que incentivem a desospitalização e a profissionalização do cuidado.

- Melhora dos avanços sanitários alcançados, reduzindo as taxas de mortalidade infantil e materna.

- Retomada da prioridade necessária para a manutenção do Programa HIV/AIDS, com a qualidade que o tornou mundialmente reconhecido.

- Promoção da retomada já no primeiro ano de governo, em caráter emergencial, em parceria com os estados, municípios, entidades médicas e com a sociedade, dos mutirões para reduzir as filas de espera de cirurgias eletivas.

- Enfrentamento dos desafios decorrentes do envelhecimento da população e das mudanças da sociedade, controlando os fatores determinantes das enfermidades mais relevantes, do ponto de vista de quantidade e qualidade de vida.

- Aperfeiçoamento e fortalecimento da participação setorial da Saúde na implementação das políticas de saneamento básico.

- Fomento e aperfeiçoamento dos mecanismos de incentivo e apoio à adoção de tecnologias sustentáveis, mais limpas e saudáveis, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores e consumidores.

- Adoção de vários meios para apoiar os municípios na realização de ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis de vida.

- Implantação de política de prevenção ao consumo de drogas, inclusive álcool, em articulação, quanto a drogas ilícitas, com a segurança pública e de instituição de rede de atendimento aos dependentes, em parceria com Estados, Municípios e terceiro setor.

- Combate ao aumento da obesidade.

- Adoção de políticas efetivas de combate ao tabagismo.

- Contribuição para melhorar as condições de trabalho.

- Enfrentamento adequado das enfermidades que geram a maior carga de mortalidade e para as quais contamos com medidas de intervenção de efetividade comprovada, como cardiovasculares; diversos tipos de câncer; traumatismos; envenenamentos, respiratórias; diabetes e hipertensão.

- Atenção adequada aos problemas decorrentes do envelhecimento e das mudanças da sociedade, geradores de problemas de saúde que diminuem a qualidade de vida das pessoas, produzindo incapacidade, dor e angústia, como a perda de capacidade funcional do idoso; a violência doméstica contra mulheres e crianças; os problemas de saúde mental; o uso de drogas; as enfermidades osteoarticulares e a obesidade infantil.

- Apoio à melhora da qualidade dos alimentos oferecidos nas escolas e promoção da alimentação saudável no meio escolar.

- Retomada da política de produção de medicamentos genéricos e apoio aos laboratórios oficiais na produção desses medicamentos, como forma de reduzir o custo e aumentar o acesso da população a medicamentos.

- Fortalecimento e ampliação do complexo produtivo da saúde no Brasil, investindo no desenvolvimento de uma política de ciência, tecnologia e inovação e no fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e dos laboratórios farmacêuticos oficiais.

- Adoção das medidas necessárias para uma política proativa no setor de hemoderivados.

- Estruturação de Protocolo Nacional de Tratamento e Prevenção para dependentes de drogas com participação das políticas de saúde, assistência social, defesa e justiça.

- Criação de leitos no Sistema Único de Saúde para tratamento de dependentes químicos.

- A redução da mobilidade urbana nos nossos grandes centros tem trazido imensos prejuízos à qualidade de vida, degradando os espaços públicos, com sérios danos ambientais e, em consequência, à saúde pública.

- O saneamento é o setor mais carente da infraestrutura social brasileira. Dados oficiais mostram um contingente expressivo de brasileiros sem acesso à rede de água e, de forma mais grave, à rede de esgoto. Essas carências representam um sério problema de saúde pública, agredem o meio ambiente e inibem a indústria de turismo e a geração de empregos.

- O Governo Federal deve estimular o debate e a busca de consensos por meio da participação social de grupos, coletivos, organizações não-governamentais, movimentos sociais e populares. Não se pode buscar as soluções para os graves problemas nacionais sem escutar aqueles que

tem a efetiva vivência destes em seu dia-a-dia e quem trabalha para resolvê-los. A participação do cidadão também se manifesta por meio dos Conselhos Nacionais de políticas públicas, que devem ser prestigiados e fortalecidos.

- Debate com a sociedade organizada da proposta de implantação do sistema de PPPS – Parcerias Público-Privadas Sociais – criando meios para que o Estado e o setor privado possam financiar projetos e programas sociais e ambientais de interesse público.

DILMA ROUSSEFF (PT)

- Um período tão continuado de políticas distributivistas produziu algo inédito: milhões de jovens cresceram em melhores condições que seus pais, tiveram acesso à educação e à saúde como nenhum de seus antepassados, vivem um período prolongado de contínua ascensão social e construíram uma imensa confiança no futuro.

- Nas três primeiras gestões petistas, os governantes, junto com os partidos aliados, tomaram a decisão política de reconhecer direitos que até então eram subtraídos da imensa maioria da população: morar, comer, estudar, ter acesso a serviços de saúde, ao saneamento básico, à casa própria, ao emprego e a um patamar mínimo de renda para ter uma vida digna.

- A melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS como pelo crescimento econômico, pela implementação de políticas sociais de combate à pobreza, e pelo aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Lula e Dilma.

- O impacto sobre os indicadores de saúde no período é bastante expressivo. O Brasil é um dos países que mais reduziu a mortalidade infantil no mundo, segundo a UNICEF.

- Para garantir acesso, com qualidade, aos serviços e ações de Saúde, os governos Lula e Dilma em parceria com Estados e municípios, implantaram importantes políticas. Com o Mais Médicos, garantimos melhoria na atenção à saúde para 50 milhões de pessoas, em 3.800 municípios. O Programa Aqui Tem Farmácia Popular atende a mais de 6,8 milhões de pessoas/mês e o SAMU atende 73% da população brasileira. Atualmente, 80 milhões de pessoas têm acesso à atenção de saúde bucal pelo Programa Brasil Sorridente. O governo federal tem apoiado os municípios para construir, ampliar e reformar equipamentos de saúde, como as mais de mil Unidades de Pronto Atendimento-UPA e os mais de 26 mil Postos de Saúde.

- Num país de dimensões continentais, o fortalecimento do municipalismo foi determinante para a gestão eficiente de infraestrutura urbana e rural, principalmente em áreas de forte impacto social e na saúde pública, como saneamento, e moradia, como o Programa Minha Casa Minha Vida e o Minha Casa Minha Vida Rural

- Chegou a hora de alçarmos o Brasil à condição de desenvolvido e justo, uma Nação em que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades: de estudar, trabalhar, de cuidar da sua saúde, ter casa para morar, condições dignas de viver nas cidades e no campo.

- A continuidade da implementação do Viver sem Limite irá garantir igualdade de oportunidades aos brasileiros e brasileiras com deficiência, com ações de acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade.

- O projeto para mudar o patamar de qualidade e a amplitude do atendimento dos serviços

de Saúde prevê, no segundo mandato da presidenta: a expansão do Programa Mais Médicos; a ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) destinadas ao atendimento de emergências de baixa e média gravidade; a extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares; o fortalecimento e a universalização do SAMU e a ampliação do acesso da população a medicamentos.

- A melhoria no atendimento e o aumento da rede de saúde exigirão uma rediscussão federativa, que terá o poder de evitar superposição de investimentos e de planejar com mais eficiência a distribuição dos serviços de saúde públicos.

- O Sistema Único de Saúde (SUS) é, hoje, a maior rede de saúde pública do mundo, e tem cumprido um importante papel na universalização do acesso. Reafirmamos nosso compromisso com seu contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido a seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos.

- Além das medidas que serão tomadas de aprofundamento da democracia, soma-se o Sistema Nacional de Participação Popular, que terá a função de consolidar as formas de participação colocadas em prática nos governos Lula e Dilma e institucionalizá-las. A proposta é transformar a participação popular em uma cultura de gestão e as novas tecnologias permitem ampliar e estimular o debate da população.

- Ainda no elenco de desafios institucionais, a luta pelos direitos humanos se mantém, sempre, como prioridade, até que não existam mais brasileiros tratados de forma vil ou degradante, ou discriminados por raça, cor, credo, sexo ou opção sexual.

EDUARDO CAMPOS (PSB)

- Somos a sexta economia do mundo, mas não conseguimos dar educação de qualidade e garantir bom atendimento de saúde para todos.

- É dever do Estado garantir à população o acesso à saúde de qualidade, habitação e entorno saudáveis do ponto de vista ambiental, dotados de infraestrutura de saneamento, com acesso a todos os serviços públicos relevantes.

- O SUS é uma das conquistas sociais mais importantes do recente período democrático, que deve ser valorizado e ter sua gestão aperfeiçoada, para que possa assegurar uma assistência integral e de qualidade. A Atenção Básica de saúde deve ser efetivamente universalizada, constituindo-se na única porta de entrada dos serviços de saúde, exceto pelas emergências médicas. Este preceito requer um enorme esforço de organização dos serviços, inclusive no sentido de articular unidades de diferentes níveis de complexidade entre si.

- Como forma de promover melhorias à saúde e não apenas cuidar das doenças, deve-se inscrever a prática de esportes e atividades corporais como parte do conceito de assistência integral à saúde

- Uma nova concepção de cidade deve priorizar este tema e orientar a articulação e integração das políticas públicas, com ênfase para transporte e mobilidade, habitação, saneamento ambiental, educação, saúde, esporte, cultura e lazer, no sentido de superar a segregação espacial que se observa no espaço urbano.

- Investir no acesso pleno dos trabalhadores rurais aos serviços públicos, em especial de

saúde, educação e habitação de qualidade, além da inserção digital e acesso à informação, facilitando sua permanência no campo.

- Implementar estratégia de desenvolvimento sustentável e de preservação da biodiversidade marinha, com o objetivo de melhoria permanente de indicadores de qualidade e saúde ambiental deste bioma, por meio do monitoramento e controle de processos erosivos, descargas de poluentes e extração de recursos vivos e não vivos dos ambientes marinhos e costeiros.

- Criar política de acesso à água potável e proteção aos mananciais de abastecimento de água, incorporando a saúde humana, a qualidade da água e o uso sustentável como valores centrais na cadeia de produção da água para abastecimento.

- Criar política de acesso à água potável e proteção aos mananciais de abastecimento de água, incorporando a saúde humana, a qualidade da água e o uso sustentável como valores centrais na cadeia de produção da água para abastecimento.

- Articular as políticas sociais, educacionais e de saúde como estratégia de atendimento das famílias de maior vulnerabilidade social.

- Atenção à primeira infância articulada com as áreas de educação, saúde e assistência social, apoiar a criação de creches com instalações apropriadas, condições de higiene e profissionais qualificados.

- Assegurar a integração orçamentária e a transversalidade das políticas sociais orientadas para previdência, assistência social e saúde, educação, cultura e trabalho, por meio de ações matriciais e territoriais, com ênfase na promoção da emancipação social, econômica e cultural dos beneficiários.

- O sistema de seguridade social é uma das mais importantes conquistas do período democrático e tem um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de nossa população. Ao implantá-lo abandonamos uma lógica de natureza contributiva, que não provia acesso aos brasileiros que se encontravam fora do mercado de trabalho formal, para instituir a seguridade como direito. Sua implementação teve como resultado, portanto, um grande impacto em termos de inclusão social. Há enormes problemas de gestão do sistema de seguridade e de qualidade na prestação de serviços, ao que se soma a questão do subfinanciamento dessas políticas. O Brasil passa por importante transição demográfica – com grande quantidade de jovens, estabilização do crescimento e tendências de envelhecimento – que resultará em inúmeros reflexos no sistema de seguridade e na garantia de bem-estar para a sua população.

- Aperfeiçoamento e fortalecimento do SUS. O SUS é algo quase único em termos de cobertura no mundo e implica uma noção de cidadania e direito humano que emerge de gerações de lutas populares. Apesar de sua concepção revolucionária e da universalização do serviço de saúde que pretende promover, o SUS precisa ser aperfeiçoado no sentido de considerar o redirecionamento para um sistema que seja mais humano, personalizado, rápido e que ofereça respostas às demandas de todos os brasileiros.

- Aperfeiçoar os serviços de saúde e seu adequado financiamento, a regulação de serviços de níveis distintos de complexidade, a pactuação entre níveis de governo, as relações com os serviços suplementares de saúde (iniciativa privada) e com os profissionais de saúde.

- Políticas de prevenção e promoção da saúde. Há uma tendência de reprodução no setor público da realidade hoje verificada no setor privado, em que predomina o polinômio especiali-

zação, procedimentos de média e alta tecnologia, alto custo de intervenção. Essa configuração, independentemente de sua qualidade técnica, não atende aos preceitos de uma saúde que pretende a universalização.

- Articular os programas de prevenção e promoção da saúde para que se possa chegar a um modelo de atenção integral à saúde.

- Reorientar e integrar políticas setoriais capazes de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, visando criar ambientes saudáveis, proteger as pessoas contra ameaças à saúde e possibilitar aos indivíduos, famílias e comunidades a expansão de suas liberdades, capacidades e oportunidades.

- Priorizar investimentos em programas e projetos para promoção da saúde e prevenção de doenças, apoiada por planos articulados com outros setores (educação, meio ambiente, etc.) para atuar nas causas e ir além das consequências.

- Ampliar a capacidade de prevenção da Vigilância Epidemiológica, visando evitar o excesso de gastos em medicamentos.

- Organizar a cadeia produtiva dos serviços de saúde, a partir da reorientação da formação dos profissionais da área, equilibrando a proporção entre generalistas e especialistas e entre os serviços de Atenção Básica e de Alta Complexidade.

- Financiamento. A política pública de saúde tem sido objeto de subfinanciamento crônico, fato que tem afetado de forma imediata sua efetividade. Em 2000, o governo federal era responsável por 59,8% do custeio das despesas de saúde, estados por 18,5% e municípios por 21,7%. Em 2011, ou seja, em apenas 11 anos, o governo federal reduziu sua participação para 45,4% e a contrapartida de estados e municípios elevou-se para 25,8% e 28,8%, respectivamente. Com isso, decresceu o número de leitos por habitante, fato que se vê agravado porque há unidades hospitalares sem a devida infraestrutura para tanto.

- Aumentar os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde tendo como base a Receita Corrente Bruta (RBC) da União.

- Efetiva universalização à Atenção Básica. A Atenção Básica de saúde deve ser efetivamente universalizada, se constituindo na única porta de entrada dos serviços de saúde, exceto pelas emergências médicas. Este preceito requer um enorme esforço de organização dos serviços, inclusive no sentido de articular unidades de diferentes níveis de complexidade entre si.

- Ter a Atenção Básica como eixo estruturante da organização e articulação de ações, como condição para o acesso de complexidades mais altas, exceto pelas emergências médicas.

- Fortalecer e aprimorar o Programa Saúde da Família (PSF), visando estimular o potencial humanizador do cuidado no atendimento, assim como promover a formação de profissionais de saúde nesse sentido, com prioridade para médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários.

- Promover a alimentação saudável, com a inserção dos profissionais de nutrição nas equipes de apoio do PSF e Unidades Básicas de Saúde. • Investir em tecnologia da informação e comunicação para modernizar o trabalho das equipes do PSF junto aos indivíduos, famílias e comunidades.

- Política de drogas. O fenômeno das drogas em geral atingiu uma proporção que pode ser considerada epidêmica, particularmente nas cidades e grandes centros urbanos. A política de

saúde precisa ser estruturada para atender a este segmento na proporção de sua importância quantitativa e dos desafios que implica, visto que de um modo geral esses casos requerem abordagem multidisciplinar.

- Articular as políticas de saúde, de assistência social, de educação e de segurança pública, com vistas a desenvolver ações integradas de atenção integral aos usuários.

- Criar um programa de orientação e proteção aos usuários de drogas e combate à violência institucional.

- Desenvolver linhas de ações que reduzam o déficit habitacional, de forma integrada com as demais políticas públicas, de que são exemplo transporte e mobilidade urbana, saneamento ambiental, saúde, educação, esporte, lazer e cultura.

- É missão da Coligação desfazer as amarras do patrimonialismo, publicizar o Estado, diminuir a burocracia e criar canais de participação da cidadania na definição e controle social das políticas públicas.

- Nossa plataforma é de participação e de uma nova qualidade de Democracia, que assenta a gestão pública na avaliação contínua, interessada e devidamente empoderada por parte da população

- Aperfeiçoar os mecanismos de Democracia participativa, como os conselhos de direitos com representantes da sociedade civil, para que ampliem suas funções.

- Uma sociedade plural como a nossa deve assumir de forma integral o direito à diversidade, considerando indígenas, quilombolas, negros, mulheres, juventude, LGBTTs, pessoas com deficiência, populações das periferias urbanas e outros grupos e minorias

EDUARDO JORGE (PV)

- Algumas tarefas que devem ser essencialmente municipais: Assistência social e superação da pobreza; educação infantil e fundamental; promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica e pronto atendimento em saúde...

- O governo estadual, articulado com os municípios na gestão territorial, deve garantir: saúde especializada e hospitalar, transportes metropolitanos, saneamento básico (água/ esgoto/ resíduos sólidos), proteção ao meio ambiente e ações de promoção de uma economia e agricultura de baixo carbono...

- Proposta: Ministério Seguridade Social (saúde e previdência).

- Em primeiro lugar, não tomaremos mais o crescimento do PIB como um parâmetro quase religioso para avaliar a vida do país. Adotaremos em seu lugar o IDH da ONU que leva em conta três fatores no seu cálculo: evolução do PIB per capita, indicadores de educação e indicadores de saúde.

- O PV é decididamente favorável à transição para o estilo orgânico de agricultura. Somos decididamente contrários ao uso de agrotóxicos que prejudiquem a biodiversidade, a saúde dos trabalhadores do campo e a saúde dos consumidores em geral.

- O PV quer se comprometer com os atuais movimentos da sociedade civil que lutam por mais recursos para as políticas públicas de saúde e educação. As duas áreas terão, junto com os estímulos à economia de baixo carbono e de combate ao aquecimento global (agricultura mais

limpa, combate ao desmatamento, energias renováveis, transporte público limpo), a prioridade nos recursos que remanejarmos no orçamento, os que vamos conseguir com a reforma tributária do imposto único arrecadatório federal e os que vamos recuperar com cortes nos gastos públicos que faremos com uma política de maior austeridade em Brasília.

- Porém não queremos ficar numa floresta de prioridades comuns em programas partidários e eleitorais particularmente nestas áreas. Queremos apontar as árvores da floresta que serão prioritariamente apoiadas, pelo menos no início do processo.

- Carreira nacional para professores e profissionais de saúde. Numa primeira etapa a carreira estará disponível na educação para os professores do ensino fundamental e na saúde para os profissionais que atuam no programa saúde da família (agentes comunitários, enfermeiras e médicos). É uma carreira nacional. Não é federal. Poderão aderir servidores públicos de estados e municípios que queiram participar do programa e mesmo trabalhadores das entidades que trabalham para a rede pública de alguma maneira regular. As entidades parceiras do PSF participarão desde o início. Haverá um piso nacional para os profissionais, que podem ter adicionais municipais, estaduais ou federais por trabalharem em locais de mais difícil acesso e mais precárias condições de vida. O governo federal coordenará, a cada 5 anos, concursos de acesso de maneira que os profissionais vão subindo de nível, se aprovados, podendo chegar até um nível 6 máximo das suas respectivas carreiras. O pagamento é garantido por um fundo nacional específico, para onde são destinados recursos federais, estaduais, municipais devidamente acordados e proporcionais ao número de profissionais incluídos. Esperamos que este grande conjunto de trabalhadores de saúde e educação, além das condições dignas de salários, trabalho e boa formação, sejam um fator decisivo de coesão e solidariedade nacional. E deverão ter o devido respeito e reconhecimento por isto. São uma esperança de difusão de valores e exemplo pela sua postura, capazes de inspirar as novas gerações que terão contato com eles.

- O orçamento da saúde dará ênfase aos aspectos de educação para promoção e prevenção na saúde. É preciso que as próprias pessoas assumam de forma autônoma e informada suas responsabilidades com sua própria saúde e de sua família. É preciso que as outras políticas públicas assumam também suas responsabilidades neste campo da atenção a saúde. Por exemplo, no caso do transporte, reduzindo a poluição do ar proveniente de veículos que usam diesel e gasolina e circulem muitas vezes desregulados pelas cidades. Por exemplo, na agricultura, produzindo alimentos orgânicos e saudáveis e na indústria de alimento adotando limites adequados de açúcar, sal e gorduras. Isto é também uma questão orçamentária que visa regular o crescimento teoricamente infinito das demandas por atenção à saúde. Nossas prioridades neste campo são hipertensão, diabetes, obesidade, vida saudável para os idosos, poluição do ar, violência, dependência de drogas legais ou ilegais.

- Planejamento Familiar. É um direito básico e precisa ser ofertado extensa e generosamente a todas as pessoas. Está incluída a opção por esterilização voluntária. Além de ser um elemento de estabilidade familiar, tem implicações no aumento da autonomia feminina e na redução dos índices de pobreza e violência. É um direito constitucional.

- A interrupção da gravidez não é planejamento Familiar. É falta ou falha do planejamento. É uma questão muito difícil, pois envolve aspectos religiosos e filosóficos que devemos respeitar. Nós não estimulamos a prática do aborto, pois ele é sempre traumático para a mulher que se vê obrigada

a praticá-lo e traumático também para seu companheiro se a ama de verdade. Porém nós não podemos ignorar esta realidade de sofrimento de muitas mulheres que por algum motivo muito forte recorrem a ele a cada ano. Nós não concordamos em criminalizá-las. Por isto queremos a legalização do procedimento, estabelecendo regras e limites de idade gestacional numa lei, mas que permita à mulher e seu companheiro seguirem este caminho com segurança. Profissionais de saúde e instituições podem, por razões filosóficas e religiosas, se abster de oferecer o serviço, desde que previamente comunicado à autoridade sanitária local. Nossa proposta para reduzir ao máximo o número de abortos é a oferta ampla do planejamento familiar, a educação sexual nas escolas e o fortalecimento das ligações familiares a cargo de cada um dos cidadãos no âmbito de suas famílias.

- Médicos estrangeiros. O recente programa de importação de médicos estrangeiros é a mais completa confissão do Ministério da Educação em seu fracasso de prover os profissionais que o SUS precisa para continuar sua tarefa de expandir a atenção a saúde a todas as classes sociais do país.

- Passados já mais de 25 anos do início da implantação do SUS, esta que é certamente a maior reforma social induzida pela Constituinte 87/88, que visa garantir o direito à assistência à saúde a todos os brasileiros, o sistema universitário nacional não teve a capacidade de formar o médico especializado na saúde da família que nós tanto precisamos.

- Assim nós encaramos esta importação como uma medida emergencial e de fôlego curto. Precisamos da formação de médicos generalistas e precisamos de uma carreira nacional que priorize os médicos de saúde da família. Depois a carreira pode ser estendida a outras especialidades, mas deve começar pelos médicos saúde da família.

- Quanto aos “médicos importados”, agradecemos sua ajuda ao Brasil. Queremos que eles sejam bem tratados, gostem do nosso país, façam a validação de seus cursos e se desejarem entrem na nossa futura carreira nacional e fiquem morando nas nossas cidades. Sobre os médicos cubanos, vamos tratá-los com o mesmo respeito e gratidão que devemos aos médicos portugueses, argentinos ou espanhóis. E vamos, é claro, pagar os mesmos salários. O que eles vão fazer com o dinheiro é decisão deles. O que não faremos é ser coniventes com um tipo moderno de escravidão.

- Uma decisão crucial para enfrentar o tráfico de drogas que tanto sofrimento e infelicidade tem trazido para o país é a imediata legalização, para uso medicinal e recreativo, da maconha. As outras drogas mais pesadas devem ter estratégias a ser implementadas na sequência. A política proibicionista impulsionada mundialmente nas últimas década tem tido um efeito totalmente contrário aos seus objetivos. O consumo não caiu e, pior, construiu indiretamente uma economia do crime poderosa, violenta, opressiva. O tráfico da maconha é um dos principais pilares desta economia criminoso no Brasil e no mundo. Como ela é uma droga cujos malefícios são equivalentes aos das drogas chamadas legais, como fumo/tabaco e álcool, é por ela que devemos começar com segurança nossa estratégia de confrontar a economia do crime e da violência. Para nós a educação e a assistência à saúde são mais eficientes do que a repressão policial. Precisamos montar uma estrutura maior de apoio de saúde para os casos mais graves e para as famílias que desejam apoiar os jovens a se livrar de uma dependência. Fique bem claro que o PV não apoia e nem incentiva o uso, seja do fumo, do álcool ou da maconha. O que nós queremos é conseguir que o uso dessas drogas, quando e se acontecer, seja o mais moderado possível para preservar a saúde das pessoas e o equilíbrio das famílias. O PV tem um projeto a este respeito tramitando no Con-

gresso Nacional que oferece como base para uma decisão neste caso.

- Implementar o bem-estar dos animais no país, seja os de produção (para consumo humano), os de estimação (geralmente os cães e gatos), os de trabalho, os selvagens e os de laboratório, é um investimento que vai impactar também na saúde pública, na saúde dos indivíduos e das comunidades, na saúde dos próprios animais e no meio ambiente, além de favorecer a economia e a abertura de novos mercados

- A cada território com 100 mil habitantes em uma cidade serão organizados os conselhos de cidadãos com 50 participantes eleitos diretamente, simultaneamente à eleição dos vereadores. Terão funções integradas e complementares às Câmaras Municipais, com participação na elaboração de projetos, de orçamento, debates sobre programas e obras prioritárias, fiscalização do executivo e diálogo com os movimentos sociais e cidadãos.

- Reconhecimento dos direitos dos povos indígenas; ... liberdade de orientação sexual, apoio ao direito ao casamento e adoção de crianças por casais do mesmo sexo e que haja a criminalização da homofobia como já acontece com o racismo; ... quanto aos negros, o PV é o partido dos ideais de André Rebouças e Luís Gama

EVERALDO DIAS PEREIRA (PSC)

- Inserção de mecanismos de eficiência dentro do sistema público para sua melhoria, em especial a meritocracia e o plano de metas, de forma que os melhores hospitais e médicos sejam premiados financeiramente

- Desburocratização e ampliação do livre-mercado de operadoras de planos de saúde.

- Extinção de tributos que incidam no sistema de saúde

- Desburocratização da importação e extinção de todos os tributos que incidam em medicamentos, aparelhos e materiais médicos

- Desburocratização do processo de legalização para produtos médicos junto ao governo
Desburocratização e incentivo ao aumento de vagas em cursos universitários privados de Medicina

- Estimulo à descentralização das decisões de gestão hospitalar e valorização do corpo técnico do hospital público

- Combate ao tráfico de entorpecentes para fins de preservação da vida e da saúde da população

- Revisão da Tabela SUS, de modo a garantir níveis remuneratórios condignos para profissionais de saúde e para a rede conveniada

- Demais ações que garantam uma saúde de qualidade para todos os brasileiros

- Combate à prática do aborto enquanto recurso paliativo de uma política inconsequente de planejamento familiar

JOSÉ LEVY FIDELIX (PRTB)

- A saúde é prioridade absoluta para o governo do PRTB, onde os maiores investimentos se concentrarão na duplicação dos postos de atendimento ambulatoriais e de emergências e pronto-socorros em todos os municípios brasileiros, com aquisição de milhares de ambulância e novos equipamentos médicos

JOSÉ MARIA DE ALMEIDA (PSTU)

- 10% do PIB para a Saúde

● A saúde pública define no país. Existe hoje um duplo processo de precarização e privatização dos serviços, expressão da falta de investimentos públicos no setor. Em geral, o país gasta apenas o equivalente a 3,5% do PIB com Saúde, sendo que o mínimo necessário para um serviço público universalizado seria o dobro disso, ou 6% do PIB. Defendemos a aplicação de 10% do PIB para a Saúde já, cujos recursos poderiam vir do pagamento da dívida pública.

JOSÉ MARIA EYMAEL (PSDC)

- Assegurar a todos e de forma concreta o acesso a **saúde** através das seguintes ações:
- Desenvolvimento e aplicação efetiva do Sistema Único de Saúde Pública.
- Saúde inteligente: Programa de Saúde Pública com foco na prevenção. A Saúde chegando antes que a doença impedindo que ela se instale, promovendo assim ganho de qualidade de vida e economia de recursos públicos.

LUCIANA GENRO (PSOL)

- A revolta popular que teve início em junho não foi apenas contra um sistema de transporte caro, sucateado e ineficiente: foi também contra a exclusão desta maioria que vive nas cidades sem acesso a serviços públicos de qualidade na saúde, educação, segurança pública, habitação, cultura e lazer.

- O que se constata claramente é um processo de desindustrialização, maior dependência tecnológica, crescente vulnerabilidade externa, reprimarização da economia, maior concentração de capital e crescente dominação financeira. Além disso, continuam as privatizações das estradas, portos e aeroportos; as articulações para ampliar o repasse de recursos públicos para os planos de saúde privados por meio de financiamento do BNDES, aprofundando o subfinanciamento e o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS); bloqueio ao aumento do gasto público em políticas sociais e na valorização do funcionalismo público; e a privatização de 60% do Campo de Libra, do pré-sal, a maior reserva de petróleo já descoberta no país, bem como a aprovação de um Plano Nacional de Educação que não assegura os 10% do PIB para a educação pública, como reivindicado pelo movimento educacional.

- A Auditoria deve resultar na devida suspensão do pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, garantindo o direito dos pequenos poupadores e da aposentadoria dos trabalhadores que participam de fundos de pensão, dado o fato deles inviabilizarem a capacidade do Estado em investir, por exemplo, nos direitos sociais – saúde, educação, habitação, mobilidade urbana, saneamento, etc.

- A sociedade brasileira é composta na sua maioria por negras e negros nos impondo o desafio urgente de combater o racismo, erradicar as diferenças e a apartação existentes

- As demandas sociais são múltiplas, como a saúde, educação, fim da violência, transparência, participação... Por isso assumimos o compromisso de implantar a Tarifa Zero nos principais centros urbanos, usando os recursos hoje destinados ao superávit primário para investir no trans-

porte público, na saúde, educação e cultura, inclusive melhorando os salários dos servidores públicos, agentes fundamentais na melhoria dos serviços oferecidos à população. .Ampliaremos radicalmente os investimentos públicos em saúde e educação. No SUS, efetuaremos uma retomada global de suas funções originais, garantindo atendimento integral a todos de forma gratuita e com qualidade.

- Transformação profunda do sistema político, aumentando a participação popular, a transparência e o controle público sobre a política;

MAURO LUIS IASI - PCB

- Saúde Pública e SUS 100% público, estatal e gratuito e por um país sem manicômios.
- O caráter anticapitalista é a convicta afirmação de que a saúde não é, ou não pode ser, mercadoria. Com a base socializada é possível desmercantilizar de imediato alguns setores, como, por exemplo, a educação, a saúde, a moradia, os transportes, que devem se tornar imediatamente públicos através de processos de estatização com controle popular, da mesma forma que os sistemas de seguridade e previdência social deverão voltar a ser inteiramente públicos.

RUI COSTA PIMENTA (PCO)

- Pela descriminação do aborto. Atendimento das mulheres pela rede pública.
- Defender a Saúde do povo Negro
- Não à privatização da saúde
- Estatização da saúde, da educação e de todos os serviços públicos fundamentais;
- Acabar com o comércio da saúde, através da expropriação dos grandes laboratórios farmacêuticos.
- Atendimento público e de boa qualidade em todas as áreas da saúde.
- Plano Nacional de emergência, sob o controle dos trabalhadores da saúde e da população explorada em geral, por meio de suas organizações de luta, para combater as endemias e epidemias que massacram o povo brasileiro e imediata
- Implementação de um plano de obras públicas para garantir saneamento básico e moradia à toda a população