



## **Prezado (a) conselheiro (a),**

Estamos encaminhando um *clipping* de notícias do CNS na mídia, além daquelas com assuntos que o Conselho vem debatendo. A intenção é socializar com os Conselheiros Nacionais a repercussão nos principais jornais.

*Brasília, 15 de maio de 2010  
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP  
Ministério da Saúde | Institucional*

## **Um triste embate político sobre as verbas do SUS**

*COTIDIANO  
FRANCISCO BATISTA JÚNIOR  
ESPECIAL PARA A FOLHA*

A legislação que dá suporte ao SUS é quase perfeita. Basicamente, todos os aspectos estão na Constituição e nas leis 8.080 e 8.142/90. Estabeleceu-se que 30% do orçamento da Seguridade Social seriam destinados à sua viabilização. Na década de 1990, porém, o descumprimento do dispositivo e sua desconstrução política e jurídica tornaram o SUS um órfão agonizante.

A criação da CPMF e a aprovação, em 2000, da emenda constitucional 29 criaram forte expectativa, mas o que se viu foi uma sangrenta batalha política. A derrubada pelo Congresso da CPMF — descaracterizada, mas que vinha sendo repensada para o SUS — significou um duro golpe no que hoje representaria R\$ 20 bilhões a mais para o SUS.

Temos, de um lado, o governo refratário a vinculações orçamentárias e que condiciona a regulamentação da EC 29 à criação de uma contribuição específica para a saúde. De outro, setores do Congresso -sobretudo de oposição ligados a Estados que burlam a emenda- decididos a impedir que o governo capitalize essa regulamentação e que o deixam refém do falso discurso de que a nova contribuição significaria aumento da carga tributária.

Na prática, ela significaria a médio prazo responsabilização muito maior de ricos Estados que a descumprem do que do governo. Não é gratuita, portanto, a orientação contrária. Esse triste embate nos mostra não só o nível da política em nosso país, mas a falta de percepção de alguns da plena implementação do SUS como instrumento de qualidade de vida.

FRANCISCO BATISTA JÚNIOR é presidente do Conselho Nacional de Saúde

Brasília, 17 de maio de 2010  
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP  
Ministério da Saúde | Institucional

## **SUS deve atualizar lista de remédio todo ano**

SAÚDE

Medida tenta frear o crescente número de ações judiciais de pacientes que não conseguem novas drogas pela rede pública

Medicamentos só serão incorporados ao sistema com registro na Anvisa, segundo projeto aprovado em comissão do Senado

CLÁUDIA COLLUCCI

DA REPORTAGEM LOCAL

O Ministério da Saúde terá que atualizar tabelas de remédios e procedimentos do SUS pelo menos uma vez por ano. Se o prazo não for cumprido, será obrigado a oferecer a droga mesmo sem prescrição ou laudo médico, até a publicação da decisão no "Diário Oficial".

É o que diz um novo projeto de lei aprovado pela CAS (Comissão de Assuntos Sociais) do Senado, em caráter terminativo. Agora, o projeto segue para Câmara dos Deputados e, depois, para a sanção do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

A medida tem apoio do ministério, que espera, com isso, frear a "epidemia" de ações judiciais para a aquisição de medicamentos de alto custo que vem afetando os sistemas das três esferas de governo.

A tabela SUS está desatualizada há quase uma década. Isso tem feito com que 50 mil pessoas, em média, recorram por ano à Justiça para obter, por meio de liminares, os remédios de última geração.

Um exemplo de remédio frequentemente pedido via judicial é o rituximab, usado pela pré-candidata à Presidência Dilma Rousseff (PT) no tratamento do linfoma. A droga custa em média R\$ 8.000 e não consta na lista do SUS.

Atualmente, remédios oncológicos são os mais requisitados na Justiça, segundo estudo da Fiocruz divulgado na semana passada. O trabalho constatou que a maioria das prescrições nos processos judiciais é feita por médicos do próprio SUS.

"Tanto os médicos como os magistrados agem baseados em convicções honestas. Mas é preciso uma lei que os oriente. Essa epidemia de ações tem desequilibrado os sistemas de saúde de Estados e municípios", diz o secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, Reinaldo Guimarães.

Só a União gastou em 2009 R\$ 83,16 milhões com a compra de medicamentos, determinada por 1.780 ações judiciais. O valor é 75% superior ao gasto em 2008 (R\$ 47,6 milhões). Para Guimarães, o novo projeto de lei terá um papel de disciplinar o processo de aquisição de novas tecnologias.

De acordo com o ministério, 60% dos pacientes que ingressam com ações poderiam ser tratados com remédios similares, disponíveis no SUS. Os outros 40% pedem drogas de última geração, algumas das quais não estão aprovadas pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Pelo projeto de lei, um novo medicamento só deverá ser incorporado ao SUS se tiver registro na Anvisa. Também serão avaliadas as evidências científicas sobre sua eficácia e segurança e a comparação dos benefícios e dos custos em relação às drogas já disponíveis.

A advogada Sylvie Boechat, gerente de apoio ao paciente da Abrale (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia), afirma que isso só vai funcionar se a Anvisa tiver agilidade na aprovação de novos fármacos.

Ela cita o exemplo da lenalidomida, droga indicada para o tratamento de mielomas múltiplos e da síndrome mielodisplásica, aprovada há cinco anos nos EUA, e que ainda não tem registro na Anvisa.

"Há evidências científicas mais do que suficientes sobre a eficácia e segurança dessa droga. No entanto, ela não está aprovada. Por esse critério, ela não seria incorporada à nova lista do SUS, por exemplo." Segundo advogada, independentemente do novo projeto, as pessoas poderão continuar recorrendo à Justiça para obter remédios não disponíveis no SUS. "O direito à saúde é uma extensão do direito à vida."

#### Judicialização

O combate ao crescimento da chamada "judicialização da saúde" ganhou urgência nos últimos anos, quando se descobriram fraudes em ações para beneficiar laboratórios.

Em 2007, nove pessoas foram presas em Marília (interior de São Paulo) sob a acusação de forjar receitas médicas para obrigar, por meio de ações judiciais, a Secretaria de Estado da Saúde a comprar remédios para tratamento de psoríase (doença inflamatória da pele).

Depois disso, as ações judiciais no Estado começaram a cair. Em 2009, foram 722 processos contra 3.098 registrados em 2008. No mesmo período, triplicou o número de processos administrativos ingressados diretamente na Secretaria da Saúde - 3.042 para 10.004.

Para a secretaria, a eficiência no julgamento dos processos para aquisição de novas drogas tem desestimulado as ações.

*Brasília, 17 de maio de 2010  
Estado de Minas - Belo Horizonte/MG  
Ministério da Saúde | Institucional*

## **Vampiros atacam de novo**

### *POLÍTICA*

Auditoria do Tribunal de Contas da União vê indícios de novo corte de fornecedores de hemoderivados ao governo. Estratégia repete esquema que atuou no Ministério da Saúde

Brasília - De um lado, um oligopólio internacional com indícios de formação de cartel. De outro, cerca de 15 mil pacientes portadores de hemofilia ou outras doenças hemorrágicas. No meio, o governo federal, incapaz de fornecer no prazo e na quantidade exigida os medicamentos necessários.

O resultado foi o retorno aos tempos de crise vividos até 2004, quando o mercado de hemoderivados esteve controlado pela "máfia dos vampiros". Ocorreu uma grave crise de abastecimento em 2008 e falhas no atendimento no ano passado.

A radiografia da nova crise é traçada por auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU). O tribunal apontou evidências de que as empresas não estariam dispostas a competir pelo fornecimento de hemoderivados e de que teria havido divisão de lotes entre os fornecedores. "Há fortes indícios de que está novamente formado o cartel identificado por auditoria anterior e que teria perdurado até 2002", diz a auditoria. Como resposta, o plenário do tribunal decidiu encaminhar cópia do relatório à Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, para apuração das supostas práticas de cartel. Também foram informados o Conselho Administrativo de Defesa da Ordem Econômica (Cade) e o Ministério Público Federal.

A partir de compras realizadas em 2003, já no governo Lula, o TCU observou alterações significativas no comportamento dos licitantes, o que sugeria que o cartel havia sido desfeito. Os preços foram reduzidos bruscamente, chegando a cair até 51%. Além disso, foi apresentado um grande número de impugnações e recursos contra a habilitação dos demais concorrentes.

"Ficou claro que as empresas abandonaram o comportamento amigável e travaram uma batalha típica de mercados altamente competitivos", relatam os auditores. Mas a análise de cinco pregões sucessivos realizados pelo Ministério da Saúde em abril de 2009 levou à conclusão de que as empresas estariam novamente adotando um comportamento típico de cartel.

Nos cinco pregões realizados em abril do ano passado, para 150 milhões de unidades (30 milhões em cada lote), o preço unitário ficou em cerca de US\$ 0,30. O tribunal apontou sinais de que houve divisão de lotes e que as empresas não estavam dispostas a competir. Praticamente não houve concorrência em nenhum dos lotes. Não houve disputas de lances. Os preços iniciais sofreram reduções insignificantes.

Foram sugeridas medidas ao Ministério da Saúde, como cotação de quantidade inferior à demandada, adoção de prazos maiores para a entrega do primeiro lote nas compras de hemoderivados e formação de um estoque de segurança. Mesmo antes de a decisão do tribunal ter sido publicada, o ministério já havia adotado a maior parte das sugestões. Em outubro, seis meses após os cinco pregões, o ministério fez pregão para comprar 120 milhões de unidades. Foi a confirmação de que os preços anteriores estavam inflados.

**DESCONTO FOI DE 30%**

Sem poder dividir os lotes, as empresas fornecedoras tiveram que exercitar a concorrência. O preço inicial foi de US\$ 0,27 a unidade. Após horas de disputa e de seguidos lances, o preço unitário caiu para US\$0,21. Foi permitida a divisão da quantidade total entre duas empresas, como sugere o TCU, mas dentro do mesmo pregão. O desconto em relação aos pregões realizados seis meses antes foi de 30%.

A nova estratégia foi implantada pelo recém empossado diretor do Departamento de Logística, Vagner Luciano, um servidor de carreira da Controladoria Geral da União (CGU) com larga experiência em licitações. O seu trabalho já é reconhecido pelo TCU, mas o tribunal entende que deve ser

investigado o que ocorreu no passado recente, quando os preços estavam 43% acima. Luciano não quis comentar sobre o período anterior a sua gestão, mas afirmou que um dos motivos da queda nos preços teria sido a sobra de produtos no mercado internacional.

*Brasília, 17 de maio de 2010  
Estado de Minas - Belo Horizonte/MG  
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

## **R\$ 2, 2 mil só para a saúde**

### *ECONOMIA*

Os impostos que saem do bolso de cada brasileiro para financiar a saúde pública devem somar, este ano, uma receita próxima a R\$ 135 bilhões, valor que é considerado aquém das necessidades do sistema, mas que para os usuários representará, em média, mais de R\$ 700.

O investimento das famílias não para por aí. Além de garantir a saúde pública, cada um dos 42 milhões de brasileiros que financiam a rede privada pagando pelos convênios médicos, deve desembolsar R\$ 1, 5 mil por ano, em média, estimativa baseada num avanço de 6% da receita da saúde suplementar em 2010, comparada à de 2009.

O desembolso total dessa parcela da população deve ser de R\$2, 2 mil, em média, sem incluir as despesas também altas com medicamentos. Esse custo equivale a 4, 3 salários mínimos (R\$ 510). A conta torna-se ainda mais pesada uma vez que o usuário do sistema suplementar paga duas vezes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo sem usá-lo.

Isso porque é lançado no cálculo que compõe o preço das mensalidades dos convênios médicos percentual correspondente a um possível reembolso ao SUS, caso um dia ele venha a ser utilizado. "A lei prevê o ressarcimento ao SUS. Se um brasileiro que tem plano de saúde for atendido pelo sistema público, o plano tem de reembolsá-lo. A conta desse ressarcimento é feita pelas operadoras e entra como um percentual das mensalidades", diz o superintendente executivo do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), José Cechin.

Na opinião do advogado especialista em direito do consumidor e presidente da ONG SOSVida, Antônio Carlos Teodoro, a cobrança é indevida. "É ilícita e ilegal. Não importa se este percentual corresponde a R\$ 1 ou a R\$ 0,01. O consumidor só deve pagar por algo que utiliza, e não por um eventual consumo futuro." Estudo divulgado recentemente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que no Brasil o maior peso da saúde fica por conta das famílias, que arcam com 57,4% dos gastos.

Nos países ricos, o governo é responsável por 70% dessa fatura, ficando 30% para as famílias. Os securitários Fabiano da Silva e Lúcia Jardim gastam, em média, R\$ 500 por mês com a saúde privada da família. Há mais de 10 anos pagam pelo convênio médico, mas neste período nunca usaram o SUS. Não imaginam qual valor corresponde à contribuição da família para a rede pública. "A saúde é muito cara. Se não tivéssemos esse custo por mês, poderíamos investir em educação ou lazer", comenta Lúcia.

No mês passado, a família do empresário Eduardo Linhares desembolsou mais de R\$ 650 para pagar o plano de saúde cujas mensalidades variam conforme o uso. "A saúde privada no país é caríssima e deixa a desejar", desabafa. Eduardo não tem ideia de quanto os impostos representam no financiamento da saúde pública. "Na saúde pública não vemos o retorno dos impostos. A saúde privada é melhor, mas ainda deixa a desejar."

A carga tributária do país movimenta cerca de 38% do Produto Interno Bruto (PIB). A saúde pública participa com 3, 7% e o sistema privado com aproximadamente 2, 5% do PIB. "O sistema público brasileiro gasta pouco e mal em saúde. O sistema privado investe mais, mas também gasta muito mal", diz Januário Montone, ex-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atual secretário de Saúde da cidade de São Paulo.

Segundo ele, que esteve em Belo Horizonte na última sexta-feira, o sistema público tem gerenciamento precário, enquanto a saúde suplementar se baseia em um modelo errado de tratar a doença e não investir na prevenção. Montone defende a reformulação dos sistemas na base da parceria, mas não acredita que seja possível custo menor com o setor. "É preciso gastar melhor. "

*Brasília, 16 de maio de 2010  
Diário do Nordeste - Fortaleza/CE  
Temas de Interesse | Consumo de Álcool*

## **Conferência debaterá saúde mental**

### **GERAL**

A IV Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersetorial começa amanhã, às 14h, no Praia Mar Hotel (Ponta d'Areia). O encontro tem como tema Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidando avanços e enfrentando desafios. Nos três dias do encontro, que será encerrado na quarta-feira, serão realizadas discussões para consolidar a Política Nacional de Saúde Mental.

Vamos elaborar propostas que garantam a melhoria na assistência prestada à população portadora de transtornos mentais e a usuários de álcool e outras drogas, ressaltou o coordenador Estadual da Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde (SES), Ruy Cruz.

Cruz afirmou que, ao longo dos anos, a tarefa tem sido árdua no estado. Enfrentamos desafios para que os direitos desta população sejam garantidos, especialmente no que diz respeito ao acesso à rede de serviços de saúde mental e ao direito de viver em comunidade.

O coordenador frisou ainda que o Departamento de Atenção à Saúde Mental/SES tem pautados seus trabalhos na Política Nacional de Saúde Mental e que entende que os demais segmentos intersetoriais são de extrema relevância na busca da construção e consolidação de Políticas Públicas.

As conferências de saúde são fundamentais para a construção democrática das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Antes da realização da Conferência Estadual, foram realizadas conferências contemplando 50 municípios, sendo eleitos 450 delegados, representantes dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e intersetoriais. Destes, serão eleitos 33

delegados para representar o estado na Conferência Nacional, que acontecerá em Brasília, no período de 27 a 30 de junho.

Programação - Na abertura do evento, será feita a leitura e aprovação do regulamento. A consultora do Ministério da Saúde, Sônia Barros, debaterá sobre a Política Nacional de Saúde Mental: avanços e desafios desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental e o secretário adjunto de Ações de Saúde, José Marcio Leite, falará sobre Reforma Sanitária e Controle Social na Formulação de Políticas para a Saúde Mental no SUS.

*Brasília, 16 de maio de 2010  
A Crítica - Manaus - Manaus/AM  
Ministério da Saúde | Institucional*

## **Projeto regulamenta acupuntura**

*SAÚDE*

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou a regulamentação da profissão de acupunturista. Pela proposta, qualquer profissional de nível superior da área de saúde poderá exercer a atividade, desde que tenha especialização em acupuntura reconhecida por conselhos federais.

Para entrar em vigor, o projeto ainda precisa ser apreciado por duas comissões da Câmara. O texto autoriza a prática por técnicos que estudaram em instituições reconhecidas e por pessoas que exercem a profissão há mais de cinco anos. A prática da acupuntura é motivo de discórdia entre médicos e o Ministério da Saúde. O SUS cobre esse tipo de atendimento.

No ano passado, foram realizados mais de 216 mil procedimentos. Enquanto os médicos entendem que a prática deva ser restrita a eles porque envolve um diagnóstico anterior, o ministério aceita que outros profissionais da saúde a realizem.

*Brasília, 16 de maio de 2010  
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP  
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | ANS*

## **Ex-diretor é reindicado para ANS após falhas**

*BRASIL*

Auditoria da agência aponta problemas graves de procedimentos na diretoria de fiscalização na gestão de Eduardo Marcelo Salles

Segundo relatório, aumento de multas aplicadas sobre operadoras de planos de saúde não se refletiu em elevação da arrecadação.

ELVIRA LOBATO PEDRO SOARES

DA SUCURSAL DO RIO

Apesar de uma auditoria interna da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) ter apontado falhas graves de procedimentos na diretoria de fiscalização, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva propôs a indicação de Eduardo Marcelo Salles novamente para o cargo.

Apadrinhado do presidente regional do PT do Rio, deputado federal Luiz Sérgio, Salles foi diretor de fiscalização da agência de julho de 2006 a julho de 2009 - quando terminou seu mandato e ele, na ocasião, não foi indicado para a recondução.

Desde o fim do mandato, Salles está lotado como assessor da presidência da Ancine (Agência Nacional do Cinema) -também sob gestão petista. O nome de Salles passaria na semana passada por sabatina no Senado, mas ela foi transferida para esta semana.

A Folha teve acesso ao relatório da auditoria feita pela ANS. Concluído em 9 de abril, o documento analisou o andamento de processos até agosto de 2009 e mostra que o crescimento do total de multas aplicadas sobre as operadoras de planos de saúde não se refletiu no aumento da arrecadação da agência com as autuações.

Em 2008, para R\$ 251 milhões em multas aplicadas, foram arrecadados R\$ 5, 5 milhões -2, 2% do valor das autuações. Em 2009 (até agosto), a proporção foi de R\$ 285, 8 milhões em multas para R\$ 5, 58 milhões convertidos aos cofres da ANS -ou 2% do total.

De janeiro de 2005 a agosto de 2009, a ANS aplicou 7. 820 multas, que somaram R\$ 698, 568 milhões. Apenas R\$ 14, 583 milhões foram arrecadados e R\$ 89, 13 milhões estavam em cobrança.

Multadas, as operadoras têm direito a um primeiro recurso à diretoria colegiada da ANS. Se não for aceito, elas podem ir à Justiça e tentar mandado de segurança para impedir a inscrição do débito na dívida ativa.

Segundo a auditoria, não há registro contábil das multas aplicadas, somente das recolhidas. Tampouco consta a identificação dos devedores na escrituração da dívida ativa da ANS.

O relatório aponta ainda que o ex-diretor diminuiu a "fiscalização preventiva" sobre as grandes operadoras em favor de acordos para "reparação voluntária" de queixas de usuários. Ou seja, a diretoria privilegiou firmar termos de ajuste de conduta com as operadoras e livrá-las de autuações.

Na gestão de Salles, diz o relatório, a ANS esvaziou o programa "Olho Vivo", de fiscalização periódica das operadoras com mais de 200 associados.

Em 2002, 196 operadoras (que concentravam 41% do mercado) foram fiscalizadas pelo programa. Em 2006, foram fiscalizadas 40 operadoras. Em 2007-2008, o total chegou a 20 em cada ano. Em 2009, caiu mais: só 12 empresas sofreram fiscalização.

#### Multas prescritas

Outra falha apontada é o grande número de multas que prescrevem por causa da demora na tramitação dos processos administrativos - de quatro anos, em média. Se as empresas recorrem da punição, a tramitação do recurso leva outros quatro anos, em média.

Na gerência-geral de fiscalização regulatória, 404 processos prescreveram e 461 tinham endereço da operadora autuada errado e tendiam à prescrição, segundo o relatório.



Dos 2.296 processos que chegaram à gerência, 2.240 foram arquivados. Isso, segundo a auditoria, se deve à política de acordos - chamada de "Reparação Voluntária e Eficaz", em que o processo é arquivado com pagamento de parte da multa.

*Brasília, 15 de maio de 2010  
O Globo - Rio de Janeiro/RJ  
Temas de Interesse | Saúde Pública*

## **Rio: a política da amputação**

*OPINIÃO  
JORGE DARZE e IVAN ARBEX*

A crise da saúde pública no Rio de Janeiro tem sido a principal preocupação da população. Dez anos atrás, atendendo a denúncia feita por nós e pela Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACWRJ), o Ministério Público Estadual reuniu as três esferas de governo e, na ocasião, as autoridades assinaram um termo de ajuste de conduta exigindo que fossem adotadas políticas públicas visando a reduzir o grande número de amputações.

Como não temos unidades especializadas em número suficiente no Rio de Janeiro e há um grande deserto nessa especialidade, principalmente na Zona Oeste e Baixada Fluminense, os pacientes perdem a oportunidade de fazer o tratamento, o que contribui para o agravamento de sua saúde, levando a um grande número de amputações que poderiam ser evitadas.

Por mais incrível que pareça, é esse poder público o principal responsável pela constituição do que chamamos de "legião dos mutilados". Cidadãos que em muitos casos, no auge de suas vidas laborativas, se tornam incapazes em decorrência da perda de parte do seu corpo.

O curioso é que esse mesmo poder público joga os pacientes numa condição de vida mais sofrida, sobrecarregando ainda os cofres da Previdência Social. O ideal seria estabelecer políticas públicas que pudessem evitar tantas mutilações, assim como é feito com os pacientes da rede de saúde privada, que utiliza os procedimentos necessários e, em tempo hábil, para evitar que as amputações sejam a única saída para salvar os pacientes.

Os números são aterradores. No último encontro da SBACW RJ, realizado em março último, foi apresentado um trabalho que revela a contundência dos números. Nos hospitais públicos existentes no município do Rio de Janeiro foram contabilizados, no ano de 2008, 914 amputações, sendo que desse total, no mês de janeiro, foram 31. Em 2009, o total foi de 935 amputações, com destaques para o mês de janeiro, com 71 ocorrências.

Como o estudo, em 2010, contabilizou apenas o mês de janeiro, foram apuradas 84 amputações. Percebemos uma tendência crescente desses procedimentos e, quando estabelecemos a proporcionalidade com as demais cirurgias vasculares realizadas, chegamos ao incrível percentual médio de 40%, ou seja, de cada 100 cirurgias vasculares realizadas, em média, 40 são amputações.

O que mais impressiona é que em um levantamento similar realizado em maio de 2000, ou seja, há 10 anos, registrávamos que vivíamos um quadro similar, o que demonstra que durante todo

esse período o poder público foi omissivo e insensível ao problema, embora tenhamos especialistas de elevado nível profissional.

O que nos deixa mais indignados é saber que em épocas passadas, quando vivíamos fases de melhor atendimento, este percentual não ultrapassava os 10%. Outra demonstração do abandono do poder público a estes pacientes verifica-se na dispensação de próteses para a sua reabilitação. Menos de 10% conseguem ter acesso a esse atendimento.

Ao longo dos últimos anos, temos reivindicado a criação do Instituto de Doenças Vasculares, local onde seria tratada a imensa maioria dos casos de menor complexidade, deixando para os demais hospitais as cirurgias de maior porte. O que nos indigna é a falta de resposta a esse pleito. Não havendo a ação preventiva e curativa de governo, o que sobra é o número crescente de mutilações. É como se vivêssemos num verdadeiro campo minado. Na verdade, não é só uma parte do corpo que se perde.

Cada paciente dessa legião perde também a sua cidadania. Até quando?

JORGE DARZE é presidente do Sindicato dos Médicos do Rio.

IVAN ARBEX é cirurgião-vascular do Hospital Municipal Salgado Filho.

*Brasília, 15 de maio de 2010*

*O Estado de S. Paulo - São Paulo/SP*

*Temas de Interesse | Propaganda de Bebidas Alcoólicas*

## **13 Estados investem menos que o mínimo em saúde, diz governo**

*COTIDIANO*

Segundo ministério, em 2008, eles deixaram de aplicar no setor ao menos 12% da arrecadação, como manda a Constituição

Governos incluíram nos gastos programas sem relação direta com o SUS, como plano de saúde dos servidores e projetos de segurança

*RICARDO WESTIN*

*DA REPORTAGEM LOCAL*

O Ministério da Saúde afirma que metade dos Estados investiu em saúde valores mais baixos que os determinados pela Constituição. Em 2008, 13 governadores deixaram de aplicar juntos R\$ 3, 1 bilhões em hospitais, remédios, exames, cirurgias e equipamentos médicos. Com esse valor, seria possível construir 60 hospitais de médio porte (150 leitos) ou comprar todos os remédios do programa brasileiro de Aids ao longo de três anos.

A Constituição obriga os Estados a investirem no mínimo 12% de sua arrecadação própria em ações de saúde pública. O ministério analisou os balanços de todos os Estados referentes a 2008 e verificou quais cumpriram a lei. Os Estados negam haver problemas.

O Rio Grande do Sul foi o Estado que ficou mais longe do piso de 12%-aplicou em 2008 apenas 4, 37%. Em seguida, ficou Minas Gerais - 8, 65%. Na outra ponta da lista, entre os Estados que mais aplicaram em saúde naquele ano, apareceu o Amazonas -21, 39% da arrecadação própria.

#### Prisões e reforma agrária

Em seus balanços, esses 13 Estados incluíram como gastos em saúde programas que não têm relação direta com o SUS (Sistema Único de Saúde). O Piauí, por exemplo, contabilizou o dinheiro aplicado nas prisões.

A Paraíba, na Polícia Militar. Alagoas, em programas de reforma agrária. Minas Gerais, no Fundo de Apoio Habitacional da Assembleia Legislativa. O Rio de Janeiro, nos programas de prevenção de catástrofes naturais.

O Paraná incluiu nas contas da saúde um programa que distribui leite a crianças carentes. Santa Catarina, o plano de saúde dos funcionários públicos estaduais. O Rio Grande do Sul, programas de saneamento básico e prevenção da violência.

Maranhão, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso e Goiás também incluíram em seus balanços projetos que o Ministério da Saúde não reconheceu como de saúde pública. Os governadores acabam não sendo punidos porque se valem da falta de regulamentação da emenda constitucional 29, o trecho da Constituição que desde o ano 2000 determina os 12% para a saúde.

A tramitação do projeto de lei que esclarece o que é saúde pública se arrasta no Congresso há cerca de dez anos. O Conselho Nacional de Saúde, ligado ao governo federal, tem uma resolução que procura deixar claro o que são gastos com saúde. Como não tem força de lei, o documento é ignorado pelos governadores.

Quem julga as contas são os Tribunais de Contas dos Estados, que muitas vezes, porém, dão razão aos governadores. No Paraná, o Ministério Público do Estado já apresentou à Justiça cinco ações civis públicas em que pede o cumprimento dos 12% constitucionais.

Uma já teve decisão favorável do juiz de primeira instância, mas o governo recorreu ao Tribunal de Justiça. As outras ações aguardam julgamento.

"Descaso"

Na opinião de Lenir Santos, advogada que coordena na Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) o curso de especialização em direito sanitário, os governadores ignoram os 12% "por puro descaso".

"Os Estados dão desculpas esfarrapadas. A emenda [29] é claríssima. Há absoluta clareza sobre o que é ação do SUS", diz. "Veja como estão os hospitais públicos. O dinheiro faz falta. "

## **Saúde Mental será discutida em Palmas na próxima semana**

### **SAÚDE**

Os avanços e os desafios da política de saúde mental do Tocantins serão discutidos na II Conferência Estadual de Saúde Mental, nos dias 18 e 19, terça e quarta, no auditório da Associação Tocantinense de Municípios (ATM), em Palmas. O evento traz o tema "Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios".

Na ocasião, serão discutidas a necessidade de reforçar a rede regional de cuidados em saúde mental, desde a atenção básica, equipes de saúde da família, bem como a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) nos municípios do Estado, melhoria do cuidado em saúde mental, devendo contemplar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros.

A Conferência contará com a participação de delegados eleitos nas etapas regionais, além de gestores e técnicos da área, representantes de prestadores de serviços de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os que trabalham e os que utilizam os serviços de saúde mental. O álcool e outras drogas na perspectiva da intersetorialidade também tiveram espaço na discussão. (Com informações Sesau)

#### **Expediente**

##### **Carta Eletrônica do CNS**

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 17 de maio de 2010.

Secretaria Executiva do CNS

Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde