



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, 31 de maio de 2010
Diário do Nordeste - Fortaleza/CE
Ministério da Saúde | Institucional*

Novo exame para revalidar diplomas tem 632 candidatos

*ESPECIAL
De Buenos Aires*

O governo brasileiro mudou as regras de revalidação do diploma de médico obtido no exterior. A primeira prova nacional para verificar os conhecimentos teórico se práticos dos graduados fora do Brasil deverá ocorrer entre o fim de junho e o início de julho. Houve 632 candidatos inscritos, em 24 universidades federais credenciadas, com diplomados em 32 países.

A maioria se formou em faculdades de Cuba, da Bolívia e da Argentina - mas há casos de quem estudou em lugares bem mais distantes, como Rússia, Síria e Líbano. Será a primeira vez em que será aplicado o novo exame nacional definido pelos ministérios da Educação e da Saúde, em portaria publicada em setembro de 2009.

A diretora do departamento de gestão na educação da saúde do Ministério da Saúde, Ana Estela Haddad, explica que a mudança foi resultado de uma discussão de um ano e meio dentro do governo e com as entidades de classe. A corporação médica foi muito resistente, mas entendemos que é um aperfeiçoamento, avalia a funcionária.

Hoje o Brasil tem 181 cursos de medicina, públicos e privados, com cerca de 11 mil alunos que se formam por ano. Nas universidades federais, a demanda já ultrapassa cem candidatos por vaga em muitas delas. Por isso, a diretora admite que aumentou a procura de estudantes por faculdades no exterior. Mas não acha que isso seja necessariamente negativo.

Entre 25% e 35% dos médicos que exercem a profissão, nos Estados Unidos, se formaram em outros países. No Brasil, são apenas 2%, afirma Haddad. Diz que qualquer universidade federal estava apta a fazer a revalidação do diploma, mas era um processo excessivamente documental e caro.

Há uma normativa do Conselho Nacional de Educação, mas que vinha sendo aplicada de forma muito variada por cada universidade, conta. Segundo ela, gastava-se até mais de R\$ 1 mil e demorava-se até cinco anos, pois faltam professores suficientes em algumas universidades para analisar tantos documentos.

As instituições brasileiras precisam comprovar que o curso no exterior teve duração de seis anos, carga horária mínima de 7,2 mil horas-aula e várias disciplinas obrigatórias. Agora será taxa única de R\$150, só para a universidade cobrir suas despesas, diz. O objetivo é trocar o foco da avaliação de documentos por um processo de avaliação da competência. Por enquanto, trata-se de um projeto-piloto, que não está assegurado depois de 2010.

O governo fará uma análise da experiência. Isac Jorge Filho, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), desconfia que o exame poderá dar um aval a graduados com má formação. Por um passe de mágica, o aluno passa numa avaliação desse tipo? Ou ele é gênio, ou o nível da avaliação é muito baixo, questiona Jorge. (DR)

*Brasília, 31 de maio de 2010
Correio Braziliense - Brasília/DF
Ministério da Saúde | Institucional*

PR põe leite como gasto com saúde

SAÚDE
Divulgação

A falta de regulamentação da Emenda 29, que estabelece o percentual mínimo de gastos com a saúde, permite que o Paraná invista menos de 12% na área, descumprindo as exigências da Constituição Federal.

A brecha na legislação abre espaço para a inclusão de gastos com saneamento e programas sociais, como o Leite das Crianças, nas contas de saúde. O peso do saneamento é pequeno, cerca de 0,3% do total do orçamento da saúde para 2010, mas o leite faz diferença e representa 6% do total de recursos previstos para a Secretaria de Estado da Saúde na Lei Orçamentária Anual 2010 (LOA).

O Leite das Crianças, aliás, foi a salvação do Paraná para alcançar o investimento mínimo em saúde em 2008, ano do último balanço do governo analisado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE-PR). O relatório, analisado pelo TCE-PR no ano passado, mostra a destinação de 12,19% das receitas para a saúde.

Para alcançar o percentual, contudo, o estado considerou saneamento e o programa do leite, que distribui a bebida para 157 mil crianças, como programas de saúde. Sem o leite, o investimento seria de 11,3% e ainda é possível retirar outras ações da lista (ver infográfico nesta página). As contas de 2009 ainda não foram divulgadas pelo TCE. Tanto a Secretaria de Estado da Saúde quanto a

coordenação do Leite das Crianças justificam que o programa evita a desnutrição e, por essa razão, pode ser considerado medida de saúde pública.

A Resolução 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contudo, desmente a afirmação. Uma das obrigações apontadas pelo documento é que as ações sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Na falta da regulamentação da Emenda 29, a resolução do CNS, publicada em 2003, deveria, em tese, estabelecer critérios para o setor, na avaliação do Ministério da Saúde. A legislação do CNS deveria ser o parâmetro a ser seguidos pelos secretários estaduais e municipais, afirma e-mail enviado pela assessoria do ministério à Gazeta do Povo. A dificuldade em obrigar os estados a usar a recomendação causa prejuízos enormes para o setor. Por ano, cerca de R\$ 5 bilhões deixam de entrar no SUS em razão de investimentos como o Leite das Crianças. O valor é quatro vezes maior do que o orçamento do Paraná para a saúde em 2010.

O diretor de Contas Estaduais do TCE-PR, Mauro Munhoz, afirma que, apesar das ressalvas das equipes técnicas, os relatores do Tribunal consideram, em geral, investimentos não diretos saneamento, por exemplo, como da área de saúde. A área técnica faz a distinção desse tipo de investimento, mas a maior parte dos estados questiona a falta da regulamentação, abrindo precedente para grandes discussões, diz.

No âmbito do Tribunal de Contas, os pareceres têm sido favoráveis aos estados, autorizando esse tipo de programa, ao contrário da interpretação do Ministério da Saúde.

Direitos

Entre os juristas, a questão divide opiniões. Paulo Schier, professor do mestrado em Direito Constitucional das Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), não vê necessidade de regulamentação da Emenda 29. Com a previsão original antiga de 3%, não havia a obrigatoriedade. Após a emenda, torna-se obrigatória?, questiona. Por outro lado, o professor de Direito Administrativo da Universidade de São Paulo (USP) Gustavo Justino de Oliveira considera a regulamentação essencial pelo esforço de adequação de estados e municípios.

O comprometimento do orçamento cresceu, só que a saúde não pode ser um guarda-chuva que recebe todos os tipos de investimento, diz. Sobre a Resolução 322/03, Schier analisa a existência da norma do CNS como suficiente para regulamentar os critérios.

Evidentemente a não aplicação do mínimo constitucional pode e deve responsabilizar os estados, afirma. Justino entende que, apesar de o CNS ser órgão regulamentador do Ministério da Saúde, a Resolução solitária não é suficiente. Ela não tem a competência de legislação, por isso há necessidade de se editar lei, avalia. Em 2007, durante a votação para o fim da CPMF, imposto que se destinava à saúde, a regulamentação chegou a constar na pauta dos parlamentares, mas não foi discutida.

Brasília, 31 de maio de 2010
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | Anvisa

Quase metade dos médicos receita o que fábrica indica

COTIDIANO

João Brito - 27.mai.2010/Folhapress

DE SÃO PAULO

Dados são de pesquisa inédita do Conselho Regional de Medicina de SP Quatro em cada cinco médicos recebem visita de fabricantes; desses, 48% indicam remédios sugeridos pela indústria CLÁUDIA

COLLUCCI DE SÃO PAULO

Quase metade (48%) dos médicos paulistas que recebem visitas de propagandistas de laboratórios prescreve medicamentos sugeridos pelos fabricantes. Na área de equipamentos médico-hospitalares, a eficácia da visita é ainda maior: 71% dos profissionais da saúde acatam a recomendação da indústria.

Os dados, obtidos com exclusividade pela Folha, vêm de uma pesquisa inédita do Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de SP), que avaliou o comportamento médico perante as indústrias de remédios, órteses, próteses e equipamentos médico-hospitalares.

Feito pelo Datafolha, o levantamento envolveu 600 médicos de várias especialidades, que representam o universo de 100 mil profissionais que atuam no Estado. Do total, 80% deles recebem visitas dos propagandistas de medicamentos - em média, oito por mês.

A pesquisa revela que 93% dos médicos afirmam ter recebido, nos últimos 12 meses, produtos, benefícios ou pagamento da indústria em valores até R\$ 500. Outros 37% declaram que ganharam presentes de maior valor, desde cursos a viagens para congressos internacionais.

RELAÇÃO CONTAMINADA

Para o Cremesp, um terço dos médicos mantém uma "relação contaminada com a indústria farmacêutica e de equipamentos, que ultrapassa os limites éticos". "Para boa parte [dos médicos], a única forma de atualização é a propaganda de laboratório. E com ela vemos presentes, os brindes. Isso tomou uma dimensão maior, mais promíscua, quando as receitas passaram a ser monitoradas", diz Luiz Alberto Bacheschi, presidente do Cremesp.

Em 2005, a Folha revelou que, em troca de brindes ou dinheiro, farmácias e drogarias brasileiras auxiliavam a indústria de remédios a vigiar as receitas prescritas por médicos. Com acesso a cópias do receituário, representantes dos laboratórios pressionavam os profissionais a indicar seus produtos e os recompensavam por isso.

A prática não é ilegal, mas é considerada antiética. Afinal, quem pode pagar essa conta é o paciente. "Na troca de favores, o médico pode receitar um medicamento que tenha a mesma eficácia clínica do que o concorrente, mas que custa mais caro", explica o cardiologista Bráulio Luna Filho, coordenador da pesquisa do Cremesp.

APOIO

A maioria dos médicos (62%) avalia de forma positiva a relação com a indústria. Para 73% deles, os congressos científicos não se viabilizariam sem apoio da indústria de medicamentos e de equipamentos. Luna Filho pondera que, com a internet, o acesso a informações médicas está

universalizado. "Essa conversa de que médico tem que ir para congresso no exterior para se atualizar é balela. Ele vai é para fazer turismo. "Existem várias normas -inclusive um artigo no novo Código de Ética Médica, uma resolução da Anvisa e um "código de condutas" da associação das indústrias - que tentam evitar o conflito de interesses na relação entre médicos e laboratórios."O problema é que não existe um controle rigoroso de nenhuma das partes", diz Volnei Garrafa, professor de bioética da UnB.

Laboratórios dizem que conduta é rigorosa COTIDIANO

Para entidades, relação com médico é correta e abusos já são punidos Associação da indústria farmacêutica e o Conselho Federal de Medicina vão revisar código de conduta DE SÃO PAULO

As entidades que representam as indústrias farmacêuticas nacionais e internacionais avaliam que seus códigos de conduta são rigorosos e que já vêm sendo cumpridos pelos laboratórios.O código de ética da Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa) veta, por exemplo,o financiamento de eventos médicos em resorts e viagens de primeira classe para participação em congressos."Temos uma comissão de ética que, quando vê problemas,pune", afirma Antônio Britto Filho, presidente da Interfarma.

A entidade reúne 29 laboratórios, a maioria multinacionais,que representam 54% do mercado brasileiro de medicamentos.De acordo com ele, a entidade se juntou ao CFM(Conselho Federal de Medicina) para revisar o código de conduta, que está em vigor há dois anos."Para nós é essencial que essa relação fique dentro do campo ético.

É claro que existem desvios. Mas de onde eles vêm? De que tipo de médico e de indústria estamos falando?, questiona Britto Filho, da Interfarma.

CONFIANÇA

A Alanac (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais) diz que segue as resoluções da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), do CFM e de um código de ética da entidade.

Carlos Alexandre Geyer, presidente da Alanac, diz acreditar que a fidelidade do médico a determinado laboratório esteja mais relacionada à confiança em relação ao produto do que a eventuais brindes ou benefícios. "Não posso aceitar que uma empresa use o poderio econômico para subornar médicos e que os profissionais aceitem isso. A disputa tem que se dar pela qualidade do produto e na forma como você leva a mensagem ao médico", diz ele.

EQUIPAMENTOS

Na avaliação de Franco Pallamolla, presidente da Abimo (associação que reúne as indústrias de equipamentos médico-hospitalares), é preciso investigar razão pela qual eventuais médicos aceitem "troca de favores" com a indústria."É por má índole ou porque o modelo de remuneração desses profissionais está ultrapassado?",questiona. Pallamola defende que, no caso da indústria de medicamentos, existe um "espaço lícito, mercadológico,que funciona em qualquer segmento da economia"."O médico é o nosso cliente", afirma.Questionado sobre a existência ou não de empresas de órteses e próteses que pagam comissões (em média,20%do valor do produto) a médicos prescritores, ele diz que o assunto já foi tema de debates da instituição com planos de saúde, poder público e entidades de médicos."Volta e meia alguém fala, mas é difícil ter denúncia formal", diz.Ele afirma que na

área de equipamentos médico-hospitalares o negócio dificilmente é fechado por intermédio de uma única pessoa."É toda uma cadeia de profissionais, o que dificulta negócios ilícitos ou antiéticos."
(CLÁUDIA COLLUCCI)

Sedução da indústria começa com estudantes de medicina
COTIDIANO
DE SÃO PAULO

O processo de sedução da indústria de medicamentos e de equipamentos já começa nos bancos das escolas médicas.

Na pesquisa do Cremesp, 74% dos médicos declararam ter presenciado ou recebido benefícios durante os seis anos de curso.Outros 58% receberam a visita de representantes da indústria no hospital-escola. Um percentual menor (13%) teve financiamento para participar de eventos científico, cultural ou esportivo."Os brindes, os patrocínios já começam na graduação.Quando formado, o médico continua achando a relação natural", diz Bráulio Luna Filho, do Cremesp.

No EUA, as principais escolas médicas, como Harvard,Stanford e Michigan, criaram regras para combater o conflito de interesse. Representantes da indústria, por exemplo, não podem circular nos hospitais-escola.Em Harvard, estudantes têm criticado professores que recebem presentes ou dinheiro da indústria farmacêutica(fazendo pesquisa ou dando cursos ou palestras).A questão é: até que ponto há isenção no que eles estão ensinando aos alunos?

Segundo Marcos Boulos, diretor da Faculdade de Medicina da USP, alguns setores do Hospital das Clínicas-como o de infectologia- já restringem o acesso dos representantes da indústria, embora outros ainda dependam das amostras grátis.Mas ainda não há políticas de restrição em relação aos estudantes. Na sua opinião, só é justificável um professor da USP ter atividades financiadas pela indústrias e ele estiver envolvido em alguma pesquisa clínica dentro da universidade.

Brasília, 31 de maio de 2010
Valor Econômico/BR
Veja mais

Brasileiros vão à Argentina para estudar medicina

ESPECIAL

Geronimo Molina/Sub.coop/Valor

Felipe Nori prestou vestibular para a Unicamp e duas faculdades do interior de São Paulo, não passou e foi para a Argentina: Não quis perder mais um ano de cursinho

Daniel Rittner

Mensalidades baixas e dispensa de vestibular são atrativos

Vaga sem vestibular, mensalidade em torno de R\$800, custo de vida barateado pela fragilidade do peso e a oportunidade de contato com outras culturas têm levado um número cada vez maior de estudantes brasileiros- acostumados a pagar até R\$ 5 mil por mês e submetidos a um rigoroso processo seletivo - às faculdades argentinas de medicina.

Faltam números oficiais a respeito, em órgãos do Brasil e da Argentina, mas estimativas do setor privado apontam a presença de 2,5 mil alunos somente em Buenos Aires e até 15 mil nos países vizinhos do Mercosul.

A maioria dos estudantes recorre à ajuda de empresas que fazem a intermediação com as universidades e agilizam a regularização de documentos. Uma delas, a paranaense Vive em Buenos Aires, começou em 2002 e hoje encaminha alunos brasileiros a 68 instituições de ensino médico na Argentina.

Outro sinal da forte demanda brasileira - e do interesse argentino em explorar esse nicho - é a instalação de uma filial da Fundação Héctor Barceló em Santo Tomé, cidade vizinha à fronteira São Borja, no Rio Grande do Sul. Nos anos 90, recebíamos estudantes brasileiros, mas eram poucos e desatentos, sem vontade de aprender, diz Hernán Adana, professor de histologia da Universidade de Morón, na periferia de Buenos Aires.

Hoje há uma quantidade muito maior, talvez pelo câmbio favorável, e mudou o perfil. Na minha turma, os alunos são empenhados e buscam criar vínculos afetivos com o corpo docente, convidando-nos sempre para almoçar na casa deles, descreve Aldana.

Dos 170 estudantes de medicina que cursam o primeiro ano em Morón, 48 são brasileiros - paulistas e goianos, principalmente. Na próxima temporada, a universidade (privada) pretende destinar até cem vagas a estudantes que vêm do Brasil. Felipe Nori, 18 anos, de Ribeirão Preto, prestou vestibular para a Unicamp e duas faculdades particulares do interior de São Paulo, no fim do ano passado. Não passou, pesquisou sobre o ensino na Argentina e decidiu fazer as malas. Não quis perder mais um ano de cursinho, admite.

Em vez de vestibular, os pretendentes a uma faculdade pública na Argentina fazem o chamado ciclo básico comum, conhecido como CBC, um curso pré-graduação que dura cerca de um ano. Para quem quer seguir medicina, há ênfase nas aulas de biologia e química. Ao longo do curso, que já conta como primeiro ano de universidade, são aplicados exames regularmente. Só continua quem obtém nota mínima.

Na Universidade de Buenos Aires (UBA), o curso de medicina é o mais concorrido: teve 5.986 inscritos em 2010. Em média, 20% desistem da carreira no próprio CBC, sem nem fazer todos os exames. Nas faculdades privadas, esse curso é mais rápido, em torno de três meses. Em muitas delas, os brasileiros conseguem até saltar a seleção, com uma prova para testar conhecimentos básicos. A facilidade na obtenção de uma vaga pode virar dor de cabeça mais tarde.

Um dos erros mais comuns é entrar com visto de turista e renová-lo a cada 90 dias. Se o aluno não regularizar sua situação até o fim do primeiro ano, corre o risco de complicar a revalidação do diploma no futuro, diz Kleber Rezende, fundador da Vive em Buenos Aires.

Outro transtorno possível é a carga horária. No Brasil, o Ministério da Educação exige um mínimo de 7,2 mil horas, enquanto boa parte das faculdades argentinas tem cerca de 6 mil horas na grade curricular. Por isso, tornou-se comum que as empresas especializadas em intermediar o contato entre os alunos brasileiros e as universidades locais façam um complemento por fora.

A Isped, de São Paulo, oferece um pacote por R\$ 1.200 mensais. Sem ele, o custo cai para R\$ 850, que é apenas o pagamento da faculdade. Além da vaga em uma instituição privada, esse pacote inclui aulas de espanhol na chegada e até o fim do primeiro semestre, e 3 mil horas adicionais durante o curso, em disciplinas cujo conteúdo varia muito conforme o país de ensino - como medicina do trabalho, legislação e código de ética.

Para facilitar a revalidação do diploma, reforçamos o conteúdo brasileiro, como parte da grade curricular e com professores vindo do Brasil, diz Valdir Carrenho, coordenador pedagógico da Isped.

Para médicos paulistas, ensino dos vizinhos é ruim

ESPECIAL

De Buenos Aires

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) se diz preocupado com a formação de estudantes brasileiros no exterior. A entidade questiona a qualidade do ensino nos países vizinhos e cobra mais rigor do governo na revalidação do diploma. É uma situação que não interessa ao nosso sistema de saúde e no qual o paciente, em última instância, sai como principal prejudicado, diz Isac Jorge Filho, coordenador da comissão de pesquisa e ensino médico do Cremesp.

Jorge Filho evita generalizar, mas lembra que a impossibilidade de fiscalização dos cursos por autoridades brasileiras transforma em incógnita a formação dos futuros profissionais. Alguns dizem que vão estudar no exterior porque é mais barato. Não sei, a minha impressão é de que vão mesmo porque não conseguiram passar no vestibular.

Uma das maiores preocupações do Cremesp é com a suposta precariedade do ensino em algumas especialidades, além da falta de estrutura. Chega a haver mil alunos por turma em Cuba. Sabemos de escolas na Bolívia em que os cursos teóricos são ministrados em garagens, literalmente.

E a Argentina não tem as mesmas doenças tropicais que o Brasil, diz Jorge Filho. Ele reconhece que o ensino médico no Brasil tem piorado sensivelmente.

Em outubro de 2009, um exame feito voluntariamente por 621 alunos do sexto ano de medicina no Estado de São Paulo teve resultados pouco animadores: 56% dos participantes foram reprovados, não tendo alcançado a nota mínima de 6 na prova objetiva. Se as escolas fiscalizadas pelo MEC já são ruins, é preciso ser ainda mais cauteloso com as faculdades do exterior, argumenta. Para o coordenador do Cremesp, a falta de investimentos em laboratórios e no corpo docente costuma explicar o baixo custo das faculdades de medicina nos países vizinhos.

Valdir Carrenho, diretor da Isped, empresa que assessora estudantes brasileiros em universidades argentinas, confirma o contraste de remuneração: enquanto um professor no Brasil ganha cerca de R\$ 100 por hora/aula em uma universidade privada de prestígio, o pagamento na Argentina fica em 50 pesos (uns R\$ 25).

Carrenho rejeita, porém, que esse seja um fator preponderante na diferença de custo. Hoje, faculdade de medicina no Brasil virou comércio. Como há mais demanda do que oferta, quem tem curso preenche todas as vagas, a qualquer preço.

Na verdade, a medicina argentina está um passo à frente da medicina brasileira, afirma. Para ele, a reação do Cremesp e de outros conselhos regionais ocorre pelo desejo de manter reserva de mercado, com menos concorrência para os profissionais. (DR)

Brasília, 30 de maio de 2010
Jornal do Commercio PE - Recife/PE
Ministério da Saúde | Institucional

A interminável fila por uma cirurgia no SUS

BRASIL

Espera para fazer uma cirurgia eletiva (aquela que não implica em risco de vida imediato) pode chegar a até cinco anos. Com estrutura inferior à demanda, hospitais dão prioridade às urgências.

Fábio Fabrinie

Catarina Alencastro

Agência O Globo

BRASÍLIA

Desde que despencou de um ônibus e fraturou o joelho direito, em 2007, o motorista Erismar Sousa Sá, 36 anos, vive à base de compressas, anti-inflamatórios e injeções para dor. O problema poderia ser resolvido com cirurgia, mas se transformou numa tragédia sem prazo de validade. Quase três anos se passaram, e ele perambula por hospitais públicos do Distrito Federal, à espera do dia de entrar no bisturi.

A exemplo de milhares de brasileiros, permanece encostado numa fila que não sabe como anda e onde termina. Só nas sete maiores capitais do País São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Brasília, Fortaleza, Belo Horizonte e Curitiba, pelo menos 171,6mil pessoas aguardam a chance de se operar, agonia que pode levar até cinco anos.

O número se refere às chamadas cirurgias eletivas (aquelas que podem ser agendadas, por não implicar em risco imediato à vida). São mais de mil procedimentos, que vão de uma retirada de amígdala à correção de uma fratura na coluna.

A pesquisa foi feita pela Agência O Globo nas secretarias municipais e estaduais de Saúde, mas elas próprias admitem que os dados estão subestimados. Na maioria dos Estados e capitais, gestores responsáveis pela administração da fila têm dados parciais sobre a demanda reprimida ou nem sequer os possuem. Em muitos casos, transferem a regulação aos hospitais, que definem prioridades conforme seus interesses. O problema da fila tem raiz na estrutura da saúde pública.

Como a quantidade de leitos, profissionais e equipamentos é inferior ao necessário, as unidades de saúde priorizam procedimentos de urgência e emergência. Sem uma coordenação unificada dos serviços, o cidadão não sabe quando terá vez. Também contribui para a fila a lógica do mercado. Médicos e hospitais conveniados preferem realizar cirurgias privadas ou de convênios, que remuneram melhor que o SUS.

Dados do Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde apontam que, em geral, a tabela do serviço público paga 50% do valor coberto pela rede particular. Em Belo Horizonte, uma das poucas cidades que unificaram dados sobre cirurgias numa central, a Secretaria municipal de

Saúde tem complementado o valor dos procedimentos, com base no cumprimento de metas, para equilibrar a relação e aumentar a produtividade.

Na retirada de um útero, cujo repasse do SUS é de até R\$ 460,05, o acréscimo chega a R\$ 1mil. A precariedade das informações Brasil afora é evidente. Enquanto Belo Horizonte informa ter 51,8 mil pessoas na fila, a Secretaria municipal de Saúde de São Paulo, com população quatro vezes maior, diz 22,7 mil pacientes nos hospitais na fila da cirurgia eletiva.

O Estado, responsável por outra parte da prestação do serviço, não dispõe de estatística. No Rio, o município divulga apenas quantos cidadãos chegaram à etapa final da fila e passam por avaliações clínicas para a cirurgia (5,1 mil), mas não apresenta quantos estão represados em outras fases do processo de espera. Só o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Inato) no Rio informou este ano que a fila de espera tem 20 mil pessoas. Professora de Saúde Pública da UFRJ e diretora do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Lígia Bahia diz que a situação traz consequências perversas.

A espera pode agravar o quadro de saúde. Sem gestão efetiva das filas, não há como priorizar casos mais graves com base na idade, tempo de espera e situação clínica. A falta de transparência impede que ele saiba em que lugar da lista está. Algumas pessoas levam vantagem com isso, o que é uma tragédia, diz. Reservadamente, secretários municipais admitem que, para os estabelecimentos, é mais interessante financeiramente operar pacientes de menor gravidade, o que garante maior rotatividade dos leitos e lucro. Se temos um sistema único de saúde, temos de ter um sistema único de informações.

Essas questões não podem ser decididas por um estabelecimento ou profissional, afirma Lígia. Tornou-se natural uma pessoa ficar três, cinco anos esperando. Ela lembra que, em países como Inglaterra, há limites para a espera, e o Brasil tem de caminhar para regulamentação semelhante. Preocupado com a situação, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estuda medidas para acabar com a inconsistência e sonegação de informações.

O assunto pautou reuniões durante este mês. Em junho, o grupo discutirá com o Ministério da Saúde, representantes de Estados e municípios proposta da Controladoria Geral da União para a criação de um portal da transparência do SUS, que agregue informações reais sobre o sistema. A Procuradoria Geral da República se dispôs a colaborar.

Segundo o presidente do conselho, Francisco Batista Júnior, quem não tem controle da situação pode ser processado: É um atestado de incompetência um gestor municipal afirmar que não tem a demanda que precisa atender, critica. Batista diz que, desde o fim de 2009, cobra do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, sem sucesso, dados sobre a fila.

Os secretários admitem falhas, mas ponderam que têm feito investimentos para melhorar a gestão. No Rio, das 108 mil internações cirúrgicas do ano passado, apenas a metade passou pelo sistema de regulação da prefeitura, nos cálculos da subsecretária geral de Saúde, Ana Maria Schneider.

O restante ficou a cargo dos hospitais. Ela diz que um novo modelo foi implantado. ARGUMENTO O Ministério da Saúde não nega a defasagem de sua tabela, mas argumenta

que nos últimos anos vem aplicando reajustes. A última atualização, em 2008, teria contemplado mais de mil procedimentos. Não ocasião, dos 90 incluídos na política nacional, 59 tiveram aumentos.

O percentual médio aplicado não foi informado. Em nota, o ministério também argumenta que, embora a responsabilidade sobre as filas seja de Estados e municípios, mantém desde 2004 a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade, para aumentar a produtividade no SUS. Gestores locais enviam projetos apontando suas demandas, e o governo federal repassa verba. O programa abrange 90 tipos de procedimento.

Em 2008, foram enviados 223 projetos, com pedido de 311,4 mil cirurgias em 3.051 municípios. Até março deste ano, foram transferidos R\$ 229,4 milhões para a execução dos serviços. A avaliação das cirurgias que serão feitas a partir de julho está sendo concluída.

*Brasília, 30 de maio de 2010
Zero Hora - Porto Alegre/RS
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

O financiamento da Saúde

EDITORIAL

Convidados a participar do encontro de secretários municipais da Saúde em Gramado (RS), os pré-candidatos mais citados nas pesquisas de opinião pública para a Presidência da República reconheceram a importância da regulamentação da Emenda Constitucional²⁹, que define políticas objetivas para esta área, sem deixar claro como pretendem assegurar os recursos adicionais necessários.

Como a iniciativa deve ampliar o atendimento à população e exigir, portanto, ainda mais recursos, o país precisa se preocupar, desde já, em evitar alguns riscos. Entre eles, estão a possibilidade de um engessamento ainda maior dos já excessivamente comprometidos orçamentos nas três instâncias da federação e, inclusive, a de o contribuinte ser chamado a pagar a conta adicional. Aprovada em 2000, a emenda constitucional que a campanha presidencial recolocou no centro dos debates obrigou a União a investir 5% a mais do que havia sido transferido no ano anterior para a saúde, valor corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Os estados, por sua vez, deveriam repassar 12% da arrecadação para o setor, e os municípios, 15%. A questão é que a regulamentação, prevista para ocorrer em 2004, continua pendente até hoje. O Sistema Único de Saúde (SUS) precisa contar com recursos em volume adequado para garantir a universalização dos serviços com qualidade. E, o que é igualmente importante, para permitir o salto necessário à correção de falhas que hoje comprometem o sistema.

Uma das alternativas é a ênfase à prevenção, com a ampliação da rede de assistência ambulatorial para desafogar a rede hospitalar. Antes de pensarem dinheiro extra para o SUS, os presidentiáveis deveriam insistir na necessidade de maior eficiência no uso dos recursos disponíveis, que podem até mesmo ser reforçados com a aprovação de uma reforma tributária. Mas o tema deve ser tratado sob o ponto de vista dos interesses dos usuários do sistema, sempre às voltas com filas e com incertezas, e não de quem está simplesmente em busca de voto.

Saúde para o Brasil

OPINIÃO

EDITORIAIS

SUS chega à 3ª década com deficiências sérias de gestão, financiamento, cobertura e qualidade; país precisa de metas claras, como no ensino

Completadas duas décadas do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, o Brasil ainda está longe de dar resposta adequada ao problema. Há progressos evidentes, como a queda de 60% na mortalidade infantil, de 47,1 para 19,3 óbitos até 1 ano de idade por mil nascidos vivos. Prosseguem as filas e humilhações, contudo, para um quarto da população brasileira, que depende exclusivamente do SUS para ter acesso a tratamentos. O país gasta pouco e mal com saúde.

A despesa nacional está em torno de R\$ 250 bilhões anuais, dos quais cerca de 60% são desembolsados pelo setor privado (famílias e empresas). O restante - menos de R\$ 100 bilhões - fica com o setor público (União, Estado e municípios).

O dispêndio representa algo entre 7,5% e 8% do PIB, menos que a média mundial de 8,7%. O Reino Unido, nação desenvolvida com serviço de saúde universal como o SUS, investe 8,5% do PIB, mas 85% da despesa é estatal. A exemplo das metas adotadas para a educação, que abocanha 13% dos orçamentos estaduais, a saúde, com 12% da despesa pública, deveria adotar objetivos precisos e mensuráveis para uma data simbólica como o ano 2022, bicentenário da Independência.

Esta Folha toma aqui a iniciativa de propor oito metas para discussão. Entre especialistas em saúde pública de variados matizes ideológicos, é consensual a ideia de aumentar o gasto e também a parcela despendida pelo Estado.

Os pré-candidatos à Presidência da República Dilma Rousseff (PT) e José Serra (PSDB) convergem na identificação da prioridade imediata: regulamentar a emenda constitucional nº 29, que fixa percentuais mínimos de gastos com saúde. Assumiram o compromisso na quinta-feira, em debate no Rio Grande do Sul.

A regulamentação é indispensável para tapar as brechas empregadas por Estados e municípios para descumprir os percentuais de 12% e 15%, respectivamente. Definido em lei o que pode ser considerado despesa com saúde, ficarão impedidos de lançar nessa conta itens como restaurantes populares ou aposentadorias. Calcula-se que a evasão subtraia R\$ 2 bilhões anuais da área. Um gasto de 10% do PIB seria mais condizente como sistema universal preconizado na Constituição.

A parcela do gasto público, por seu turno, deveria elevar-se na próxima década para 70%, a média em países da OCDE. Tal salto nos prepararia melhor, também, para a transição demográfica por que passa o país.

A população envelhece e, com isso, cresce a demanda por tratamentos complexos e caros para doenças crônicas, como as cardiovasculares e os cânceres.

Sobrevivem as velhas doenças infecto contagiosas do Brasil pobre e atrasado - dengue, malária, tuberculose, leishmaniose, hanseníase. Num caso e no outro, urge adotar metas para reduzir a

incidência e a letalidade das duas classes de moléstias. Seria um erro, porém, reincidir na criação de impostos para alcançar tais objetivos.

Mais racional seria eliminar subsídios para que os mais favorecidos se associem a planos de saúde privados, como o desconto de despesas médicas no Imposto de Renda. Estimam-se R\$ 14 bilhões anuais de renúncia fiscal e subsídios, recursos públicos que deveriam servir para tornar o SUS de fato universal, integral e de qualidade.

Entende-se que fujam dele, em sua precariedade atual, aqueles que podem pagar. Que o façam, então, só com recursos próprios, sem ressarcimento pelo erário. Uma diminuição progressiva do incentivo facilitaria a travessia, até cair a zero em 2022.

O subfinanciamento não representa o único percalço do SUS. Tão ou mais graves são os problemas de gestão, que resultam no desperdício de recursos preciosos. O sistema carece de uma revolução nessa área, com adoção de padrões e metas mínimos de atendimento e desempenho, que possam ser aferidos por autoridades e cobrados pelo público. Muitos no Brasil parecem já ter despertado para a importância da educação no desenvolvimento do país.

Para que os brasileiros se qualifiquem e se preparem para as exigências da economia do conhecimento, porém, precisam gozar de boa saúde. É um direito seu - e uma obrigação de todos.

*Brasília, 29 de maio de 2010
Folha de S. Paulo - São Paulo/SP
Temas de Interesse | Saúde Pública*

Verde diz que prefere perder a ganhar no "vale-tudo"

*PODER
GRACILIANO ROCHA
ENVIADO ESPECIAL A GRAMADO (RS)*

Estacionada em terceiro lugar na corrida presidencial, a senadora Marina Silva (PV-AC) disse que prefere ser derrotada na eleição a vencer o pleito "a qualquer preço". Pesquisa Datafolha divulgada na semana passada mostrou a pré-candidata com 12% das intenções devotos, enquanto os oponentes José Serra (PSDB) e Dilma Rousseff (PT) aparecem empatados com 37%.

Ontem, ao discursar em Gramado, no Rio Grande do Sul, Marina usou um jogo de palavras com os verbos ganhar e perder para sustentar que é melhor a derrota "com princípios" à vitória abrindo mão deles. "Você ganha perdendo quando, para ganhar, vale tudo. Você pode perder ganhando quando mantém os princípios", disse. "Isso não significa quantidade devotos.

Você pode sair maior mesmo quando você perde." A pré-candidata enfrenta dificuldades como a debilidade de palanques estaduais e a falta de tempo na TV para crescer nas pesquisas e sobreviver à polarização entre tucanos e petistas. Um dia depois de Dilma e Serra, Marina viajou a Gramado para discursar no Congresso Brasileiro de Secretarias Municipais de Saúde.

Assim como eles, Marina prometeu tirar do papel a emenda constitucional 29, que prevê aumento de investimentos federais na saúde, sem indicar exatamente de onde sairiam os recursos. Mas ela disse que, em sua proposta, o percentual de 10% da Receita Federal para o setor seria alcançado gradualmente, e não em um "passe de mágica".

"Não acredito em mágica, até porque essa coisa de mágica aparece muito em período de campanha. [Foram]16 anos em que as pessoas tiveram a oportunidade e não fizeram", disse ela, referindo-se ao período de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva na Presidência da República.

Ex-ministra do Meio Ambiente de Lula de 2003 a2008, a senadora trocou o PT pelo PV no ano passado para disputar a Presidência. No evento dos gestores de saúde, Marina foi mais aplaudida que Serra e Dilma.

A pré-candidata do PV falou sobre sua vida para ilustrar o seu "compromisso" com a saúde pública."O médico olhou para mim para minha tia que havia me levado e disse: "Essa daí já está com a alma no inferno há muito tempo". Quando vocês falam em acolhimento e em humanização da saúde, eu tenho um compromisso visceral com isso."

*Brasília, 29 de maio de 2010
Correio Braziliense - Brasília/DF
Ministério da Saúde | Órgãos Vinculados | SUS*

Suporte à Emenda nº 29

POLÍTICA

Porthus Junior/Zero Hora

No mesmo tom dos rivais na corrida presidencial, Marina promete implementar, gradualmente, a lei que fixa percentual do Orçamento para a Saúde Assim como fizeram Dilma Rousseff e José Serra na quinta-feira, a presidenciável Marina Silva, do PV, endossou o apoio à Emenda Constitucional nº29.

O posicionamento em relação ao projeto que prevê a definição de um percentual mínimo de recursos para ser aplicado exclusivamente na área de saúde era esperado, até por ser um dos pleitos mais estratégicos para os 2,5 mil participantes do Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em Gramado (RS).

O que eu posso dizer é que também me comprometo com aquilo que já deveria ter sido feito há vários anos, afirmou Marina. A emenda constitucional foi aprovada pelo Congresso no ano 2000 e obrigava a União a investir 5% a mais do que havia sido transferido no ano anterior para a área de saúde, valor corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Pelo texto,os estados teriam de repassar12% da arrecadação para o setor e os municípios,15%.A regra, inicialmente transitória, deveria ter vigorado até 2004, limite para que uma Lei Complementar regulamentasse a medida.O projeto, contudo, está parado na Câmara dos Deputados há mais de dois anos.Muitos prefeitos acreditam que a Saúde poderia receber até R\$ 20 bilhões a mais por ano com a emenda.

O governo federal reluta em aceitar a vinculação enquanto não for apontada uma fonte segura para os recursos que terá de aplicar. O período eleitoral é um momento mágico, no qual todas as janelas são abertas se aquilo que era impossível se torna possível com uma facilidade incrível, ironizou a pré-candidata,em referência a Serra e a Dilma, que também se comprometeram com o tema.Segundo ela, a

implementação da Emenda nº 29, num potencial governo do PV, seria gradual e o dinheiro viria de remanejamentos do Orçamento federal, depois de um debate qualificado com a sociedade.

Marina foi muito aplaudida quando disse, diante dos gestores municipais, que a na o regulamentação transfere a conta da Saúde de estados e da União para as prefeituras.

Inferno

Em vários momentos, Marina usou a própria história como exemplo de seu compromisso com o funcionamento da saúde pública. Ela relatou que o pai, de 82 anos, e os irmãos são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e lembrou uma passagem de sua vida, em que recebeu tratamento errado quando vivia em um seringal no Acre.

Aos 14 anos, ela sofria de hepatite, foi tratada com remédios para malária e acabou desenganada. O médico olhou para mim e para minha tia, que havia me levado, e disse: Essa daí já está com a alma no inferno há muito tempo. Quando vocês falam em acolhimento e em humanização da saúde, eu tenho um compromisso visceral com isso, afirmou.

Marina ironiza promessa de Serra e Dilma

O PAÍS

Verde diz que regulamentar Emenda 29 virou algo 'mágico' Clarissa Barreto*GRAMADO (RS).

A pré-candidata do PV à Presidência, Marina Silva, pôs em dúvida ontem, no Rio Grande do Sul, a intenção dos adversários Dilma Rousseff (PT) e José Serra (PSDB) de agilizar a regulamentação da Emenda 29, que aumenta os investimentos em saúde.

A emenda foi aprovada em 2000, mas nunca regulamentada. No Congresso Nacional de Secretarias de Saúde, em Gramado, anteontem, Dilma e Serra prometeram regulamentar a Emenda 29.

- A eleição é um período mágico. Aquilo que não foi feito, que era impossível, torna-se uma facilidade incrível. Se é tão mágico, por que levar 16 anos? - perguntou Marina no mesmo evento. Ela também se comprometeu com a regulamentação:

- Sei que todo mundo veio aqui falar que vão implementar a Emenda 29. E vou cancelar isso, mas vamos qualificar este debate. FHC assumiu em 1995, a emenda é de 2000, em 2004 foi proposta a regulamentação. São 16 anos, quase duas décadas perdidas.

Marina usou exemplos pessoais para criticar a protelação da regulamentação: - Mais que estudar o assunto, vivo o problema. Quando ligo para meu pai e dizem que a pressão dele subiu, pergunto se levaram ao posto. Minhas irmãs domésticas, trabalhadoras rurais, é no SUS que são atendidas. Sei quantas vidas são ceifadas por esta medida protelatória.

Agora vão fazer, e ano que vem? Marina elogiou o SUS e lamentou o excesso de críticas ao modelo. Ela lembrou que, quando jovem, não havia o SUS e que, por isso, passou por percalços.

- Aos 14 anos, tive minha primeira hepatite e fui medicada pelo guarda da malária, com remédios para malária. Na cidade, fui para a fila dos indigentes, pois ainda não existia o SUS. E o médico disse para minha tia: "Agora que você trouxe essa daí? Essa já está com a alma no inferno".

Brasília, 29 de maio de 2010

O Estado de S. Paulo - São Paulo/SP

Temas de Interesse | Presidenciais

Marina promete destinar à saúde 10% da receita

NACIONAL

Elder Ogliari

Pré-candidata do PV à Presidência, Marina Silva, prometeu trabalhar para destinar 10% da receita da União à área da saúde, se eleita.

O compromisso foi assumido ontem nº 26.º Congresso Nacional de Secretários da Saúde, em Gramado (RS), um dia após os adversários Dilma Rousseff (PT) e José Serra (PSDB) passarem pelo evento acenando com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que transferiria mais verbas para o setor. Marina advertiu que não está fazendo discursos fáceis para subir nas pesquisas. "Seria demagogia dizer que no primeiro dia de 2011 eu já decreto que vai ser 10%, porque tem de dizer de onde vem o dinheiro." Ela afirmou que o aumento será progressivo, da estimativa atual de 3% até chegar ao patamar ideal.

Na quinta-feira, quando estiveram no evento, em horários diferentes, Dilma e Serra fizeram agradecimentos ao público. O tucano garantiu que regulamentará a Emenda 29 no início de seu mandato, caso vença a eleição. A petista também considerou a iniciativa imprescindível. "O período eleitoral é um período mágico. Todas as janelas se abrem e, como um milagre, aquilo que não foi feito, aquilo que era impossível torna-se uma facilidade incrível", declarou Marina, numa referência às promessas dos rivais.

A presidenciável também se comprometeu a regulamentar a Emenda 29. Mas defendeu que os investimentos em saúde, para chegar aos 10%, poderão ser feitos independentemente da regulamentação. "O que eu posso dizer é que também me comprometo com aquilo que já deveria ter sido feito há vários anos", afirmou a senadora.

A regulamentação da emenda esclareceria o que pode ser qualificado como gasto com saúde e determinaria vinculações à União. A maioria dos municípios já gasta os 15% determinados pela emenda. Alguns Estados lançam obras de saneamento, assistência social e despesas previdenciárias na rubrica para chegar aos seus 12%. E a União deve aplicar o valor gasto no ano anterior mais a variação do PIB.

Os prefeitos acreditam que a saúde pode receber R\$20 bilhões a mais por ano se a regulamentação estabelecer critérios que evitem as maquiagens estaduais e exijam da União investimentos de 10% de sua receita corrente bruta. O assunto está em pauta desde que a emenda entrou em vigor, em 2000. O governo federal reluta em aceitar a vinculação enquanto não for apontada uma fonte segura para os recursos que terá de aplicar. CPMF. Na mesma linha, Marina abordou outro tema polêmico.

Diante de uma plateia simpática à existência da extinta CPMF como fonte de financiamento para a saúde, a pré-candidata lembrou que, como senadora, votou a favor da contribuição, mas não se comprometeu a ressuscitá-la, alegando que "essa é uma discussão que tem que ir para a reforma tributária".

Expediente

Carta Eletrônica do CNS

Publicação do Conselho Nacional de Saúde - Ano VI – 31 de maio de 2010.

Secretaria Executiva do CNS

Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde