**Balanço Frente da Saúde**

Cumpridos mais da metade do governo da presidenta Dilma, os desafios para garantir os direitos sociais, entre estes o direito à saúde, permanecem atuais. Ampliar o acesso das pessoas à atenção à saúde de qualidade e em tempo adequado foi tema da 14ª Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 2011, e o ministro Alexandre Padilha afirmou a garantia do atendimento de qualidade como uma das prioridades do governo .

 Para alcançar essa meta ainda há muito a fazer. O sentido geral do processo de construção do SUS é de avanço lento , com muitas assimetrias, correspondendo às desigualdades do nosso país. O Brasil vive nova realidade demográfica e epidemiológica. Por um lado, a vida média do brasileiro passou de 62 anos, na década de 80, para 74 anos nos dias atuais. Por outro lado, as taxas de natalidade são decrescentes, inferiores à taxa de reposição, e há previsão de que o número de idosos será igual ao de jovens e crianças em 2050. O brasileiro morre menos por infecções, mas epidemias ou endemias como dengue, hanseníase, malária persistem. Doenças crônicas como hipertensão e diabetes predominam e aumentam os eventos agudos causados por acidentes e pela violência interpessoal. Comemoramos o fato do país ter alcançado a meta do milênio de redução da mortalidade infantil 3 anos antes, mas lamentamos que a mortalidade materna permaneça elevada e provavelmente não será atingida a meta pactuada para 2015.Cabe destacar que quando discriminado por raça/cor, as mulheres negras são as que mais morrem.

 **São muitos os entraves a superar.**

É indispensável que as 3 esferas: federal, estadual e municipal atuem de forma integrada, que se evite descontinuidade das ações nas mudanças de governo, ou seja, que a saúde seja tratada como política de estado. Infelizmente essa não é, ainda, a nossa realidade. A atual gestão do ministério da saúde propôs e a presidenta Dilma regulamentou a Lei Orgânica da Saúde - 8080/1990, através do Decreto 7508 (junho de 2011), que estabelece o COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública, para dar maior nitidez ao papel da União, Distrito Federal, estados e municípios, organizando as ações e serviços de saúde de uma região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população, com definição de responsabilidades de cada ente da federação. O COAP dá segurança jurídica quanto às definições das responsabilidades e deve ser construído a partir dos planos municipais de saúde, aprovados nos conselhos de saúde, com definição das responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos em relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação, os recursos financeiros e demais elementos necessários à implementação integrada das ações de saúde. Até o início de 2013, em apenas dois estados, Mato Grosso do Sul e Ceará, se avançou na implementação do COAP.

Na atual gestão, também foi aprovado no Congresso Nacional à regulamentação da EC-29, que trata do financiamento da saúde e definiu o percentual mínimo dos estados (12%), municípios (15%) e da união (foi mantida a proposta baseada na variação do PIB do ano anterior) e relacionou o que pode ser considerado ações de saúde para aferição desses percentuais. Teria significado um grande avanço, se a proposta original, aprovada em Conferencia Nacional de Saúde, de 10% das receitas correntes brutas da união, tivesse permanecido na proposta aprovada. Em 1995 os gastos da união representavam 11% e na última década ficou entre 7 a 8% das receitas correntes brutas. .Apesar do crescimento do orçamento federal de 28,3 bilhões em 2002 para 93,4 bilhões em 2012, o componente de recursos federais, no orçamento geral da saúde caiu, havendo crescimento dos recursos estaduais e principalmente dos recursos municipais. Atualmente, a média nacional do comprometimento dos orçamentos municipais com a saúde é de 20%, acima, portanto, do mínimo de 15% aprovado. Países como Canadá, Inglaterra, França, Espanha tem padrão de gasto com a saúde, em que a fatia pública representa mais de 70% do gasto total, enquanto o Brasil tem padrão semelhante ao dos EUA, em que a fatia pública representa menos da metade do gasto total, com a diferença de que o valor per capita dos EUA é 9 vezes maior. A Argentina tem 66%, do gasto total, de recursos do estado. Outra referencia é a média mundial de 5,5% do PIB de recursos públicos para a saúde, o Brasil permanece na faixa dos 3,5%.

Também é consenso a necessidade de uma Atenção Básica ampla e de qualidade como porta de entrada principal do SUS, de responsabilidade dos municípios. O Ministério da Saúde lançou vários programas, destacando-se o aumento maior de recursos direcionados para as Equipes de Saúde da Família, reformas e construção de UBS, para construção das UPAS e Para o Programa Farmácia Popular, ampliando a lista de medicamentos e farmácias garantindo assim, maior acesso aos mesmos em todo o Brasil. No entanto, as dificuldades de fixar profissionais, em especial do profissional médico, tem limitado o alcance dessas medidas. O Brasil tem hoje 1,8 médicos por mil habitantes, o sistema de saúde da Inglaterra (60 milhões de habitantes, segundo maior sistema público) tem 2,7 para cada mil habitantes. O MS tem apoiado a criação de novos cursos de medicina, ampliação das vagas de residência médica e apresentou proposta polêmica de trazer médicos de outros países para ampliar a oferta de profissionais para o SUS. O problema é complexo, exige medidas de efeito imediato, mas acompanhadas de outras mais estratégicas, como a criação de carreiras de estado para os profissionais do SUS, especialmente na Atenção Básica.

Entretanto, a Lei de Responsabilidade Fiscal com a definição de teto para o pagamento do funcionalismo, entre outros fatores, tem motivado os gestores a buscarem as mais variadas alternativas para ampliar os serviços e a contratação de profissionais, por meio de Organizações Sociais (OS), Fundações, Cooperativas etc. que drenam, em muitos casos, a maior parte dos recursos, em detrimento dos serviços gerenciados diretamente pelo setor público. Essa situação leva a uma fragmentação do SUS, favorece a privatização, fragiliza o controle social e promove o repasse dos recursos públicos dissociados de um plano de saúde articulado com as deliberações das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

Outro desafio de caráter estratégico é consolidar e fortalecer o setor industrial de pesquisa e inovação em saúde, impulsionando o desenvolvimento, por isso, consideramos positivo, no atual governo, o fato do MS passar a ter vaga no Conselho Nacional de Desenvolvimento Industrial e a organização do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde que busca construir caminhos para diminuir a grande dependência que temos na área de medicamentos, vacinas e insumos reduzindo a vulnerabilidade do Brasil frente ao mercado internacional.

Vale destacar, também, o gradual processo de inclusão social que as políticas da saúde, ao longo de 25 anos do SUS vêm desenvolvendo, seja pela ampliação do acesso, seja, mais recentemente, pelas políticas de equidade, que buscam dar visibilidade e incorporar ações de saúde específicas para as populações mais vulneráveis como a população negra (combate ao racismo institucional), a população de LGBT (respeito ao nome social no SUS), a população do campo e da floresta (unidades de saúdes fluviais), a população em situação de rua (consultórios na rua).

O SUS está presente no cotidiano de todos: nas ações de vigilância sanitária nos aeroportos, restaurantes e, padarias, na vigilância ambiental; na promoção da saúde com a vacinação, no controle de endemias e epidemias como a dengue, a hanseníase e a AIDS; no cuidado das pessoas, como o pré-natal, a hipertensão arterial e a diabetes; na realização de transplantes; na recuperação da saúde como o cuidado de pessoas com câncer e acidentados. O SUS precisa avançar e superar os problemas de gestão e o subfianciamento, para enfrentar melhor os desafios do século XXI. Defender o SUS como uma necessidade do avanço da sociedade brasileira é inadiável.

Para tanto é fundamental ampliar a participação social, incorporando amplos setores na defesa da saúde pública, caminho para superar os impasses e os limites do processo atual da sua construção. O controle social no SUS foi instituído em 1990 e reafirmado em todas as conferências desde então. O exercício do controle social exige persistência e luta permanente, porque significa compartilhar poder. Hoje existem conselhos municipais de saúde em todos os municípios, mas em muitos são formais. Além disso, a incorporação dos trabalhadores de saúde nos processos de discussão da gestão do trabalho e da formação profissional é insuficiente e desigual. A importância da gestão participativa para o desenvolvimento do SUS é pouco conhecida pela população e ainda encontra resistência de parcela dos gestores públicos. A definição da participação social, como um dos seus princípios, faz do SUS uma política pública avançada e transformadora, mas esse potencial não se realizará de forma isolada, exige ampliação da organização e mobilização social para o aprofundamento da democracia e a conquista da hegemonia na sociedade pelos setores populares e democráticos.

**PCdoB na Frente da Saúde**

1. Registramos ampliação da atuação do partido na Frente da Saúde – tanto no parlamento, na gestão, nos conselhos de saúde, nos movimentos sociais: comunitário, mulheres, negro, sindical, juventude, mas ainda com baixo nível de organização, enquanto frente articulada.
2. Realizamos em 2011, através da Fundação Mauricio Grabois, Seminário Nacional com a participação de cerca de 100 quadros partidários e amigos, com a representação de 12 estados. Encaminhamentos: constituição de Comissão Nacional da Saúde, com a seguinte composição: Arruda Bastos (secretário saúde do Ceará), Paulo Dantas (Pernambuco, ex-presidente do CONASEMS), Julieta Palmeira (Superintendente Bahiafarma), Pablo (Rio de Janeiro), Ronald (Santa Catarina/FENAFAR) Neio Lúcio (RS) Kátia Souto (DF), Manoel Neri (COFEN), Fernando Eliotério (CONAM), Norberto Rech (ANVISA), Marcio Florentino (CNS, UNB), Edsaura (Goiás), Rogério (CTB). Não avançamos na construção de apoio necessário para sua organização, consolidação e funcionamento.
3. Os temas discutidos nas mesas do seminário foram publicados na Revista Princípios nº 114, contribuindo para nossa atuação nas etapas da 14ª Conferencia Nacional da Saúde. A delegação composta pela militância do PCdoB, de vários estados, cumpriu papel destacado na Plenária Final da 14ª CNS. Em função disso ampliamos nossa participação, ocupando a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.
4. Eleição do CNS – cumprimos papel muito importante na condução do processo de renovação do Conselho, na articulação política, na mobilização das entidades e na presidência da comissão eleitoral. Elegemos como conselheiros nacionais representantes da CONAM, UNEGRO, UBM, UNE, FENAFAR, Associação Nacional de Pós-graduandos.
5. Movimento Saúde mais 10 – participamos do núcleo de direção, que coleta assinaturas para projeto de iniciativa popular para garantir 10% das Receitas Correntes Brutas da união para a saúde, tendo realizado ações em alguns estados, alem de Brasília.
6. Realizaremos o segundo seminário nacional em 28 e 29de junho como foco na discussão da saúde no projeto de desenvolvimento nacional e em como melhorar a nossa organização.