

Visão Política da Saúde

Durante o 14º Semestre de Debates GVsaúde, pudemos conhecer os diferentes Olhares sobre a Saúde no Brasil. No debate do mês de maio, nos aprofundamos sobre a visão do ator político sobre a saúde.

O debate foi coordenado pela professora Maria Rita Garcia Loureiro Durand², chefe de departamento de gestão pública da EAESP-FGV, pós-doutorada em sociologia pela *New York University*, pesquisadora da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo e membro da associação internacional *Political Science Association*.

Entre os palestrantes esteve o professor José da Silva Guedes, doutor em saúde pública pela faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo, professor pleno de medicina social da Santa Casa de São Paulo. Já atuou como secretário municipal da saúde de São Paulo, presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, secretário estadual de saúde. Atualmente, é consultor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS.

Outra participação especial foi a da doutora Aparecida Linhares Pimenta, médica formada pela Medicina do ABC, mestre em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP e doutora em medicina preventiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. É fundadora e vice-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, com larga experiência em defesa da rede municipal de saúde. **Álvaro Escrivão Junior**

2. O texto da professora Maria Rita Garcia Loureiro Durand será publicado na próxima edição da Revista Debates GVsaúde.

DEFINITIVAMENTE, a gestão municipal é minha praia. Desde 1985 trabalhei na gestão da Saúde em diferentes cidades do país. Foram seis anos em Bauru (SP), outros seis em Santos (SP), quatro em Chapecó (SC), oito em Amparo (SP), e agora estou há três anos e cinco meses em Diadema (SP). Com base nessa experiência, me sinto à vontade para analisar o papel do gestor municipal como ator político da saúde; e também como militante nas entidades representativas dos gestores municipais, como é o caso do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo - COSEMS SP, e o Conselho Nacional - CONASEMS, nas discussões do pacto federativo nesse setor. A própria legislação do SUS contém essa proposta extremamente ambiciosa de redes interfederativas, com organização de um sistema único com diretrizes e indicadores nacionais, mas com base local.

DEBATEDORA

**Aparecida Linhares
Pimenta**

Secretaria de Saúde de
Diadema

Mas quando falamos em base local, temos de ponderar o fato de existirem municípios absolutamente diversos em vários aspectos, inclusive em relação ao perfil demográfico. Temos a capital paulista com mais de 10 milhões de habitantes, e a pequena cidade de Borá, com menos de mil habitantes. Ante esse cenário, fica evidente o desafio de viabilizar um modelo nacional de administração da saúde, em um país com enormes desigualdades regionais. O Brasil é o único país do mundo com população superior a 190 milhões de pessoas que tem um sistema de saúde universal. E assim, vamos construindo na prática o pacto federativo por meio dos três entes da federação: União, Estados e Municípios. A União representada pelo Ministério da Saúde; os Estados representados através do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) e os Municípios representados através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEM), que representa os mais de 5 mil municípios brasileiros. Essas instituições se reúnem mensalmente em Brasília para discutir e deliberar sobre o Sistema Único de Saúde - SUS.

Do ponto de vista da gestão municipal, o desafio de construir o Sistema Único de Saúde no município é um desafio técnico e político. A partir do momento em que um prefeito, representando o conjunto de posições políticas de um ou mais partidos coligados, convi-

da uma determinada pessoa para fazer parte do seu governo, torna-se impossível exercer a função de gestão pública exclusivamente com uma proposta técnica. Por quê? Porque vários atores políticos estão disputando diferentes projetos.

O próprio prefeito tem um peso fundamental na gestão da Saúde. Mas há outros atores políticos: os vereadores, a mídia, os profissionais do SUS, os conselheiros de saúde. O papel de todos esses atores é dinâmico, e em alguns momentos, é possível unir situação e oposição contra um determinado gestor, independente da questão partidária. E particularmente no caso do SUS, ao longo de seus 20 anos de história, observamos muitos gestores comprometidos com o sistema, mas também gestores que servem a outros interesses.

Os conselheiros dos conselhos de saúde - nacional, estaduais e municipais, são atores políticos importantes. Mas nem sempre estes conselheiros exercem, de fato, o papel de fiscalização e de controle social dentro do SUS. As conferências nacionais realizadas periodicamente são espaços fundamentais de debates sobre o SUS, mas as deliberações definidas nas Conferências Nacionais muitas vezes são incompatíveis com a realidade financeira e com a própria lógica de funcionamento do sistema. Por outro lado, compreendo que essa solução só poderia ser colocada em práti-

ca mediante o crescimento político da sociedade brasileira como um todo, para que ela promovesse um controle mais ativo do estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, os conselhos e as conferências cumprem parcialmente esse papel, mas sabemos que ainda precisamos evoluir muito na gestão participativa.

Naturalmente, todo e qualquer prefeito tem um projeto próprio para a área de saúde e se pressupõe que esse programa foi referendado nas eleições pelo voto popular. No entanto, no caso do SUS não se pode olhar exclusivamente para um programa de governo do município sem considerar as diretrizes e o contexto do sistema nacional de saúde. Dessa maneira, a gestão local deve ter como meta articular os aspectos técnicos da gestão pública e a gestão política, e sempre pensando a dimensão interfederativa do SUS.

Ser gestor municipal da saúde requer cada vez mais qualificação e uma visão clara da realidade. Não podemos falar sobre a construção de uma nova forma de organização do modelo técnico-assistencial do SUS se não analisarmos

o indivíduo, que leve em consideração a vida que ele tem. A que momento se deve receitar um diurético? Como prescrever um diurético para um cidadão que passará duas horas dentro de um ônibus? E quanto tempo a equipe de saúde deve dedicar para um acompanhamento que leve em conta a singularidade de cada indivíduo? Trabalhar para que os profissionais de saúde se responsabilizem e se comprometam com a vida dos usuários é um desafio permanente dos gestores, seja no dia a dia do pronto-socorro, da Unidade Básica de Saúde e do ambulatório.

Administrar a saúde municipal significa ter capacidade para gerir essa disputa entre os vários atores e criar condições para que tanto na micropolítica do cotidiano dos serviços, como na macropolítica do SUS se caminhe na direção da defesa da vida, da qualidade, da prevenção, da promoção e da cura.

Contudo, mais um complicador: a saúde é muito mal vista pelos outros secretários municipais, por consumir muito recurso financeiro e gerar apenas resultados de longo

prazo. Comumente, até aos olhos do prefeito é difícil entender um setor que gasta, gasta e não sai da liderança nos *rankings* dos principais problemas brasileiros. A situação é diferente do que se vê na educação, com várias iniciativas que registram impacto altamente positivo, inclusive reconhecimento político.

Na condição de gestora da saúde em diferentes municípios, pude compreender que o prefeito analisará o resultado do trabalho com um olhar diferente do seu. Ele é um ser eminentemente político, seu trabalho é de natureza política e não podemos considerar isso

como um pecado. E é importante distinguir política de politicagem ou de clientelismo. É normal que ao prefeito interessa que a população identifique resultados visíveis de uma área que recebe recursos financeiros consideráveis.

Esse desafio soma-se ao trabalho pela articulação interfederativa, um enorme aprendizado sobre como fazer política de saúde, superando qualquer visão partidária, clientelista ou de curto prazo. Nos estados, as Comissões Intergestores Bipartites contam com representantes da secretaria de Estado e dos municípios, representados nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que funcionam regularmente no caso de São Paulo. Mas esta não é realidade Brasil afora. Há sempre o árduo traba-

Cabe aos gestores criar condições objetivas para garantir um encontro favorável entre o profissional de saúde e o usuário, buscando construir dispositivos para que estes encontros produzam saúde e qualidade de vida.

as enormes diferenças entre os trabalhadores do SUS. O status da categoria médica não se compara com o poder das outras profissões da saúde. O gestor da saúde deve ter capacidade de estimular e induzir o trabalho multiprofissional. Em meio a esse contexto, cabe aos gestores criar condições objetivas para garantir um encontro favorável entre o profissional de saúde e o usuário, buscando construir dispositivos para que estes encontros produzam saúde e qualidade de vida.

Um exemplo dessa realidade é a hipertensão arterial. Você pode simplesmente fazer o diagnóstico e prescrever medicamento, essencial para o controle da patologia. Mas pode também iniciar um projeto terapêutico para aquele

lho de um ator político como o COSEMS para representar 645 municípios, cuja diversidade é enorme— com metrópoles e pequenos municípios. Cerca de 73% das cidades do Brasil contam com menos de 20 mil habitantes.

O COSEMS é a entidade que representa o conjunto dos municípios dos Estados, nas suas realidades tão diversas. E para dificultar ainda mais a construção do consenso, muitos municípios não entendem exatamente qual é o papel do conselho.

Pensem agora no trabalho de transpor esse cenário para a esfera federal, com o Ministério da Saúde como personagem principal, e o CONASS e o CONASEMS atuando na Comissão Tripartite. Estas Comissões foram institucionalizadas em lei federal somente em 2011; até então, tudo era regido por portaria, que qualquer ministro podia revogar livremente.

Entretanto, da concepção de um Sistema Único de Saúde com base no município; com coordenação estadual, com regulação do acesso, e fiscalização dos conselhos, e dessa legalização constitucional à colocação em prática de um modelo universal, a distância ainda é enorme. Além disso, é preciso reconhecer também a elevada dificuldade de construir o SUS com os princípios previstos na Constituição. Afinal, os países com sistemas universais são Portugal, com 10 milhões de habitantes (número inferior ao da capital paulista), e Espanha (15 milhões), Inglaterra (60 milhões) enquanto aqui projetamos um sistema para 190 milhões de brasileiros.

Nos últimos 20 anos, o sistema privado, que deveria complementar a rede pública, cresceu de maneira significativa. Como resultado, 45 milhões de brasileiros têm acesso a um plano de saúde, para os quais são revertidos 50%, quase 55% do que se gasta em saúde no país, enquanto os outros 45% são para o SUS que atende quase 150 milhões de usuários.

Além disso, ao longo desses 20 anos não conseguimos conquistar corações e mentes do povo brasileiro para a defesa da reforma sanitária e do sistema público de saúde. Recentemente, em um seminário sobre sistemas universais realizado em Portugal, foram apresentadas pesquisas que apontaram expressiva aprovação da sociedade à rede pública local. Aqui, ao contrário, as crescentes pesquisas reve-

lam a insatisfação do brasileiro com o SUS. Os prefeitos e governadores, e mesmo a presidenta Dilma, se deparam com a saúde sendo foco de desgastes de seus governos. E esta situação compromete cada vez mais a defesa do SUS e a destinação de mais recursos financeiros para o sistema.

Constantemente mal avaliado, o sistema acaba sendo des-

Por isso, acredito que precisamos continuar lutando para fazer o sistema de saúde alcançar o status de provedor da inclusão social. Lutar para aprimorar a gestão e garantir o acesso e a integralidade do SUS.

valorizado por quem toma decisão. O Congresso Nacional extinguiu a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, o que significou R\$ 40 bilhões a menos no orçamento público, dos quais uma parte considerável era destinada à saúde. Mas essa medida seria efetivada se a saúde fosse realmente bem avaliada pela opinião pública? Trata-se de um ciclo vicioso, que transformam problemas como o subfinanciamento em obstáculos quase irreversíveis. Os países desenvolvidos investem mais de US\$ 1.350 por habitante e nós, US\$ 350. Na saúde, não existe milagre.

Não gosto de falar em retrocesso, mas estamos em um momento que exige reflexões profundas sobre vários desafios do SUS. Participei desde o início da fundação do COSEMS de São Paulo, fui a primeira presidente do Conselho e atualmente sou vice presidente do CONASEMS, dediquei minha vida ao SUS e acredito no SUS. Por isso, acredito que precisamos continuar lutando para fazer o sistema de saúde alcançar o *status* de provedor da inclusão social. Lutar para aprimorar a gestão e garantir o acesso e a integralidade do SUS. Existe uma ciência para ajudar a governar com mais eficácia? Se a resposta for sim, como incorporá-la de forma a diminuir o distanciamento entre as teorias da gestão pública e a rotina dos gestores?

DEBATEDOR

José da Silva Guedes

Fundação Butantan

COMO DEFINIR precisamente o político da saúde? Uma das hipóteses é alguém que está exercendo não apenas um cargo público, mas um cargo de nomeação política. Extraí algumas

lições da minha própria experiência de três anos como secretário municipal do então prefeito de São Paulo Mário Covas, com quem trabalhei por outros oito anos no Governo do Estado. Atuei ainda como presidente nacional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS com Adib Jatene como ministro da Saúde, o que ajudava a neutralizar a má imagem do não tão agradável governo Collor.

Uma das minhas sensações é a de que não basta ser secretário ou ter algum outro cargo. É preciso poder fazer. É preciso poder cumprir sua tarefa em relação à população. Por isso, entendendo que o dirigente da área da saúde deve ser, fundamentalmente, um defensor da área da saúde, mais do que do governo do qual ele participa. Como pouca gente dá realmente prioridade para a área da saúde e se você é o responsável por melhorar o sistema de saúde em favor da população, você tem de enfrentar com muita frequência o seu governo.

A grande tarefa do político da área da saúde é estar na frente de luta, representando a população para obter recursos e aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Esse papel pode ser focado na pessoa de um dirigente ou também em instituições criadas para representar segmentos da saúde. Um dos exemplos é o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, criado em fevereiro de 1982. Vivíamos ainda o governo Figueiredo, num momento de grandes dificuldades e de grandes expectativas.

Na época, uma grave crise pairava sobre a saúde, em três vertentes. Uma delas era a crise ideológica, por conta de grupos que estavam interessados em ampliar a assistência à população, modernizar ou aprimorar o padrão de atendimento, inclusive com reivindicações junto à Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo era assegurar a saúde para todos no ano 2000. Já a crise financeira estava relacionada à ampliação do leque de beneficiários da previdência, incompatível com a situação econômica do período. Por fim, a turbulência político-

-institucional decorria da decisão do governo de cortar os gastos na área da saúde, sob a alegação da alta incidência de roubos e corrupção.

Em 1981, o governo federal cria o Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), na tentativa de atenuar os efeitos da crise. É interessante lembrar a importância da saúde previdenciária anos atrás, em detrimento da saúde pública – primo pobre dos orçamentos daquele momento. O Conselho era constituído por um representante de vários ministérios, do setor privado (que tinha contratos com o INAMPS), da área filantrópica (que tinha convênios com o INAMPS). Mas não havia representação dos secretários estaduais e de secretarias de saúde. Na realidade, quem comandava o sistema de saúde era o governo federal.

O CONASP apresentava pelo menos 12 programas propostos para reduzir gastos. Um deles sugeria trocar a famosa guia de internação hospitalar por uma autorização de internação hospitalar, como forma de garantir mais controle. Na oportunidade, foi estabelecido um custo médio de operações para poder pagar pela média e não custear a despesa que cada hospital alegasse ter. Paralelamente, havia movimentos reformadores da saúde. Uma iniciativa de reforma sanitária era comandada pelas universidades e pelos movimentos populares e sindicais. E em 1982, ocorriam as eleições diretas para governador, em um clima de abertura política e redemocratização.

Em 1983, os novos secretários de saúde assumiriam o cargo, com a sorte de receber

dos secretários anteriores o CONASS, que permitia discussão conjunta e representação junto aos poderes federais. O Conselho nasceu em Curitiba, mas na reunião anterior em Manaus, foram lançadas pela primeira vez bases para um trabalho conjunto. Os secretários propunham criar um fundo federal para financiar as secretarias de saúde estaduais a prestar assistência primária de saúde. Uma novidade total naquele contexto.

Com a criação do CONASS, decidiu-se que todos os representantes viajariam a Brasília para conversar com Delfim Netto, o poderoso ministro do Planejamento. Naquele período, acompanhei a caravana na condição de assessor de Adib Jatene, presidente do Conselho. Foi muito interessante ouvir do ministro a seguinte afirmação: “olha, consigam que seus governadores falem comigo que eu apoio a ideia. Marquem uma audiência com o Golbery do Couto e Silva (chefe da Casa Civil e Militar) porque vai ser importante. Vocês estão querendo 5% do imposto de renda, 5% do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, mas isto vai ser muito difícil e estou disposto a trabalhar alguma coisa para caracterizar o fundo. Só que vocês precisam saber o seguinte: só vocês falam que saúde é prioridade. Os governadores nunca me procuraram para falar disto, assim como os prefeitos também não. Aliás, hoje tem um grupo de prefeitos percorrendo todos os gabinetes para conseguir uma condição especial para o óleo diesel, porque para eles o transporte é prioritário”.

Passados alguns meses, Adib Jatene recebe um telefonema de Delfim Netto, que afirma: “fizemos o fundo, mas você tem que falar com o Leitão de Abreu, que é o novo chefe da Casa Civil”. “De fato, o fundo está criado, mas não será destinado às secretarias estaduais de saúde. Ele será colocado no Banco Nacional do Desenvolvimento - BNDE e vamos inserir um S no BNDE. Será o social do BNDE, um recurso para emergências nacionais a ser manejado pelo presidente da República, não pelos secretários estaduais de saúde”.

Apesar da frustração, o CONASS se dispôs a tentar uma integração com o CONASP e passava a atuar como uma autêntica representação nacional dos secretários. Essa decisão foi politicamente muito importante, porque dos 12 programas que o CONASP propunha pra enfrentar a crise, um deles se chamava Ações Integradas de Saúde, mais conveniente para os secretários estaduais. A iniciativa permitia trabalhar diferentes níveis de assistência e contemplava também os municípios. Antes do CONASS, porém, já havia um movimento de secretários mu-

nicipais e estaduais com foco na integração da assistência. Em São Paulo, vivemos um período muito fértil em dois mandatos do professor Walter Leser, que foi secretário estadual de 1967 a 1970 e depois de 1975 a 1978. Outro período muito rico foi a gestão do Ministro da Saúde Almeida Machado entre 1974 e 1978, quando vários jovens sanitaristas paulistas foram recrutados para tentar mudar o ministério.

A estratégia do Ministério da Saúde, face à reprovação da sua proposta foi admitir que a discussão ainda não acabara e propor a continuidade do debate ao nível das secretarias estaduais, cujas conclusões deveriam ser transmitidas ao ministério.

Nesse contexto, o ministério retomou as conferências nacionais de saúde. A terceira havia sido promovida em 1963 e a quinta edição aconteceu em 1975. A 6ª Conferência que ocorreu em 1977 teve como tema fundamental a rede de saúde. Em meio a uma briga com os poderosos cardeais da previdência, o ministério viabilizou a proposta de criação de duas redes – a médico-sanitária, sob responsabilidade do próprio ministério; e a médico hospitalar, que ficaria a cargo do INAMPS, mantendo a clássica separação entre medicina curativa e medicina preventiva.

Na plenária final dessa 6ª conferência, a platéia formada por cerca de 700 pessoas votou contra a proposta do ministério, um escândalo terrível. O clima durante a conferência era ruim porque, no primeiro dia, quando os relatores dos grupos de trabalho se reuniram para fazer o relato à comissão central, seus documentos foram tomados para uma suposta correção da linguagem. Na verdade, tratava-se de um grupo de censura.

Por isso, a estratégia do Ministério da Saúde, face à reprovação da sua proposta foi admitir que a discussão ainda não acabara e propor a continuidade do debate ao nível das secretarias estaduais, cujas conclusões deveriam ser transmitidas ao ministério. Não sabemos exatamente o que fizeram os outros estados, mas Walter Leser entrou em cena novamente para criar uma grande comissão, com representantes do INAMPS regional, da secretaria estadual, da secretaria municipal, da Faculdade de Saúde Pública, uma série de faculdades de medicina

da Universidade de São Paulo – Santa Casa, Ribeirão, Campinas, Botucatu – com uma atuação intensa nos departamentos de medicina preventiva. O grupo trabalhou aproximadamente um ano e propõe uma rede única. Ela poderia ser gerida em alguns pedaços por estado e por município, mas seria coordenada pela secretaria estadual de saúde e incluiria um fundo estadual para captar recursos de diferentes fontes.

Quando o projeto ficou pronto, acompanhei o Dr. Leser a um encontro no Rio de Janeiro com o então presidente nacional do INAMPS. A conversa transcorreu muito bem até o Leser ser questionado. “Qual é o orçamento da sua secretaria?”. Após a resposta ouvimos a seguinte réplica. “Então me desculpe, mas sua proposta está errada porque o orçamento que meu INAMPS tem no seu estado é cinco vezes maior do que o da sua secretaria. E o senhor diz que vai coordenar e dirigir um fundo estadual de saúde. Como administrar algo muito maior do que a sua secretaria?” E acabou a discussão. O máximo que Leser pode fazer foi convencer o governador a enviar para a Assembleia Legislativa uma lei criando um fundo estadual de saúde. Dizíamos para Leser: “mas esse fundo vai nascer com que dinheiro?” Ele falou: “não importa, quando aparecer o dinheiro, o fundo já está criado”. E assim é que existe o fundo estadual de saúde.

Este é um dos muitos exemplos de como, nesse setor, devemos assumir a frente de luta pela saúde, enfrentando inclusive outras áreas do governo ao qual pertencemos.

Em 1983, o governador Franco Montoro, recém-eleito pelo voto direto, indica à Assembleia o nome de Mário Covas para prefeito de São Paulo, cargo até então definido por indicação do Estado. Fazia dez anos que a secretaria estadual almejava um convênio efetivo com o INAMPS, a salvação para viabilizar o financiamento da rede básica. Covas assume o poder em 15 de março e em 28 de outubro assina o convênio com base nas famosas Ações Integradas de Saúde (AIS), o que gera uma repercussão significativa. Na capital paulista, os recursos obtidos por meio das AIS garantiam um aumento de 30% no orçamento do município, que seriam gastos livremente. Com mais recursos, uma das medi-

das foi a implementação de um terceiro turno de trabalho em todas as unidades de saúde da Prefeitura e a presença de clínicos em todas essas unidades.

A história do mundo e do Brasil é uma história de crises, e sempre a saúde está no fogo cruzado. Em 1993, por exemplo, os ministros da Fazenda e do Planejamento decidem, arbitrariamente, que o dinheiro arrecadado pela previdência não seria mais destinado à saúde. O presidente Itamar Franco foi obrigado a contrair um empréstimo junto ao Fundo de Apoio ao Trabalhador para poder custear os hospitais, já que não havia receita. A situação persiste em 1994 e, no ano seguinte, presenciamos um episódio marcante. Adib Jatene, ministro da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso, se reúne mais uma vez com o CONASS e afirma: “Vamos tratar de sensibilizar o governo”. Ele agenda uma audiência com o prestigiado ministro da Fazenda Pedro Malan, com a presença de todos os secretários. Eu estava entre eles.

O encontro com Malan permitiu uma conclusão muito rápida e clara: não haveria mais recursos para a saúde além do já constava do orçamento, a menos que aparecesse “dinheiro novo”, novos impostos ou novas fontes. “Mas no momento que estamos vivendo, o governo não vai apresentar para o Congresso nenhum pedido por mais impostos”. Re-

sultado: novamente o grupo de secretários estaduais sai decepcionado. Mas na tarde do mesmo dia, Adib Jatene participa de uma reunião com o presidente, a quem transmite a insatisfação dos secretários. Fernando Henrique responde: “Mas o Malan tem toda razão. Não há mais dinheiro além daquilo que está no orçamento, só se surgir dinheiro novo. Mas ninguém quer pagar novos impostos e o governo não vai fazer uma coisa dessas”.

Jatene, então, inicia um discurso em favor da criação da CPMF, lembrando que vários países já haviam adotado medida similar. O presidente elogia, mas declara que “o governo não vai mandar uma proposta nesse sentido. No entanto, “você terá nosso apoio se conseguir mobilizar o Congresso para fazer isso acontecer”. É aí que entra alguém com um olhar político na saúde. O ministro da Saúde, acompanhado de secretários do CONASS, percorre o país, mobiliza a indústria e comércio até conseguir a aprovação da tal CPMF – que obteve expressiva arrecadação.

Este é um dos muitos exemplos de como, nesse setor, devemos assumir a frente de luta pela saúde, enfrentando inclusive outras áreas do governo ao qual pertencemos.