

NESTA EDIÇÃO

Direito Sanitário

Congresso na Argentina discute um campo em ascensão

Golpe no setor público

Limite para aposentadoria e previdência privada no PL nº 1.992

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 111 ♦ Novembro de 2011

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Distrito Federal



Goiás



Bahia



Ceará

Etapas estaduais dão o tom da **14ª Conferência Nacional de Saúde**



Saúde à venda?

Sugestões de pauta de assessorias de imprensa que chegam à 'Radis' apontam que marketing de pessoas e serviços vem antes da promoção da saúde

Adriano De Lavor

Palmitas que prometem acabar com a dor nos pés e joelhos, faixas de compressão que garantem diminuir três números do manequim, cursos para profissionais que vendem remédios e até médicos que se oferecem para fornecer dicas de alimentos que ajudam a combater a tensão pré-menstrual (TPM), ou “esclarecer a diferença entre toxina botulínica e preenchimento facial”. A profusão de sugestões de pauta que chegam à redação da *Radis* diariamente, e que deixam transparecer mais a promoção de pessoas e de empresas do que a promoção da saúde, traz à tona que a multiplicidade de entendimentos do conceito de saúde inclui um olhar reducionista, comercial e utilitário desse conceito.

Embora o tom das matérias da *Radis* expresse com clareza sua linha editorial, alinhada à ideia da saúde como direito de todos e dever do Estado – como assegura a Constituição Federal –, e à defesa do SUS como sistema universal, equânime e integral, isso parece não ser percebido por grande parte dos assessores de imprensa, especialmente contratados para promover a venda de produtos e serviços em espaços jornalísticos, a fim de conferir-lhes a seriedade de uma reportagem e não o tom de um informe publicitário.

A prática de promoção pessoal não é bem vista pelo próprio Conselho Federal de Medicina (CFM). De acordo o Código de Ética Médica, que entrou em vigor em abril de 2010, é vedado ao médico “divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico”, como orienta o artigo 112. Recentemente, o CFM publicou resolução no Diário Oficial restringindo a propaganda de serviços médicos e proibindo, entre outras coisas, a garantia de bons resultados em tratamentos (como informou a Súmula da *Radis* 110).

Essas sugestões de pauta, muitas vezes, cabem na chamada mídia comercial. A *Radis*, no entanto, orienta-se pelos preceitos da Reforma Sanitária, e, ao afirmar e reafirmar a saúde como direito, apoia-se no conceito ampliado de saúde, que vai além da ausência de doenças ou da abordagem que privilegia os aspectos biomédicos, comuns nas publicações e editoriais especializadas da grande mídia.

A perspectiva adotada inclui a discussão de temas variados, tais como direitos humanos e cidadania, meio ambiente, modelo de desenvolvimento econômico e distribuição equânime de renda, acesso à moradia e ao saneamento, bem como vulnerabilidade social, condições e qualidade de vida e demais assuntos que possam ser classificados como determinantes sociais da saúde.

É por isso que é mais provável encontrar nas páginas da revista a experiência exitosa de agricultores que enfrentam a seca no semiárido nordestino (*Radis* 94), do que novos tratamentos ou produtos milagrosos apresentados por “especialistas” nos programas de televisão – ou sugeridos à redação como pauta.

OUTRA FILOSOFIA

Para a *Radis*, nem saúde nem notícia são considerados produtos à venda. Segundo esta orientação de trabalho, o que faz bem à saúde (e ao jornalismo) é o direito à informação e à voz, a ouvir e ser ouvido. O que se busca, nas páginas da revista, é detectar, analisar, debater e repercutir temas relevantes, de modo a dar aos leitores acesso às questões que os envolvem, seja para que conheçam, seja para que possam interferir e transformar. Muitos desses temas e as abordagens especiais que recebem são apresentados sem tratamento adequado ou ignorados pela grande mídia. Como observam as pesquisadoras Inesita Araújo e Janine Cardoso em *Comunicação e Saúde* (Editora Fiocruz), no campo da Saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, cujo objetivo “deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde”.

Por esse caminho, entraram na pauta da *Radis* a polêmica em torno das Fundações Estatais de Direito Privado (edição 79), o resgate dos 25 anos do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (88), a ameaça do uso do amianto no país (29), o modelo de desenvolvimento que pauta o Brasil e o mundo (108) e a proposta de um novo olhar para o conceito de risco (106).

As reportagens têm como alicerce uma proposta de comunicação comprometida com a defesa intransigente do SUS e seu aperfeiçoamento – o que implica também criticá-lo e debatê-lo. Isso está expresso em cada edição e, em especial, na edição 104, com matéria de capa sobre o tema, com muito retorno positivo entre os leitores (107), apresentando o sistema por dentro e mostrando não somente que ele funciona, mas que é bem utilizado pela população – apesar de seus reconhecidos sucessos não figurarem nas manchetes de jornal ou televisão.

Nesse caminho que enxerga a comunicação como direito de todos, respeito às diferenças e aos contextos e garantia de práticas de escuta e reconhecimento do outro, as matérias da *Radis* não ditam normas ou prescrevem produtos ou procedimentos; são espaços de disputa de sentidos, onde pesquisadores, profissionais, gestores, usuários, estudantes têm garantido seu lugar de fala e são levados em consideração no democrático debate de construção da Saúde no país. 

Para saber mais:

- ♦ Comunicação e Saúde
Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso, Editora Fiocruz
<http://www.fiocruz.br/editora>
- ♦ Código de Ética Médica:
http://public.fenam2.org.br/img/geral/fenam/docs/codigo_final_12b.pdf
- ♦ Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.974/2011
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm

No mesmo barco

Nunca se ouviu revelar com quantos paus se faz uma jangada. Talvez um segredo dos cearenses, que além de ocuparem o mundo em migrações, dominaram completamente os espaços da Conferência Estadual de Saúde, realizada em setembro, em Fortaleza. Delegados de 100% dos municípios - coisa raríssima - estavam presentes. Mais do que isso, como nos estados da Bahia, Goiás, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, onde repórteres do RADIS e a equipe do Núcleo de Comunicação da Secretaria de Gestão Estratégica Participativa (Sgep) do Ministério da Saúde registraram debates e votações, a participação de usuários, profissionais e prestadores públicos e privados do SUS esquentaram as discussões que precedem a etapa nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro, em Brasília.

Nosso barco comum é o SUS, não há dúvida. Mas, para fazer esta jangada singrar águas calmas e a turbulência do alto mar, não há um só mapa nem modo de manejo. Para o ministro o que importa é melhorar a qualidade do acesso, assegurando que "o controle seja público". Um usuário em Goiás não acha o bastante, é "totalmente contra" as organizações sociais e a terceirização. Outro usuário sabe que não basta construir unidades de saúde: "é preciso também discutir a força de trabalho do SUS. Um trabalhador concorda e lembra que usar organizações sociais é "reduzir o Estado ao mínimo". A pesquisadora quer mudar a discussão, "deixar de lado o dicionário de propostas" conhecidas e partir para questões que considera centrais: "o fim dos subsídios públicos aos planos privados,

a exigência de que os serviços filantrópicos sejam 100% SUS".

Os documentos finais de cada conferência revelam fortes tendências e teses que vão polarizar os debates da 14ª CNS. Algumas praticamente unânimes, como a total rejeição à entrega das unidades públicas à gestão ou contratação de profissionais por meio de organizações sociais, Oscips, ou outras formas "privatizantes", como deliberado em Goiás e São Paulo, estados onde o estrago causado por esta alternativa é a pior propaganda da panaceia.

Estamos em contagem regressiva. Pessoas simples, trabalhadores, grandes teóricos estão colocando suas malas em barcos, ônibus e aviões em direção à capital federal. Serão iguais em direito pelo voto que lhes cabe como delegados eleitos nos municípios e estados. Estarão lado a lado, portando suas necessidades desiguais, existindo em sua humanidade universal, nessa democracia construída nas ondas de mobilização da Reforma Sanitária. Participar é como navegar, rumo ao mar ou à praia, transformando inimigos em adversários de percurso, e esses em parceiros de longo curso, com se diz nas jornadas náuticas... para consensos ou acordos.

Temos interesses acima de nós, coletivos, alguns que ainda balbuciam querendo crescer sadios, outros que merecem envelhecer dignos, que também querem estar, sem exclusão, nesse barco que inventamos.

Por que navegar é preciso!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ Saúde à venda? 2

Editorial

♦ No mesmo barco 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Radis adverte

6

Toques da Redação

7

Conferências Estaduais de Saúde

♦ Pelo fortalecimento de um SUS público 8

♦ No DF, estado de alerta na reconstrução do SUS 9

♦ Bahia se debruça sobre financiamento 10

♦ Em Goiás, vozes de repúdio à privatização 11

♦ Em São Paulo, moção contra as OSSs e a 'dupla porta' 12

♦ Ceará: 100% dos municípios e força na articulação do controle social 13

♦ Rio Grande do Sul fortalecido pela participação 14

♦ Fala, delegado! 15

♦ Um evento com 3.700 participantes 16

♦ Entrevista – Ministro Alexandre Padilha: 'Precisamos defender o controle público' 17

Congresso

♦ Direito Sanitário: uma pauta ibero-americana 18

Previdência

♦ Um golpe no setor público 20

Serviço

22

Pós-Tudo

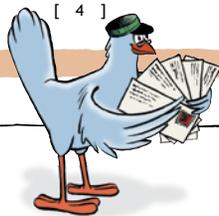
♦ Conferências de Saúde: o desafio de não fazer 'mais do mesmo' 23

CARTUM



Capa: fotos de Dayane Martins (DF), CES-GO (GO), Ascom dep. José Neto (BA) e Herculio Araújo (CE)

Ilustrações Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.) e Natalia Calzavara (N.C.)



CARTAS

TUBERCULOSE



Primorosa a edição de *Radis* (106) com lúcida análise do SUS pelo doutor Júlio Müller Neto. No entanto, desejo comentar a reportagem sobre tuberculose: em Fortaleza, observamos mediante questionário realizado em domicílio (autópsia verbal) que o número de óbitos por tuberculose cresceu em quase 50%, e, em muitos casos, são pacientes tratados irregularmente, múltiplos abandonos e não observação do tratamento (falsos casos novos, multirresistentes?). Além disso, alerta para duas situações: será que os anos de epidemias de dengue não contri-

buíram para a queda na detecção de casos de tuberculose? A atuação do PNCT [Programa Nacional de Controle da Tuberculose] ter se dado de forma mais concentrada em algumas regiões do país, monitoradas pelo Fundo Global, não terá contribuído para a queda na detecção em áreas descobertas?

♦ Heloisa Gurgel, Fortaleza, CE

☒ *Cara Heloisa, agradecemos pelas observações e indagações e registramos que a reportagem da Radis buscou dar visão realista do cenário da tuberculose no país, que ainda preocupa autoridades e sociedade civil.*

ARTE NA SAÚDE

Sou bombeiro militar reformado, destacado na cidade de Itaperuna (RJ), e tenho dois filhos que são profissionais da Saúde: minha filha é enfermeira e meu filho, fisioterapeuta. O que se observa é que o maior problema de saúde é a falta de informação. Hoje, sou orientador de teatro e arte popular pela Secretaria de Ação Social de Itaperuna e, assim, me aproximando dessa realidade. Sempre que possível monto esquetes que tratam de higiene, prevenção, busca da cura e cui-

dado com a saúde e o meio ambiente. O meu intuito é aumentar o leque de ações para levar informação ao maior número de pessoas, fazendo uso da arte.

♦ Adão Francisco Rosa, Itaperuna, RJ

'RADIS' EM PORTAL

Sou leitor assíduo da revista, há muitos anos, com enorme satisfação, tanto pelo conteúdo quanto pela consciência do serviço essencial que prestam à sociedade. Parabéns permanentes! Há dois anos criei um portal visando trabalhar em favor da Política Nacional de Práticas Integrativas, para estimular a decisão informada e alcançar apoio para a campanha Homeopatia Direito de Todos, que lidero desde 2006. (...) Nosso portal de informações chama-se Ecomedicina (www.ecomedicina.com.br). Gostaria de solicitar autorização para publicar artigos da *Radis*, sempre referindo a fonte, de modo a difundir entre nossos leitores as ideias e reflexões que estão na pauta da revista. Frente ao número 108, com o tema do desenvolvimento, não me permito adiar a iniciativa de oferecer aos nossos leitores a qualidade das matérias geradas.

♦ Hylton Sarcinelli Luz, Rio de Janeiro, RJ

☒ *Caro Hilton, parabéns pela iniciativa. Não é necessária autorização para publicar o conteúdo da Radis. Basta citar a fonte. Agradecemos o interesse!*

EXPEDIENTE



RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 73.500 exemplares
Assinatura grátis

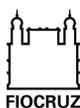
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado
(subedição/Milênio), Adriano De Lator e Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Dayane Martins (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)



Ministério
da Saúde



Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Fábio Lucas, Onésimo Gouvêa, Osvaldo José Filho (Informática) e Thiago da Silva Rego (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

GASTÃO WAGNER

Excelente a entrevista com o Gastão Wagner. É uma visão meio apocalíptica, mas real. No final da entrevista, quando ele fala em "cargos de confiança" para a gestão no SUS, sou mais radical. Para mim, a ocupação destes cargos, a começar por ministro, passando por secretários de Estado, municipais e outros, todos deveriam ser ocupados por pessoas da área de Saúde, com curso de gestão específico. Temos que fazer política de Saúde e não politicagem com a saúde.

♦ Carlos Eduardo Pena Pego, Mucuri, BA ☒

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

DILMA E DOENÇAS CRÔNICAS NA ONU



A presidenta Dilma Rousseff abriu (21/9) a 66ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Nova York (EUA), tornando-se a primeira mulher a discursar na abertura do evento — o que, por tradição, cabe ao chefe de Estado brasileiro, em razão de o Brasil ter sido o primeiro país a aderir à ONU, em 1945 —, informou o portal G1 (21/9). A programação de Dilma na ONU teve início no dia 19/9, quando a presidenta participou da reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas da entidade. Em seu primeiro discurso, ela disse ser fundamental aliar políticas de saúde “àquelas destinadas a lidar com os determinantes socioeconômicos dessas enfermidades”. Dilma destacou que a incidência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, é maior entre a população pobre, o que “demonstra a necessidade de respostas integrais ao nosso problema”. Ela destacou também a importância de programas de prevenção. A saúde da mulher como prioridade e o acesso a medicamentos tido como “parte do direito humano à saúde” foram outros pontos apresentados pela presidenta, que defendeu a quebra de patentes para alguns medicamentos voltados ao tratamento de doenças crônicas. Esta foi a terceira vez que a Assembleia da ONU incluiu temas de saúde em suas reuniões de alto nível, informou o Portal Brasil (19/9) — os destaques anteriores foram a poliomielite e a luta contra o HIV/aids. As doenças crônicas não transmissíveis representam a principal causa de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda.

Na abertura da Assembleia da ONU, discursando para chefes de Estado de 193 países, Dilma abriu e fechou sua fala exaltando o papel feminino na sociedade. “Além do meu querido Bra-

sil, sinto-me aqui hoje representando todas as mulheres do mundo: aquelas que passam fome e não podem dar de comer aos seus filhos; que sofrem violência e são discriminadas no emprego e na vida familiar; que ousaram e conquistaram espaço de poder que me permite hoje estar aqui”, disse. Dilma também defendeu a reforma dos assentos no Conselho de Segurança da ONU, de modo que venha a “refletir a sociedade contemporânea, em especial com representantes das economias em desenvolvimento”, lamentou não poder saudar o ingresso pleno da Palestina nas Nações Unidas e cobrou da entidade que emita “sinais claros de coesão política e macroeconômica”, observando que “essa crise é séria demais para que seja administrada por uns poucos países”.

VOTAÇÃO DA EC 29

As discussões e a polêmica em torno da Emenda Constitucional 29 continuam. A Câmara dos Deputados concluiu (21/9) a votação do Projeto de Lei 306/08, que regulamenta a EC 29 e a destinação dos recursos para a área de Saúde pela União, Estados e municípios, ao votar o último destaque ao projeto, informou *O Estado de S. Paulo* (21/9). O destaque, proposto pelo DEM, retirava a base de cálculo da Contribuição Social para a Saúde (CSS), inviabilizando sua cobrança e representando, na prática, rejeição ao novo tributo. O placar registrou 355 votos contrários ao texto sobre a CSS, 76 a favor e quatro abstenções. O PT foi o único partido que defendeu a criação da CSS. A votação do projeto de lei estava suspensa desde 2008. O texto aprovado segue para o Senado, que, em 2007, rejeitara a manutenção da CPMF, após os deputados terem aprovado a matéria, reportou a Agência Brasil (21/9).

De acordo com o site Congresso em Foco (21/9), antes da votação, o presidente da Câmara, Marco Maia (PT-RS), anunciou a criação de uma comissão especial para discutir novas formas de financiamento da saúde. O DEM disse que o partido aceita discutir novas fontes, mas rejeita “de forma absoluta” qualquer novo imposto, enquanto, para o PSDB, o governo tem recursos para financiar a saúde, mas gasta mal e demais. Petistas defenderam a aprovação do imposto sobre as grandes fortunas, e, para o Psol, a

Câmara poderia votar também a proposta que aumenta a taxa do lucro dos bancos. Em 27/9, foi realizada manifestação em frente ao Congresso, chamada de Primavera da Saúde, em defesa da regulamentação da EC 29 e da aprovação no Senado de mais recursos para a saúde. Para o pediatra e sanitarista Gilson Carvalho, o texto encaminhado pela Câmara ao Senado “ficou péssimo”, mas o fato de ter havido a votação pode significar avanço nas discussões, como avaliou em artigo de sua coluna virtual, *Domingueira*. Para ele, o projeto saído da Câmara é “melhor que a situação de pasmaceira onde os deputados nos tinham metido desde 2008. Não votavam o último destaque e conseqüentemente, nenhum encaminhamento se dava”.

BRASILEIRO SABE POUCO SOBRE HEPATITE C

Apesar de a hepatite C ser responsável por metade dos quadros de cirrose ou câncer que demandam transplantes de fígado, pesquisa apresentada pelo Instituto Datafolha (27/9) mostra que metade da população (51%) não é capaz de dizer espontaneamente o que é a doença, apesar de reconhecê-la como grave e contagiosa, informou a Veja Online (27/9). Os dados da pesquisa, realizada com 1.137 pessoas em 11 cidades no mês de julho, foram divulgados durante o Congresso Brasileiro de Hepatologia. A Sociedade Brasileira de Hepatologia estima que até 2 milhões de brasileiros tenham a doença, mas só 20 mil estão em tratamento. A pesquisa revelou que 25% dos entrevistados acreditam, equivocadamente, que há vacina contra a hepatite C, além de 7% dizerem ter sido imunizados. “As hepatites virais são doenças negligenciadas no Brasil. Precisamos fazer com elas o que foi feito com a aids. Hoje todo mundo tem informação sobre o HIV”, disse o presidente da sociedade, Raymundo Paraná. O tipo C de hepatite é transmitido pelo uso compartilhado de agulhas e seringas contaminadas e em transfusões de sangue. Se tratada nos estágios iniciais, é curável. “Como 80% dos casos não apresentam sintomas, a pessoa não faz exames. Anos depois, temos de cuidar não de uma hepatite, mas de uma lesão séria no fígado”, diz o infectologista Fernando Gonçalves, da Unicamp. A doença representou 70% das

mortes entre todos os tipos de hepatites ocorridas nos últimos dez anos no país, ou seja, cerca de 14,9 mil mortes no período, segundo o Ministério da Saúde, informou a *Veja Online*. De acordo com a *Folha de São Paulo* (27/9), devem fazer teste para detectar a doença quem recebeu transplante de órgãos ou tecidos, além de doadores de esperma, óvulos ou medula óssea, pessoas que receberam transfusão de sangue antes de 1994, doentes renais em hemodiálise, pessoas que usam ou usaram drogas injetáveis ou cocaína inalada, quem utilizou medicamentos intravenosos nas décadas de 1970 e 1980, quem tem o vírus HIV, filhos de mães contaminadas com hepatite C e pessoas que tenham feito tatuagens ou piercings em locais não seguros. Paraná alertou que não se devem procurar ou esperar os sintomas da doença. “A prevenção tem que ser feita a partir de rastreamento”.

LÍNGUAS INDÍGENAS: REGISTRO ANTES QUE ACABEM

Em 2012 o governo federal vai destinar R\$ 2,1 milhões para projetos de documentação de línguas indígenas ameaçadas de extinção. Será a primeira vez que esse tipo de ação terá destinação específica de verbas no Orçamento da União, informou *O Estado de S. Paulo* (28/9). O Brasil figura em terceiro lugar na lista dos dez países do mundo com maior número de idiomas ameaçados, de acordo com o *Atlas das Línguas do Mundo em Perigo*, da Unesco. O total de línguas condenadas ao desaparecimento chega a 190. A Índia aparece em primeiro lugar, com 198 línguas, e os Estados Unidos em segundo, com 191. Os dados foram apresentados em congresso internacional realizado em Quito, no Equador, no lançamento da

quarta reedição da publicação. Pelo critério da Unesco, línguas faladas por menos de um milhão de pessoas correm risco. Assim, das quase 6 mil línguas existentes no mundo, cerca de 2.500 estão em perigo. No Brasil, estima-se que cerca de 40 línguas são faladas por menos de 300 habitantes. Na avaliação dada ao jornal pelo diretor do Museu do Índio, o antropólogo José Carlos Levinho, essas línguas devem desaparecer nas próximas duas décadas. O museu coordena há três anos trabalho de registro e documentação das línguas que irão desaparecer. São 13 línguas e 28 culturas. O projeto receberá os recursos do governo federal e conta, ainda, com recursos da Fundação Banco do Brasil e da Unesco e com o apoio do Instituto Max Planck, da Alemanha, e de universidades e centros de pesquisa do país. Ele explica que a ideia não é salvar as línguas, mas documentá-las antes que desapareçam. As línguas estudadas recebem registros em arquivos digitais, com o objetivo de estudá-la e conhecê-la. O projeto inclui a produção de uma gramática básica, dicionário, material didático e diagnóstico sociolinguístico. Todo o material coletado estará na internet, à disposição dos interessados.

SIBUTRAMINA SÓ CONTROLADA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) determinou (4/10) que a sibutramina, substância utilizada como moderadora de apetite, continuará a ser vendida no mercado brasileiro, apenas com controle mais rigoroso, informou o *Globo Online* (4/10). No primeiro semestre do ano, o corpo técnico da Anvisa havia defendido a proibição à comercialização de todas as drogas moderadoras de apetite. No relatório liberado pela diretoria colegiada da Anvisa agora, a proibição foi unânime para as drogas anfetamínicas — dietilpropiona, femproporex e mazindol. Em relação à sibutramina, no entanto, somente um dos diretores da agência, José Agenor Álvares, manteve-se contrário à comercialização da substância, e foi voto vencido. “Não vejo evidência científica que justifique essa substância no mercado. Vários países já adotaram a proibição. As mesmas preocupações que temos com a nossa população, eles têm com a deles”, ponderou. “A sibutramina pode ter perfil de segurança favorável, excluindo os grupos de risco, com plano adequado de minimização de risco. Há comprovação de perda de peso”,

defendeu o diretor-presidente da Anvisa e relator do processo de proibição dos medicamentos, Dirceu Barbano.

Os fabricantes de sibutramina têm até dezembro para apresentar plano de minimização de riscos. A substância terá seu perfil de segurança monitorado por 12 meses. A decisão atende endocrinologistas, nutrólogos e o Conselho Federal de Medicina (CFM), que defenderam a manutenção da sibutramina no mercado, para tratamento contra a obesidade, informou o jornal. Para os cardiologistas, os riscos do uso são superiores aos benefícios potenciais. De acordo com o relatório aprovado, a sibutramina deve continuar no mercado seguindo regras como proibição de prescrição por período superior a 60 dias, permissão de uso apenas por pacientes com massa corpórea acima de 30 e que assinem documento atestando ciência dos riscos do uso da droga. De acordo com Barbano, o Brasil responde, sozinho, por mais da metade das vendas de sibutramina no mundo. Estados Unidos, União Europeia, Argentina, Uruguai e Colômbia proibiram seu uso.

ÁGUA: NÃO HÁ ESCASSEZ, MAS MAU USO, DIZ ESTUDO



Dados publicados na revista *Water International*, lançada (26/9) no 16º Congresso Mundial da Água, apontam que existe água suficiente no mundo para responder às necessidades alimentares, energéticas, industriais e ambientais no século 21, informou a revista *Veja* (26/9). O maior desafio hídrico seria não a escassez de água, mas o combate à utilização ineficiente e a distribuição irregular desse recurso natural. De acordo com o relatório, os governos precisam atuar com mais empenho na distribuição da água para impedir a competição e ajudar a enfrentar um dos maiores problemas da humanidade: aumentar a produção de comida enquanto a população do mundo cresce. Pesquisadores de 30 países estudaram por cinco anos, dez bacias ao redor do mundo: Andes e São Francisco na América do Sul; Limpopo, Níger, Nilo e Volta, na África; e os rios Indo-Ganges,

RADIS ADVERTE

O PL 1.992/2007,
como está,

NÃO

faz bem à saúde do
serviço público

toques
da
redação



VENDER JORNAL X FAZER JORNALISMO

— Ler os jornais com o espírito crítico aguçado mostra-se cada vez mais necessário. Desta vez, mereceram olhar atento as matérias relativas às academias da Saúde (tema da *Radis* 109), publicadas no jornal *O Globo* em 11 e 12 de outubro, a primeira delas merecendo a manchete da primeira página. O leitor desavisado que se depara com o título *Verba da Saúde paga pista de skate e vale-transporte* (*O Globo*, 11/10), quase que naturalmente vai se preparar para conhecer mais um caso de desmando e desvio do dinheiro público. É que a reportagem, ao condenar o uso de verbas da Saúde para a instalação das academias da Saúde em todo o país pelo Ministério da Saúde, dá ares de escândalo a uma iniciativa do Governo Federal, de tornar acessível a toda a população espaços e equipamentos para desempenho de atividade física, na busca de minimizar a incidência de doenças crônicas como a hipertensão. Mais

uma vez, manchete e conteúdo das matérias não dizem a mesma coisa. As letras miúdas da reportagem em nenhum momento condenam a iniciativa das academias, donde se pode concluir que o projeto parece pertinente e o que pode precisar ser ajustado — se for o caso — é o fato de a verba sair da Saúde. Em vez de uma matéria propositiva e construtiva, discutindo a fonte de recursos mais pertinente para uma iniciativa positiva, tem-se uma denúncia sem razão. E vale observar que o usuário, beneficiário final das academias, não está interessado em qual setor do governo banca aquilo que é bom para ele — e de que é bom nenhuma das matérias discorda. O próprio defensor público que “vai instalar procedimento administrativo para apurar o investimento desses recursos pela Saúde” (*O Globo*, 12/10), ao criticar a iniciativa, refere-se a ela, sem se dar conta, como política pública: “Como pega (sic) esse dinheiro, que vive dizendo que é insuficiente, para aplicar em outras políticas públicas que não são saúde pública?”, indagou na matéria o servidor público que não conseguiu ver duas vantagens evidentes dessa política: intersectorialidade e prevenção — o que é sempre mais econômico do que a dispersão de gastos e o tratamento de doenças agravadas. O afã de vender jornal se sobrepõe ao compromisso de fazer jornalismo.

SUGESTÃO DE PAUTA EQUIVOCADA

— Uma sugestão de pauta encaminhada à redação da *Radis* deixou o repórter Fontes Fidedignas de boca aberta e certo de que a matéria que a revista publica na página 2 desta edição tem toda razão de existir. Uma assessoria de imprensa enviou à revista mensagem sobre a abertura de vagas para o programa de estágio 2012 de... uma empresa fabricante de cigarros! “Se eu fosse assessor de imprensa de lá, não teria uma revista de Saúde entre meus destinatários”, logo pensou Fontes Fidedignas. “Ou a mensagem foi encaminhada por engano, ou os remetentes ignoram a linha editorial da *Radis*, na qual querem divulgação para seu cliente — erro primário de um assessor de imprensa”. Fontes Fidedignas aproveitou para ler a mensagem até o final e se espantou mais ainda com a informação de que a empresa vem trabalhando “para que o processo seletivo tenha impacto positivo no desenvolvimento de todos os candidatos, mesmo daqueles que não forem contratados”, proporcionando, nas etapas de seleção, “feedbacks estruturados e retornos do processo”. Novamente indagou aos seus botões: “Será mesmo que consideram esta uma pauta de saúde?”. E pensou que iniciativas assim transformam a imagem de um cliente em nuvem de fumaça...



Karkheh, Mekong e Amarelo, na Ásia. Eles identificaram grandes áreas férteis na Ásia e na América do Sul onde a produção está, pelo menos, 10% abaixo do seu potencial. De acordo com o relatório, se os governos aproveitarem melhor a água da chuva, a produção pode aumentar rapidamente e, ainda, a pressão sobre as bacias e rios seria aliviada. A maioria das regiões estudadas possui administração fragmentada das bacias e não relaciona os diferentes setores que utilizam a água, avaliou, ainda, o estudo. Assim, apesar de existir água suficiente, os conflitos continuarão se os desafios da agricultura, pecuária e produção de energia forem considerados de forma isolada.

GISELE BÜNDCHEN, LINGERIE E ESTEREÓTIPO

O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar) decidiu manter no ar (13/10) a

campanha publicitária *Hope ensina*, que traz a modelo Gisele Bündchen mostrando a “melhor maneira” de dar más notícias ao marido: usando apenas uma lingerie. Após examinar por pouco mais de 30 minutos o caso, o Conar decidiu-se por arquivar o processo, informou o *Globo Online* (13/10). O pedido de abertura de análise da campanha foi feito pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. “Você é brasileira, use seu charme”, aconselha a modelo na peça publicitária, que começou a ser veiculada em 20/9. A secretária afirmou que recebeu, por meio da ouvidoria, diversas manifestações de indignação contra a peça, informou a *Folha de São Paulo* (28/9). Foram enviados dois ofícios — um ao Conar, pedindo a suspensão da propaganda, e outro ao diretor da Hope Lingerie, Sylvio Korytowski, manifestando repúdio à campanha. Para a secretária,

“a propaganda promove o reforço do estereótipo equivocada da mulher como objeto sexual de seu marido e ignora os grandes avanços que temos alcançado para desconstruir práticas e pensamentos sexistas”. A secretária observa também que o comercial reforça a discriminação contra a mulher, o que infringe a Constituição Federal. A Hope divulgou (28/9) comunicado, no qual explicou que a propaganda teve o objetivo de mostrar, de forma bem humorada, que a sensualidade natural da mulher brasileira pode ser arma eficaz no momento de dar uma má notícia. Para os conselheiros do Conar, o material apenas enaltece a sensualidade com humor. O processo foi arquivado, mas o debate continua. 

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.



Privatização, terceirização, controle social, financiamento e consolidação do sistema foram temas em alta nas discussões e propostas dos delegados, rumo à 14ª

Entre 16 de julho e 31 de outubro, os estados brasileiros mobilizaram-se para realizar suas conferências estaduais de Saúde e deixaram claro que valorizam esse espaço de pleno exercício do jogo democrático e de busca por mudanças. Foram mais de 4,2 mil conferências municipais, o maior número já registrado na história das conferências, como realçou o ministro Alexandre Padilha, sendo que, em 13 estados, como Ceará e Bahia, a totalidade dos municípios realizaram suas conferências municipais. “As conferências estaduais darão outro rumo, outra cara, para a conferência nacional”, disse o ministro, que esteve presente em diversas etapas estaduais, para destacar a grandiosidade do SUS e apontar os desafios que é preciso enfrentar para se garantir a qualidade do acesso ao sistema (ver entrevista na pág. 17).

“Esta é a maior conferência de uma política pública que a Bahia já viu”, festejou na abertura da 8ª Conferência Estadual da Bahia, o secretário de Saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde baiano, Jorge Solla, mostrando que a percepção de ampla participação também se fez ver localmente.

Participaram: Bruno Dominguez e Katia Machado (Radis) e Cheila Raquel, Clara Santos e equipe do Núcleo de Comunicação da Sgep/MS. Colaborou: Clarice Cavalcanti (Cosems-CE)

Caminhadas em defesa do SUS durante conferências como a do Ceará e a do Rio Grande do Sul também expressaram o tom de unidade e força que pautou os debates e as votações entre os delegados.

Sob o tema *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, política pública e patrimônio do povo brasileiro* e eixo temático *Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS*, as conferências conjugaram questões internas de seus estados e demandas de interesse nacional.

Em parceria com a Secretaria Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep) do Ministério da Saúde, Radis percorreu algumas conferências estaduais, para detectar o que de mais forte surgiu nos debates. Na verdade, mesmo as questões locais não deixaram de expressar o cenário da saúde no país e de indicar, portanto, a necessidade de soluções estruturais — não pontuais.

Problemas com a atenção básica em Brasília revelam que esta é uma questão que ainda desafia o país. O controle social esteve em pauta na conferência do Rio Grande do Sul, na qual se apontou a falta de autonomia e de estrutura de alguns conselhos de Saúde, mesmo após 21 anos da regulamentação da Lei 8.142, de 1990. Já a grita contra a terceirização de serviços e a privatização, que emergiu com força nas conferências de Goiás e São Paulo, aponta para um tema que vai gerar polêmica no encontro nacional. Acompanhe a seguir.



No DF, estado de alerta na reconstrução do SUS

Na 8ª Conferência de Saúde do Distrito Federal, realizada entre 31 de agosto e 2 de setembro, o clima foi de esperança com o processo de “reconstrução do SUS” na região, depois de anos de falta de investimento, fraudes em licitações e enfraquecimento do controle social nas gestões dos governadores José Roberto Arruda e Joaquim Roriz. Nas palavras do atual governador, Agnelo Queiroz, o DF passava por “situação dramática de destruição do sistema público, em termos de estrutura, abastecimento e pessoal”. Ao assumir o governo, Agnelo decretou estado de emergência na saúde e instalou um gabinete de crise.

O DF tinha (e ainda tem) um dos piores índices de cobertura de atenção básica do país – somente 7% da população. “Precisamos fazer o beabá: reabastecer a rede com equipamentos e medicamentos, recuperar a estrutura física, contratar por concurso 3.350 profissionais de Saúde e informatizar a gestão”, resumiu o governador.

Os sopros de mudança vêm se refletindo no controle social. O Conselho de Saúde do Distrito Federal teve o número de conselheiros titulares ampliado de dez para 28, e o presidente do pleno pela primeira vez foi eleito – venceu o secretário de Saúde, Rafael de Aguiar Barbosa. “Encontramos o conselho desmobilizado: ao longo dos anos não foi prioridade, chegou até a ser extinto”, contou Rafael.

“Nas conferências, o padrão era pegar tudo emprestado”, lembrou o coordenador geral do evento, Roberto Bittencourt. “Desta vez, a conferência foi realizada no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, sede dos mais importantes encontros no DF, e houve licitação para os serviços de recepção e alimentação”. Os delegados passaram de 236 a 372, eleitos em dez conferências regionais.

CRÍTICA À TERCEIRIZAÇÃO

Apesar do consenso de que o SUS vem retomando o caminho do avanço, houve críticas de delegados ao fato de a secretaria de Saúde apelar para a terceirização de serviços. “O governador prometeu não terceirizar, e sim reformar a Saúde, mas começam a aparecer contratos que vão contra



FOTO: DAYANE MARTINS

No DF, debates em torno dos avanços do SUS, após estado de emergência, e críticas à terceirização

a lei”, disse a representante dos trabalhadores Olga Oliveira. Em sua apresentação no evento, o próprio ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou que o DF pagaria pela realização de mamografias em clínicas particulares.

LÓGICA DO MERCADO

Em meio a um excesso de falas oficiais, com as mesas dominadas por apresentações de subsecretários, a discussão mais acalorada girou em torno da privatização. Enquanto o consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Renilson Rehem defendeu as organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) como “alternativas para possibilitar atender a população”, o conselheiro nacional de saúde Francisco Batista Júnior opinou que “o câncer do sistema público é o privado”.

Júnior citou artigo a artigo a regulamentação da participação privada no sistema público, permitida de forma complementar. “Isso não está acontecendo: hoje o privado é o principal, o SUS é que complementa”, disse. E alertou: “A história mostra que é impossível ter um sistema de saúde universal e integral operando na lógica do mercado”.

Segundo o conselheiro, o discurso de que essas ferramentas são fundamentais para superar amarras legais, modernizar, agilizar ou tornar eficiente a gestão pública é irreal. “O que está por trás desse debate é o modelo que queremos para o país, por isso temos de discutir nossa cul-

tura patrimonialista, corporativista, fisiologista e privatista”, propôs.

Para ele, entregar a gerência de serviços a entidades privadas é violentar o sistema de Saúde, que fica refém de corporações. “Vinte e dois anos depois de criarmos o SUS vemos seus princípios e diretrizes sendo sistematicamente derrotados por aqueles que defendem a manutenção de um modelo de saúde voltado para a doença”, observou.

ACESSO

O ministro Alexandre Padilha esteve presente à abertura da conferência e, em seu discurso, enfatizou a importância de as etapas municipais, estaduais e nacional debaterem o acesso público como tema central. Para Padilha, cabe ao setor Saúde oferecer qualidade nos serviços, contribuindo para que o conjunto da população assuma o SUS como seu patrimônio. “Precisamos trazer mais gente para defender o SUS, fazer aliança com quem não está entre nós, para garantirmos a saúde como um direito”, disse, explicando que o acesso de qualidade começa pela atenção básica – que, segundo ele, deve ser a prioridade de toda gestão. “É perto de onde as pessoas vivem que se pode construir a possibilidade de serem saudáveis ou não”.

O ministro informou, ainda, que, pela primeira vez, o ministério está financiando a reforma de unidades básicas, a fim de atingir um padrão adequado a trabalhadores e usuários. “O objetivo é acabar com essa história de que SUS tem que ser feio”. (Bruno Dominguez/Radis)



Bahia se debruça sobre financiamento

Realizada na semana em que a Câmara dos Deputados planejava votar a Emenda Constitucional 29 (ver *Súmula*, pág. 5), entre 12 e 15 de setembro, a Conferência Estadual de Saúde da Bahia foi marcada pela defesa de um financiamento adequado ao SUS. Participaram 1.951 delegados, vindos dos 416 municípios que organizaram conferências locais de Saúde — em apenas um, Anagé, não houve o debate prévio. “Esta é a maior conferência de uma política pública que a Bahia já viu”, festejou na abertura o secretário de Saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde, Jorge Solla. Quatro anos antes, foram 393 os municípios baianos que discutiram os rumos do setor.

Ausente à abertura devido a uma viagem oficial, o governador do estado, Jacques Wagner, deixou gravada mensagem que daria o tom do evento. “O SUS é a maior conquista do povo brasileiro e merece um financiamento adequado”, disse Wagner, para depois defender a criação da Contribuição Social sobre a Saúde (CSS) — o que poucos governadores fizeram abertamente. Nas palavras dele, “o fim da CPMF [Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira] foi um erro e a criação da CSS poderia gerar dinheiro novo para ampliar e melhorar o acesso ao SUS”.

‘CARTA DA BAHIA’

O secretário Jorge Solla também orientou os delegados a discutir especialmente a questão, afirmando que “o SUS faz verdadeiro milagre com seus poucos recursos para oferecer tanto à população — da imunização ao transplante”. Ele lembrou que todos usam o sistema público, mesmo aqueles que contam com planos privados de saúde. “O plano não mata mosquito da dengue, não bloqueia casos de meningite [no fim de semana anterior à conferência, fora detectado surto da doença no estado], não oferece tratamento para aids ou hepatite: é o SUS que se debruça sobre todos esses problemas”, disse.



Delegados baianos reúnem-se na maior conferência de política pública já realizada no estado

FOTO: ASCOM DEP. JOSÉ NETO (PT-BA)

A convocação do governador e do secretário ecoou nas plenárias temáticas e na plenária final. A *Carta da Bahia*, aprovada pelos delegados, fala que “a superação dos problemas de financiamento da saúde no Brasil deve ser uma das bandeiras prioritárias na consolidação e defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro”. O texto menciona “a criação de novas fontes de financiamento”, sem especificar quais. O que os delegados em massa defenderam foi a regulamentação imediata da EC 29, determinando que 10% da receita corrente bruta da União sejam destinados à saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU) — que hoje permite ao Governo Federal redistribuir 20% da sua receita entre os ministérios.

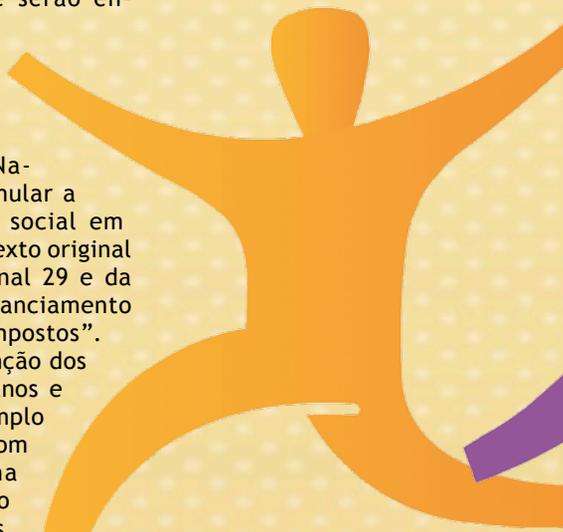
Entre as 35 propostas eleitas como prioritárias, que serão enviadas à conferência nacional, o financiamento também se destaca. Uma delas orienta o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde a estimular a mobilização política e social em torno da aprovação do texto original da Emenda Constitucional 29 e da criação de fontes de financiamento para o setor, “exceto impostos”.

Outra pede a extinção dos subsídios públicos a planos e seguros privados, a exemplo da dedução de gastos com assistência à saúde na declaração de imposto de renda. Os delegados

ainda elegeram como prioridade a regularização dos fluxos de ressarcimento ao SUS pelos atendimentos na rede pública de beneficiários de planos de saúde.

Como a *Carta da Bahia* resume, a conferência reforçou a dimensão pública do SUS, pedindo que sejam garantidos infraestrutura, recursos financeiros e pessoal necessários a seu pleno funcionamento.

Para os delegados, a meta é reduzir progressivamente e continuamente a contratação de serviços na rede privada até que estes sejam providos integralmente na rede própria do SUS. “SUS 100% público, com gestão pública, serviços com porta de entrada única e a devida fiscalização pelos conselhos de saúde”, estabelece o texto. (Bruno Dominguez/Radis)



Em Goiás, vozes de repúdio à privatização

A 7ª Conferência Estadual de Saúde de Goiás, realizada entre 21 e 23 de setembro, em Goiânia, destacou-se pelo coro contrário à privatização e à terceirização no SUS. Foram 386 delegados – 180 representantes de usuários, 115 de trabalhadores e 91 de gestores e prestadores de serviço – e todos mostraram-se unidos pelo objetivo de levar à 14ª Conferência Nacional de Saúde proposta de repúdio às organizações sociais de Saúde, as OSSs, modelo de gestão adotado pelo governo de Goiás e rejeitado pelos defensores do controle social, que o apontam como privatizante. “Defendemos uma gestão pública, estatal e de qualidade. Infelizmente, o governo está entregando a gestão do SUS a Organizações Sociais”, criticou a conselheira de Saúde e delegada estadual Maria de Fátima Veloso, representando o segmento de trabalhadores, pelo Sindicato dos Trabalhadores do SUS de Goiás (SindSaúde-GO). Para ela, o modelo favorece a precarização do trabalho e a redução de direitos. “Para evitar o avanço das OSSs, deveremos nos articular e sair com uma proposta contrária a esse modelo”, reforçou o delegado pelo segmento dos usuários Osmar Costa de Queiroz.

A defesa de um SUS eminentemente público orientou também a fala dos palestrantes da conferência estadual. Ex-presidente e hoje integrante da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, pelo segmento dos trabalhadores, Francisco Batista Júnior debruçou-se sobre o tema da gestão do SUS, mostrando que, na década de 1990, consolidou-se o suporte legal da privatização, por meio do Decreto 2.271, que regulamenta a terceirização da mão de obra no serviço público (1997), da Lei 9637 que criou as organizações sociais (1998) e da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000). “As organizações sociais significam a desestruturação da rede de saúde. Elas contratam



FOTO: CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS

Reunidos em Goiânia, delegados se articulam para evitar o avanço das organizações sociais de Saúde

como querem, demitem quando querem, não fazem licitação”, opinou. Já a LRF, acrescentou, “foi pensada com dois claros objetivos: garantir recursos para pagamento da dívida pública e facilitar e estimular a terceirização”.

DÉFICIT

Batista Júnior apresentou dois estudos que contradizem a ideia defendida por alguns governos, a exemplo do de Goiás, de que as organizações sociais são mais eficazes e eficientes. O primeiro, do conselheiro do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Renato Martins Costa, revela que, em São Paulo, as organizações sociais têm custo mais elevado. O gasto anual do leito em unidades geridas por esse modelo foi 17,6% maior que em unidades da gestão direta. Além disso, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, apresentam maior taxa de mortalidade geral e o modelo favorece a desigualdade salarial entre os trabalhadores. O segundo estudo, da bancada do PT na Assembleia Legislativa de São Paulo, denuncia déficit de R\$ 15 milhões das OSSs em São Paulo, nos primeiros quatro meses de 2011. “Dos 21 hospitais paulistas sob este modelo, nove tiveram déficits de até 43% e alguns, como os de Pedreira, Grajaú e Irapevi, estão em situação pré-falimentar. Além disso, são observadas reduções nas quantidades de atendimentos públicos e ausência absoluta de controle social”, apontou Batista Júnior.

Nas discussões em torno do eixo temático *Políticas de saúde na Se-*

guridade Social: o SUS legal e o SUS real, a professora da PUC-Goiás e vice-presidente do Conselho Regional de Assistência Social do estado Walderez Loureiro Miguel observou que há duas políticas de Saúde em disputa: a do Movimento da Reforma Sanitária, que “batalhou e continua a batalhar pela Saúde Pública democrática, universal e de qualidade”, e a política das privatizações e terceirizações, “cuja luta se volta para os interesses e para a supremacia do mercado”.

AUTONOMIA

Ao lado dos demais delegados, ela se afirmou crítica à política de saúde vigente no estado e disse ressentir-se da ausência do secretário estadual de Saúde, Antônio Faleiros, no evento. “Acho que o governo estadual deu as costas para esta conferência”, criticou a professora, convocando os delegados a unirem-se na construção de uma seguridade social “goiana e brasileira”. “Não às privatizações e às terceirizações”, reforçou o coro dos delegados, sob fortes aplausos. “O secretário não está preparado para o debate ou não quer discutir a privatização que quer impor em Goiás”, acrescentou a delegada estadual Stefânia Nolasco, representando o segmento dos trabalhadores pelo Conselho Regional de Serviço Social de Goiás na conferência estadual.

Na contramão desse modelo “privatizante”, Batista Júnior defendeu propostas de autonomia administrativa e orçamentária dos serviços com



contratualização de metas e fiscalização permanente, profissionalização da gestão com os próprios quadros da instituição a partir de critérios pré-definidos, gestão radicalmente democratizada, transparente e participativa, com a criação de conselhos gestores locais, criação da Carreira

Única do SUS, com pisos salariais por nível de escolaridade, estabilidade, concurso público como forma de ingresso e estímulo à qualificação, massificação dos programas de residência multiprofissional em todas as regiões do país, criação do Serviço Civil em Saúde, para todos os profissionais

graduados ou especializados em Saúde, efetiva implantação da regionalização, pactuação, hierarquização e contratualização das redes e dos serviços de saúde e qualificação, estruturação e fortalecimentos dos conselhos de saúde com independência e autonomia plenas. (Katia Machado/Radis)

Em São Paulo, moção contra as OSSs e a 'dupla porta'

A política de saúde promovida pelo governo do estado foi o principal alvo dos debates da 6ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, realizada entre 30 de agosto e 1º de setembro, em Serra Negra, a 150 quilômetros da capital. O tema mais polêmico foi o da participação de Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e de Fundações Estatais de Direito Privado no SUS. Os delegados se manifestaram contrariamente à proposta. Também foi alvo de discussões a Lei 1.131/2010, que permite aos hospitais geridos pelas OSSs destinar até 25% dos leitos e outros serviços hospitalares às operadoras de planos e seguros de saúde, tendo sido rejeitada pela maioria dos delegados, que se opuseram, ainda, à criação de uma contribuição social para financiar o SUS — uma *nova CPMF*. A plenária final aprovou duas moções, a primeira, exigindo a revogação da Lei 1.131, conhecida como a *Lei da dupla porta* e em vigor desde 22 de dezembro do ano passado; e a outra, de repúdio à entrega da gestão de serviços públicos de saúde a entidades privadas.

Cerca de mil delegados participaram da etapa estadual, realizada após 488 conferências municipais e 20 regionais, atingindo-se uma população de 39 milhões de pessoas representadas nos encontros, de acordo com informações do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. Durante o evento, foram instituídos cinco grupos de trabalho, que analisaram e votaram as propostas e diretrizes oriundas das conferências municipais.

'REPOLITIZAÇÃO'

Em conferência magna, o médico sanitário e ex-deputado federal Roberto Gouveia abordou a luta do movimento da Reforma Sanitária e a luta para se incluir a saúde como direito de todos e dever do estado na Constituição de 1988. Gouveia defendeu uma "repolitização" do SUS, "uma conquista da sociedade brasileira e não de um partido ou de um

governo", apontou. "Temos um amplo protagonismo social no Brasil, mas estamos no momento de repolitizar o SUS e vencer a sociedade brasileira a defender o direito a saúde", afirmou.

O ministro Alexandre Padilha apresentou aos delegados o conjunto das principais iniciativas do ministério, com foco na garantia do acesso com qualidade, programas prioritários nos vários níveis de assistência e medidas para fixação dos profissionais nos vazios assistenciais. Como presidente do Conselho Nacional de Saúde, Padilha tratou da importância de aproximar os conselhos de Saúde da sociedade, pois somente assim o conjunto da sociedade irá acolher e defender o SUS como seu patrimônio. "Entre nós da Saúde, é fácil defender o SUS, mas se a gente não construir uma aliança com a população que é leiga dos nossos jargões, powrtarias e resoluções, essa sociedade não assumirá o SUS como sendo seu".

SISCONFERÊNCIA

A conferência paulista utilizou nas discussões dos grupos de trabalho o Sisconferência, ferramenta desenvolvida pelo DataSUS para o envio de relatórios, diretrizes e propostas. As votações das propostas em plenária também tiveram início de forma eletrônica, mas devido a problemas no sistema houve a necessidade de se voltar ao método tradicional, pelo levantamento de crachá dos delegados. Para a coordenadora da comissão de relatoria de São Paulo, Marília Louvison, o sistema contribuiu de forma positiva na consolidação das propostas debatidas pelos delegados. "Hoje o relatório está terminado e tenho tudo em um sistema informatizado na internet que todo mundo pode ver. O Sistema precisa ainda de alguns ajustes, mas acredito que até a nacional isso vai ser resolvido", disse.

'CARTA DE SERRA NEGRA'

A Conferência terminou com a aprovação por unanimidade da *Carta de Serra Negra*, que considera de vital importân-

cia a estruturação da Lei de Responsabilidade Sanitária e a garantia de fontes de financiamento para o SUS, apontando como "imprescindível" a votação da Emenda Constitucional 29, elevação do percentual do montante da receita bruta da União e o fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU). A carta destaca, ainda, a exigência de respeito ao caráter deliberativo dos conselhos e conferências de Saúde; a valorização dos trabalhadores em Saúde e a prioridade, para o estado de São Paulo, de estruturar os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, tendo a atenção básica como eixo estruturante. "Conclamamos toda a sociedade a defender a grande conquista do povo brasileiro, que é o SUS universal, equânime, integral e 100% público", finaliza o texto.

Na plenária final, foi homologada a eleição dos 456 delegados que representam o estado na Conferência Nacional. Ao todo, sete diretrizes foram deliberadas para encaminhamento à conferência nacional e tratam da reafirmação do SUS como política pública de direito na seguridade social, preservando seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com financiamento das três esferas de governo; avanço no processo de organização dos conselhos de Saúde e fortalecimento do controle social e participação popular no SUS; e instituição de políticas de regulação de recursos humanos em saúde, gestão do trabalho sem vínculos precários e educação permanente para os trabalhadores do SUS. (Núcleo de Comunicação Sgep/MS)



Ceará: 100% dos municípios e força na articulação do controle social

Participação, pela primeira vez, de 100% dos municípios, representados por 1.496 delegados e discussão de 180 propostas de abrangência microrregional, estadual e nacional. Este é o resultado da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Ceará, que durante quatro dias mobilizou o setor Saúde no estado e no primeiro semestre envolveu a população nas etapas municipais, garantindo representatividade das ideias a serem defendidas na 14ª CNS. Participarão da etapa nacional 120 delegados cearenses. Eles vão defender 35 propostas consensuadas em acaloradas discussões entre sete grupos de trabalho. O relatório final da etapa estadual reúne 66 propostas. "Nunca tivemos essa quantidade de delegados em uma conferência estadual", observou o conselheiro municipal de Saúde Nino Mateus. "Também temos mais estrutura em relação às conferências anteriores. Assim os delegados puderam expor melhor suas demandas, com mais estímulo para aprofundar o debate e discutir como avançar nas políticas públicas".

A mobilização que deu o tom da conferência expressou-se desde o início do evento, com a *Caminhada em Defesa do SUS*, no dia 20/9, com grande participação popular. Foi um feito inédito que entra na história do controle social no Ceará", avaliou Nino.

O debate que trouxe o olhar de gestores, usuários e profissionais de Saúde, girou em torno de questões como a qualificação dos trabalhadores da Saúde em diferentes níveis de atenção, necessidade de efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, melhor estrutura das Unidades Básicas de Saúde e financiamento do SUS.

"Para discutir as questões básicas do SUS, é preciso discutir o acesso e, para garantir o acesso integral, é necessário institucionalizar a regionalização e organizar as redes de atenção", analisou o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Odorico Monteiro, que representou o ministro Alexandre Padilha na abertura do evento. Na mesa que debateu os eixos centrais, tratando dos desafios do pacto interfederativo na gestão do



Delegados mobilizados, melhor estrutura e estímulo ao debate deram o tom, em Fortaleza

SUS, Odorico defendeu discussão mais aprofundada por parte dos conselheiros sobre o Decreto 7.508/11 (*Radis* 109). Assinado em julho pela presidenta Dilma Rousseff, o decreto regulamenta a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e é considerado um marco, por estabelecer regras claras e reorganizar a gestão do SUS. O secretário destacou a necessidade de uma fonte de recursos estável para o sistema, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29.

COMPROMISSO COM A SAÚDE

O secretário de Saúde do Ceará, Arruda Bastos, afirmou que a discussão sobre o acesso com qualidade facilitou a mobilização nos municípios, porque é um anseio de todos. Bastos observou que o controle social está sendo fortalecido a cada ano no estado, e o resultado pode ser observado durante a conferência. "Hoje temos conselheiros realmente comprometidos com a saúde. Foi um controle social forte que evitou, por exemplo, que gestores municipais não reeleitos praticassem desmonte na saúde de suas cidades", apontou.

Segundo o presidente do Conselho Estadual de Saúde, Joaquim Gomes Neto, o Ceará é referência na articulação do controle social. Ele deu como exemplo o Fórum de Conselheiros, que se reúne quatro vezes por ano nas microrregiões, discutindo demandas, experiências de êxito, contribuições para o debate estadual e nacional. "A

participação é constantemente aprimorada", disse ele, concordando com Arruda sobre a questão do gerenciamento em alguns municípios como um dos desafios do sistema. "Os conselheiros municipais têm que acompanhar de perto a gestão".

SOCIEDADE DENTRO DO SUS

Para Willames Freire, presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (Cosems-CE), a participação nas conferências é tradição no estado. Ele falou do trabalho do Cosems na mobilização municipal e principalmente para garantir um debate amplo e democrático sobre as questões locais e nacionais. Segundo Freire, usuários e trabalhadores do SUS estiveram nos eventos. "As conferências são a sociedade dentro do SUS. A evolução da participação é uma mudança cultural de sair da posição de crítica à gestão e priorizar a luta por um sistema inclusivo e de qualidade".

Freire afirma que o Ceará sempre esteve na vanguarda de experiências exitosas e pioneiras na saúde. "Há uma política de financiamento sendo implantada pelo Governo do estado, em parceria com os municípios, que vai custear unidades intermediárias de saúde, preenchendo a lacuna entre a média e a alta complexidade, que não existe em nenhum outro lugar do Brasil e pode vir a ser uma referência quando apresentada na 14ª CNS", destacou. (*Sheila Raquel e Clara Santos/Sgep/MS. Colaborou: Clarisse Cavalcanti/Cosems-CE*)



Rio Grande do Sul fortalecido pela participação

O sentimento de unidade e força entre os participantes foi o saldo principal da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, realizada em Tramandaí, a cerca de 150 quilômetros de Porto Alegre, de 1º a 4 de setembro de 2011. O evento reuniu mais de 1.700 pessoas (1.200 delegados e 500 observadores). “Estaremos fortalecidos para a etapa nacional”, observou o presidente do Conselho Estadual de Saúde, o economista Paulo Humberto Gomes da Silva, representante do segmento dos usuários. “Temos alguns gargalos no setor e por isso não podemos retroceder. Precisamos de um controle social unido para dar uma guinada na saúde”, apontou. Uma expressão da mobilização foi a realização, no âmbito da conferência, da Caminhada em Defesa do SUS, no centro da cidade gaúcha, com a participação de 200 pessoas, tendo como mensagem: *O SUS unido jamais será vendido*.

Foram debatidas 1.378 propostas resultantes da etapa municipal, por 44 grupos de trabalho. No primeiro dia, predominaram as discussões sobre a inserção da saúde na agenda social como condição para o desenvolvimento. Berenice Couto, da PUC-RS, destacou a saúde como parte do sistema de seguridade social previsto na Constituição Federal. “Pensar Saúde é pensar seguridade social e precisamos levar esse debate para um patamar ampliado que envolva a participação social para garantia desses direitos”, observou.

O controle social também esteve em pauta, na discussão da autonomia dos conselhos de Saúde e da legitimidade de

suas deliberações, que muitas vezes não são acatadas pelos gestores. O conselheiro estadual de Saúde Carlos Alberto Duarte, do segmento dos usuários, pontuou as conquistas alcançadas com o SUS, como a participação social, mas lembrou a falta de autonomia e de estrutura de alguns conselhos de Saúde, mesmo após 21 anos da regulamentação da Lei 8.142, de 1990 (Radis 95). “Temos avançado muito, mas ainda precisamos discutir esses aspectos dentro desses espaços de debate que são as conferências”, recomendou.

O conselheiro nacional de Saúde Artur Custódio, do Movimento de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), fez uma retrospectiva dos princípios do SUS e do papel histórico das conferências e dos conselhos no aumento do controle social, mas criticou a dificuldade de acesso a informações pelos usuários sobre a hanseníase. “Teremos um banco genético que ficará no estado do Rio Grande do Sul para ajudar no combate à hanseníase em todo Brasil, mas ainda temos que combater o baixo comprometimento político do ponto de vista da informação”, criticou.

A abertura do evento contou com a presença do presidente do Conselho Nacional de Saúde e ministro da Saúde, Alexandre Padilha, do secretário estadual de Saúde, Ciro Simoni, e do representante da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Assedisa), Arilson Cardoso, também conselheiro de Saúde, além de Paulo Humberto. Arilson destacou a importância da participação dos gestores municipais nas conferências. “É no município que a coisa acontece. O gestor tem que resolver a Atenção Básica para os

usuários, encaminhar procedimentos de média e alta complexidade que muitas vezes não se encontram nos municípios e muitos outros aspectos de atendimento”.

O secretário estadual de saúde, Ciro Simoni, elogiou a participação cidadã durante o processo da conferência e garantiu que o estado do Rio Grande do Sul vai cumprir os 12% previstos na Emenda Constitucional 29, com ou sem a regulamentação da proposta.

O ministro Alexandre Padilha comemorou o andamento das conferências. “Realizamos mais de 4.200 conferências municipais e 13 estados já alcançaram 100% de conferências realizadas”. Padilha destacou o novo cenário de saúde pública no Brasil, com o envelhecimento da população e a ascensão da classe média e ressaltou desafios como as Redes de Urgência e conquistas como as Redes de Assistência da Saúde da Mulher.

ORGANIZAÇÃO

O relator-geral da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), Gastão Wagner, chamou a atenção dos delegados estaduais da conferência gaúcha para a limitação estabelecida em regimento do número de propostas e diretrizes que seriam enviadas para a etapa nacional. Os grupos de trabalho tiveram que ser distribuídos em seis escolas da cidade, o que dificultou a troca de impressões ao longo do dia. Apesar da eficiência do sistema de trabalho, que cumpriu os prazos para votação em todos os grupos, a preocupação com o tempo curto para a tarefa limitou a discussão das propostas. (*Núcleo de Comunicação Sgep/MS*)

Programação preliminar da 14ª CNS

	30/11	1/12	2/12	3/12	4/12
Manhã	9h Credenciamento	9h às 11h Solenidade de Abertura 11h às 13h Plenária de Aprovação do Regulamento da 14ª CNS 13h às 15h Almoço	9h às 13h Grupo de Trabalho 13h às 15h Almoço	9h às 13h Grupo de Trabalho 13h às 15h Almoço	9h às 13h Plenária Final 13h às 15h Almoço
Tarde	14h Ato Público da 14ª CNS	15h às 16h Mesa Central – Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS 16h às 19h Diálogos Temáticos	15h às 19h Grupo de Trabalho	15h às 19h Grupo de Trabalho	15h às 19h Plenária Final
Noite	19h às 21h Programação a ser definida Atividade Cultural	19h às 21h Jantar Atividade Cultural	19h às 21h Jantar Atividade Cultural	19h às 21h Jantar Atividade Cultural	19h às 21h Jantar Atividade Cultural

Fala, delegado!

'Radis' reuniu pontos de vista daqueles que representaram os anseios da sociedade civil nas etapas estaduais

FOTO: HERCÍLIO ARAÚJO



“Pela primeira vez conseguimos fazer 100% das conferências e nós acreditamos que aos poucos os conselheiros vão conhecendo melhor a legislação e sendo inseridos dentro do processo de discussão das políticas públicas. Nunca tivemos essa quantidade de delegados em uma conferência estadual. Também temos mais estrutura em relação às conferências anteriores. Por meio dos fóruns amadurecemos algumas discussões, inclusive provocando mudanças nos regimentos internos, nos decretos e nas leis municipais para garantir a participação do trabalhador e também do usuário gerenciando o conselho de Saúde”.

Nino Mateus, conselheiro municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará

“Sou do Sertão Central, acompanhei seis conferências municipais, inclusive dando palestras sobre controle social e, graças a Deus, a conferência está acontecendo com muita discussão, como é para ser de fato uma conferência. Tem várias propostas, muitas

vezes até antagônicas, mas é preciso ter debates. Creio que o Ceará vai participar ativamente da 14ª CNS, com propostas para melhorar a saúde do país. Políticas públicas de saúde importantes nasceram aqui. O agente comunitário de saúde nasceu aqui e hoje está em todo Brasil. A participação é que faz isto acontecer. Nada vem de graça. Se existem grupos organizados no Ceará que lutam por uma política, esta política mais dia menos dia chegará a acontecer de fato”.

Carlos Eugênio Pereira Soares, profissional de Saúde/Funasa, Ceará

“A falta de algumas autoridades nos incomodou. A ausência do secretário de saúde de Goiás mostra que não está preparado para o debate ou não quer discutir a privatização que quer impor ao estado”.

Stefânia Nolasco, segmento de trabalhadores de Saúde, Goiás

“Quem irá consolidar o SUS no estado de Goiás seremos nós que estamos na Conferência Estadual de Saúde. É preciso também discutir a força de trabalho do SUS, indo além do financiamento e da gestão. Uma força de trabalho satisfeita e fortalecida é o que ajudará a alavancar nosso sistema de saúde”.

Terezinha de Jesus Aguiar, segmento de usuários do SUS, Goiás

“Infelizmente, os projetos de saúde costumam ser políticos, e não de Estado. E, quando um gestor está na presidência do Conselho de Saúde, leva para lá seu projeto político, que dificilmente atende aos interesses da sociedade. Questiono o fato de a presidência do

Conselho Nacional de Saúde estar nas mãos de um gestor”.

Graciara Matos de Azevedo, segmento de trabalhadores de Saúde, Goiás



FOTO: SINDESAÚDE-GO

“As Organizações Sociais de Saúde (OSSs) estão caminhando a passos largos em Goiás e não podemos aceitar essa situação. A gestão da Saúde deverá ser estatal, pública e de qualidade. Estão reduzindo o Estado ao mínimo e passando a gestão da Saúde para as OSSs, para quem saúde é mercadoria. Esse modelo amplia a precarização do trabalho, reduz direitos e dificulta o acesso ao usuário. É uma forma dissimulada de fazer porta dupla no SUS. Fora que os conselhos de Saúde não têm como fiscalizar as OSSs. Outra questão importante a ser discutida pela 14ª: políticas de recursos humanos. Temos trabalhadores adoecendo, sobrecarregados. Você trabalha melhor quando satisfeito com seu local de trabalho, com salário adequado ao exercício da sua profissão”.

Maria de Fátima Veloso, segmento de trabalhadores de Saúde, Goiás





FOTO: SINDSAUDE-GO

“Minha expectativa é sair da Conferência Nacional de Saúde com propostas concretas de fortalecimento do SUS e poder combater o desmando que existe por aí. Nossa defesa é por um SUS público com qualidade. Sou contra as organizações sociais de Saúde e a terceirização. Evitar o avanço das OSSs no estado de Goiás dependerá da capacidade de articulação dos delegados desta conferência”.

Osmar Costa de Queiroz, segmento de usuários, Goiás



FOTO: DAYANE MARTINS

“O acesso é a materialização cotidiana dos princípios do SUS. E, para garantir a qualidade, é necessária uma abordagem intersectorial. No campo, a situação é ainda mais delicada do que na cidade: quando chegam, as políticas públicas são muito incipientes. Queremos transporte, comunicação, educação, saúde. O campo vem sendo desprovido de cidadania e está numa condição frágil, apesar de concentrar cerca de 30% da população brasileira. Cabe a nós, usuários, por exemplo, recolocar a discussão sobre o modelo

de gestão, que aparece como defesa corporativa dos trabalhadores, mas que é uma luta de todos pela garantia do direito à saúde.”

Maria do Socorro de Souza, segmento de trabalhadores da Saúde, Distrito Federal

“Desde a 9ª edição, a Conferência Nacional de Saúde vem perdendo potência: se enrijeceu, deixou de representar o pensamento da sociedade sobre a saúde e passou a se pronunciar mais sobre a agenda do movimento sindical. Nesse momento, é preciso debater o estado grave da saúde no Brasil, admitir que nunca foi uma política de Estado. O país vive um período de crescimento econômico, com certa distribuição de renda, então a hora é essa. A expectativa para a 14ª é a de sair com um SUS maior, mas o que tem acontecido é que saímos com um SUS diminuído. A conferência precisa deixar de lado seu dicionário de propostas e opinar sobre questões centrais, como o fim dos subsídios públicos aos planos privados, a exigência de que os serviços filantrópicos sejam 100% SUS...”

Lígia Bahia, conselheira nacional de Saúde

Um evento com 3.700 participantes

A 14ª Conferência Nacional de Saúde contará com 3.694 participantes, sendo 3.212 delegados, com direito a voz e voto, e os demais, convidados, com direito a voz. A representação do segmento dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de Saúde, na proporção de 50%, 25% e 25%.

O eixo único da conferência, *Acesso e acolhimento com qualidade – Um desafio para o SUS*, estará subdividido nos seguintes itens: *Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; Participação da comunidade e controle social; e Gestão do SUS, com ênfase no financiamento, pacto pela saúde, relação do público com o privado, gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde.*

O evento contará com mesa de apresentação, diálogos temáticos,

plenárias (de abertura e final) e grupos de trabalho. As propostas encaminhadas pelas conferências estaduais e do Distrito Federal serão votadas primeiramente em 17 grupos de trabalho simultâneos. O regulamento da 14ª, que será submetido a votação dos delegados, estabelece que todos os pontos não destacados em pelo menos nove GTs serão considerados aprovados e farão parte do relatório final da 14ª. Aqueles destacados que obtiverem 70% ou mais dos votos em pelo menos nove grupos também integrarão o relatório final, sem necessidade de apreciação na plenária final.

Esta votará apenas as propostas que tiverem mais de 50% e menos de 70% dos votos em pelo menos nove GTs. Caso os delegados endossem esse regulamento, na etapa nacional não poderão ser apresentadas diretrizes e propostas novas, e os destaques deverão se restringir à supressão total do texto – não havendo, assim, margem para modificá-los.

Ao final da 14ª, está prevista a elaboração de uma carta a ser levada à população, “que fale para o Brasil, não só para a militância ativista profissionalizada das conferências, dos conselhos”, como anunciou o relator da conferência, o professor da Unicamp Gastão Wagner de Sousa Campos, em entrevista à *Radis* (108). A carta contará com as principais propostas e diretrizes aprovadas no relatório final do evento, para que a sociedade possa “refazer um pacto com a política de Saúde brasileira”, disse Gastão em uma das conferências estaduais a que esteve presente. “Um documento que fale sobre financiamento e modelos de atenção, numa linguagem muito simples, que consiga comover a sociedade”. Além deste, um outro documento, voltado a gestores, trabalhadores e usuários, deverá ser produzido, com as reivindicações específicas de cada área.

Entrevista: **Ministro Alexandre Padilha**

'Precisamos defender o controle público'

Katia Machado

Depois de participar de algumas das etapas estaduais da 14ª Conferência Nacional de Saúde, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, tem boas expectativas para o aguardado encontro de usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços do SUS, que se realizará de 30 de novembro a 4 de dezembro. Foram mais de 4 mil conferências, só em âmbito municipal, em todo o país, "o maior número que já se obteve", ressalta o ministro, nesta entrevista à *Radis*. Quanto à garantia de que os encaminhamentos da 14ª serão levados à frente pelo governo, Padilha vê um caminho: "É preciso fortalecer os conselhos municipais, estaduais e regionais de Saúde". Ele observa, ainda, que o SUS precisa conviver com modelos de gestão distintos, sempre com foco na defesa do controle público. Em atenção ao tema da conferência, Padilha considera essencial discutir o acesso público, que se contrapõe a outros interesses que não são públicos. Para o ministro, estes interferem no acesso com qualidade.

O senhor acompanhou algumas etapas estaduais da 14ª CNS. A partir dessa experiência, quais as suas expectativas para a conferência?

Nossas expectativas são as melhores possíveis. Em vários estados, 100% dos municípios realizaram suas conferências. A sociedade participou ativamente. O conjunto das conferências municipais e estaduais assumiu nos debates o eixo central do acesso e acolhimento com qualidade. O tema foi priorizado em todos os espaços de debate.

De que forma o tema foi abordado nos estados? O que mais chamou a atenção do senhor?

Para todas as conferências estaduais foram enviados representantes do Ministério da Saúde, quando eu mesmo não pude ir. Os debates sobre a realidade local, as características, as peculiaridades e as dificuldades do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) são decisivos para a definição dos rumos de nossa Política Nacional de Saúde. E, também, para darmos mais um passo na consolidação do SUS.

Parece consenso que o problema da saúde no Brasil é a garantia de acesso qualificado para todos, como está expresso no eixo da 14ª. No entanto, quando se trata de garantir este acesso, entra-se num terreno de disputas, especialmente no que se refere à oposição entre público e formas tidas como 'privatizantes', como as OSSs. O que o senhor acha disso?

O que precisamos discutir é acesso público *versus* outros interesses que não são públicos e que interferem no acesso com qualidade. Exemplos são o clientelismo e o corporativismo, que são de todas as dimensões, dos gestores, trabalhadores e usuários. Não podemos admitir, qualquer que seja o modelo de gestão, que este interfira no acesso com qualidade. Precisamos persistir e exigir acesso público e gestão pública. O SUS já compreendeu, desde a sua criação, que precisa conviver com modelos de gestão distintos. Hoje, por exemplo, 54% dos leitos disponíveis para o SUS são leitos não estatais. O que precisamos defender é controle público, defesa dos direitos do trabalhador, garantia de que a pessoa seja atendida com qualidade, seja qual for a proposta. Isso é o mais importante e, para que aconteça, o SUS precisará fazer parcerias.

Isso vale também para as Organizações Sociais de Saúde (OSSs), apesar das críticas que o modelo recebe?

Não se pode falar das OSSs como uma coisa só. O que define se a parceria é boa ou não é se ela tem uma gestão pública ou não. Há parcerias, por exemplo, que são puramente estatais e que atendem outros interesses que não são os interesses públicos. Enquanto isso, algumas parcerias entre o SUS e o setor privado, entidades filantrópicas etc. são muito eficientes. O fundamental é fortalecer a gestão pública, entendendo os vários modelos possíveis.

Há uma crítica de que as conferências se limitam ao debate dos problemas e, a partir dali, pouco se concretiza. Como garantir que os encaminhamentos da 14ª serão levados à frente por este governo?

O Conselho Nacional de Saúde foi sensível e maduro quando decidiu o tema do acesso e do acolhimento com qualidade. O governo e o Ministério da



FOTO: DAYANE MARTINS

Saúde, por sua vez, têm tido o compromisso de debater o tempo todo o tema da 14ª CNS. Mas, muito mais do que isso, para que as propostas desta conferência sejam levadas adiante, é preciso fortalecer os conselhos municipais, estaduais e regionais de Saúde. Queremos continuar, por exemplo, a debater com o controle social o tema do financiamento em rede de atuação, definir junto com os conselhos o perfil dos profissionais necessários no SUS. Ou seja, discutir tudo o que for necessário para a efetivação do acesso com qualidade.

Algum encaminhamento nesse sentido já foi feito?

Nosso trabalho no ministério e, sobretudo, de cada um no controle social é exatamente para que as conferências estaduais e a conferência nacional delineiem o que é necessário fazer para levar saúde com qualidade a toda a nossa população. Por isso, volto a dizer, o tema central da conferência é o acesso. Todos os nossos esforços, planejamento, recursos e atuação do controle social têm de estar voltados a melhorar o atendimento aos usuários do SUS. Esta é a nossa principal força motriz. Nossas conferências ultrapassaram o número de 4 mil em âmbito municipal em todo o país. Foi o maior número que já se obteve. Essa participação nos demonstra que temos oportunidade e vontade de concretizar as mudanças necessárias. As conferências estaduais darão outro rumo, outra cara, para a conferência nacional. 



Direito Sanitário: uma pauta ibero-americana

Evento na Argentina debate o presente e o futuro de uma área do saber em crescimento

Wagner Vasconcelos *

O 1º Congresso Ibero-Americano de Direito Sanitário, realizado de 31 de agosto a 1º de setembro em Buenos Aires, Argentina, levou seus 120 participantes a pelo menos duas conclusões: a de que os objetivos do evento, de discutir a produção legislativa em saúde e as visões múltiplas do direito sanitário nas Américas, foram atingidos e de que o campo do Direito Sanitário nos países ibero-americanos está em franco crescimento. Sob o tema *Saúde como um direito humano na agenda ibero-americana*, o evento reuniu especialistas da Espanha, Costa Rica, Uruguai, Paraguai, Cuba, Chile, Colômbia, Argentina e Brasil, representado pela equipe do Programa de Direito Sanitário (Prodisa) da Fiocruz Brasília, um dos organizadores do congresso com a Universidade de Buenos Aires e Universidade Internacional Menéndez Pelayo, da Espanha.

“Um dos importantes resultados desse evento foi a aproximação das várias visões do Direito Sanitário, como área do conhecimento, nos países ibero-americanos”, observou a pesquisadora da Fiocruz Brasília Maria Célia Delduque, coordenadora do Prodisa e uma das presidentes do Congresso. Ela explicou que o Direito Sanitário está em fase de delimitação de contornos, assim como já o fizeram ramos do Direito consolidados, como o Tributário. Nos países ibero-americanos, o Direito Sanitário tem abordagens diferentes, observou. “No Brasil, a bioética e a relação médico-paciente não fazem parte do escopo do Direito Sanitário. E nossa abordagem de Direito Sanitário, abarcando políticas públicas de saúde,

não faz parte do Direito Sanitário de outros países”, exemplificou.

Para a pesquisadora argentina Marisa Aizenberg, do Observatório da Saúde da Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires, também à frente do Congresso, os problemas comuns que ultrapassam as fronteiras dos países “trazem a necessidade de busca por estratégias de articulação que, com a ajuda das universidades, podem colaborar com a definição de políticas que fortaleçam tanto o sistema sanitário quanto o judicial”.

IMPORTÂNCIA TRANSCEDENTAL

Na mesa de abertura, a decana da Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires, Mónica Pinto, destacou que o direito à saúde é algo que “os nossos povos e as nossas decisões políticas consagraram como direito humano. E a saúde, como núcleo forte dos direitos humanos, não significa apenas a ausência ou a prevenção de doenças, mas, sim, liberdade”. O presidente da Corte Suprema de Justiça da Argentina, Ricardo Luis Lorenzetti, fez um panorama sobre o complicado cenário em que duas visões antagônicas convivem cotidianamente. “Um extremo pensa a saúde como mercado. Outro, como um sistema totalmente público. Em meio a isso, todos os países têm debatido sobre como consolidar seus sistemas”. Para o magistrado, no embate entre economia de mercado e sistema público de saúde, não pode haver excluídos do sistema. Ele sugeriu que haja uma mediação prévia, capaz de evitar ou minimizar os litígios no campo da Saúde.

A defesa da saúde como direito humano esteve presente também na conferência de abertura, *O direito humano à saúde: o aporte da universidade para a*

conquista progressiva do direito à saúde, proferida por Carlos Cárcova, diretor do Instituto de Investigações Jurídicas e Sociais Ambrósio Gioja, da Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires. Para ele, essa causa, de “importância transcendental”, representa uma tendência que tem se intensificado na Argentina desde a reforma constitucional de 1994, quando ao texto constitucional foram incorporados os direitos humanos. “É um direito inerente à própria condição humana. O projeto dos direitos humanos é estratégia contemporânea para a permanente construção de uma sociedade democrática”.

Na mesa redonda *O Direito Sanitário como ramo autônomo do conhecimento científico*, Maria Célia Delduque resgatou a história do conhecimento — passando pelo surgimento da epistemologia (ou teoria do conhecimento) e de suas várias correntes de pensamento, do empirismo ao materialismo, e também da “hiperespecialização do saber”, acentuada em meados do século passado — para fazer suas reflexões. A pesquisadora lembrou que, com o avanço das especialidades do conhecimento, surgiram várias “ilhas epistemológicas”, dogmáticas e muito fechadas, mantidas pelas instituições e, com isso, muito hegemônicas. “O Direito Sanitário rompe com essa lógica”, afirmou ela, para quem o reconhecimento da saúde como direito humano trouxe para o Estado a obrigação de dispor ações e serviços de saúde para os cidadãos. “Abre-se para o Direito o interesse de investigar a saúde pública do ponto de vista do direito das políticas públicas”.

JUDICIALIZAÇÃO

A forma como juízes resolvem as demandas por medicamentos no Brasil e o papel que o médico e a prescrição

* Da Fiocruz Brasília, especial para a Radis

PRIMER CONGRESO IBEROAMERICANO DE DERECHO SANITARIO

"La salud como un derecho humano en la agenda de Iberoamerica"



FOTO: EL CLARIN

Especialistas da Espanha, Costa Rica, Uruguai, Paraguai, Cuba, Chile, Colômbia e Brasil discutiram as aborgagens do Direito Sanitário em seus países

médica desempenham no exercício do direito à saúde foram tratados por outra pesquisadora do Prodisa, Silvia Badim, na mesa redonda *A judicialização, o ato médico a partir de uma perspectiva crítica*, em que apresentou dados de sua tese de doutorado, defendida em setembro, na USP. Ela informou que cresce, vertiginosamente, no Brasil, o número de decisões que obrigam o Estado a fornecer os mais diversos medicamentos solicitados no processo judicial por cidadãos, com base em suas necessidades individuais. Essas necessidades, disse, "por diversas vezes se chocam com as determinações da política de Saúde, formalizada para atender toda a sociedade brasileira". Tais demandas, portanto, têm suscitado debates sobre o entendimento real da integralidade do direito à saúde no Brasil. Depois de muitos debates, acrescentou, o Poder Judiciário começa a se sensibilizar para tratar de estratégias de enfrentamento da judicialização de forma dialogada e multidisciplinar.

EDUCAÇÃO

Para o espanhol Joaquín Cayón, da Universidade Internacional Menéndez Pelayo, a atividade médica tem se tornado arriscada. Ele observa que "a judicialização provoca uma medicina defensiva". "É preciso evitar o descrédito do médico", disse, propondo modelos de "conciliação, mediação e arbitragem — mecanismos extrajudiciais de resolução dos conflitos sanitários". De acordo com ele, mais de 60% dos conflitos são de baixa complexidade e podem ser resolvidos com mediação mais simples. Cayón realçou a necessidade de muito cuidado e atenção nesse campo, uma vez que são os direitos humanos que estão em jogo.

A pesquisadora Paulina Milos Hurtado, da Universidad de Los Andes, Chile, destacou a importância da educação e da integração entre diferentes áreas do

conhecimento para avanços na saúde pública. Em seu país, o magistério para a área dialoga com as faculdades de Direito, Medicina, Odontologia, Enfermagem e Comunicação, por exemplo. "A Comunicação é importante na formação do médico e também dos demais profissionais do Direito", afirmou. No Chile, disse, há bons indicadores de saúde graças ao desenvolvimento econômico e educacional e às políticas de saúde pública. Ela também defendeu soluções mediadas para se evitar a via judicial para solucionar assuntos que poderiam ser conduzidos por outras vias, "geralmente políticas".

O evento discutiu também a importância da produção legislativa e judicial no Direito Sanitário. O consultor legislativo do Senado brasileiro Luiz Carlos Romero fez uma retrospectiva do direito à saúde no Brasil, lembrando que saúde, por muito tempo, foi tida como benefício, "um direito trabalhista, assegurado apenas para quem exercia relação formal de trabalho". Ele recordou que textos constitucionais ao longo da história do país mantiveram essa lógica, até que a Constituição Federal de 1988 promoveu mudanças radicais. "Passou a caber ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas, a garantia de acesso universal às ações e serviços de proteção e promoção da saúde. Consequentemente, foram geradas necessidades de instrumentos jurídicos entre esferas de poder", analisou. Para Romero, atualmente, no entanto, o SUS é mais dependente de dinheiro do que de legislações específicas.

MÉDICO-PACIENTE

Na mesa *O temor legal como determinante na tomada de decisões médicas*, o representante da Universidade Menéndez Pelayo, Angel Pelayo, focou

sua fala na relação médico-paciente, observando que essa relação tem mudado. Ele ressaltou a importância do "consentimento informado", ou seja, que o paciente seja devidamente informado da sua situação de saúde. "Não há consentimento sem informação", disse, ao recomendar maior atenção à comunicação entre médico e paciente, feita atualmente "via formulários".

Ao mesmo tempo em que o Direito interfere cada vez mais na atividade médica, como afirmou Pelayo, vem surgindo e tomando forma uma "medicina defensiva", na análise de Roberto Dalmazzo, da Universidade de Buenos Aires. Segundo ele, há um excesso de prescrições de práticas, que gera além de consumo de dinheiro, exposição desnecessária do paciente a radiação, soluções invasivas ou medicamentos não imprescindíveis para a ação terapêutica requerida.

REDE

No congresso, foi apresentado o site da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário (rededireitosanitario.fiocruz.br), cujo objetivo, explicou o pesquisador visitante do Prodisa e secretário executivo da Rede, Marco Aurélio Torronteguy, é promover a "articulação e a cooperação técnica entre pessoas e instituições dedicadas ao Direito Sanitário nos países membros da comunidade ibero-americana". O comitê diretivo da Rede foi eleito durante o evento. Composto por cinco membros — representantes do Brasil, Argentina, Espanha, Costa Rica e Uruguai —, esse comitê é responsável pelo ingresso de novos membros até a elaboração dos trabalhos a serem apresentados nas assembleias, bianuais, explicou Maria Célia Delduque, representante do Brasil no comitê. 

PREVIDÊNCIA



Texto aprovado pela Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara fixa limite para aposentadoria do servidor, institui previdência complementar, mas não incide sobre causas do déficit previdenciário

Katia Machado

Nos anos 2000, algumas tentativas de reforma dos planos previdenciários de servidores públicos ganharam força, sob a alegação de que as despesas de pessoal representavam peso significativo nos orçamentos públicos, especialmente o pagamento dos inativos. Entre algumas propostas nesse sentido, o Projeto de Lei 1.992, de 2007, propôs a criação de um regime de previdência complementar dos servidores públicos civis da União, suas autarquias e fundações, e membros de Poder — inclusive Poder Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas da União —, fixando limite máximo para a concessão de aposentadorias e pensões. Esse limite seria regulado pelo regime próprio de previdência de que trata o artigo 40 da Constituição Federal: ou seja, os novos servidores públicos, se aprovada a lei, passarão a se aposentar com valor equivalente ao teto do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), destinado aos trabalhadores do setor privado e organizado e mantido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), atualmente fixado em R\$ 3.689,66.

Apresentado ainda em 2007 pela Presidência da República à Câmara dos Deputados, o projeto foi aprovado em 24 de agosto deste ano pela Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP) da Câmara, apesar de protestos de entidades representantes dos servidores públicos federais. Será analisado pelas Comissões de Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania da Casa Legislativa.

De acordo com o PL, todos os servidores da União, autarquias e fundações e membros do Poder Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas da União que ingressarem no serviço público federal, a partir da aprovação da lei, passarão a contribuir sobre um teto máximo e, para conseguir qualquer quantia acima do montante estipulado, deverão aderir à previdência complementar, neste caso, à Fundação da Previdência Complementar do Servidor Público Federal (Funpresp), cujo valor variará de acordo com as contribuições recolhidas individualmente a partir da adesão. “Se aprovado, como quer o governo, poderá fragilizar o setor público”, observa a auditora federal de Controle Externo do Tribunal de Contas da União e segunda vice-presidente do Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo Federal e Tribunal de Contas da União (Sindilegis), Lucieni Pereira.

‘COFRINHO’

Ela explica que a previdência complementar funciona como um *cofrinho*, pois varia de acordo com as reservas acumuladas no período de contribuição — o saldo tem relação direta com a rentabilidade das aplicações financeiras ao longo do tempo. “O produto é muito semelhante ao plano gerador de benefício livre (PGBL) vendido pelos bancos privados a qualquer cidadão que se sujeita a tributação quando do resgate dos recursos”, explica Lucieni em texto que escreveu sobre o tema com a advogada Aline de Moura, o auditor federal Almir Neto e o procurador da República André Bertuol. “No PGBL, por exemplo, não há rentabilidade predeterminada. A instituição financeira contratada aplica os

recursos em fundos de renda fixa ou em fundos que misturam renda fixa e ações, porém não há garantia de rentabilidade mínima”, escrevem.

Nesse caso, os benefícios são incertos, porque oscilam de acordo com o saldo da conta individual. “Se o *cofrinho* é magro, sua aposentadoria é magra; se acaba o dinheiro do *cofrinho* ao longo do tempo, o servidor passará a viver apenas com o teto do INSS”, diz Lucieni.

REGIME ESPECIAL

Três pontos são considerados polêmicos. O primeiro refere-se ao fato de se equipararem os servidores públicos e trabalhadores do setor privado quanto às regras de aposentadoria, apesar de terem direitos constitucionais distintos. “A Constituição Federal determina que o servidor público deve servir e proteger o Estado. Assim, policiais, procuradores, magistrados, auditores, advogados públicos, médicos, enfermeiros, professores, entre outros servidores, não podem furtar-se do exercício de suas atribuições públicas, nem mesmo diante de riscos que algumas atividades possam representar às suas vidas e de familiares, sob pena de responderem administrativa e criminalmente”, explica Lucieni. Por isso, complementa, “a Constituição assegura regime especial aos servidores públicos civis e membros de Poder, de caráter administrativo, outorgando-lhes um conjunto de proteções e garantias específicas para o exercício da função pública em defesa do Estado”.

O trabalhador do setor privado, por exemplo, tem direito ao fundo de garantia (FGTS), possibilidade de participação nos lucros da empresa, pode fazer hora

extra e ganhar mais e tem maior flexibilidade para mudar de emprego ou negociar salários. “Já o servidor, se faz hora extra, nada ganha, não tem participação nos lucros, não negocia salário com o patrão, amarga perdas inflacionárias e não tem ingerência sobre as regras da carreira, definidas pelo Executivo e, em última instância, pelo Legislativo”, aponta Lucieni.

Como o servidor público não tem FGTS, são direitos seus a estabilidade relativa e a aposentadoria com proventos integrais, por exemplo. “Mas isso não significa benefício”, ressalta a sindicalista. “A aposentadoria que pode chegar ao valor integral do salário é proporcional ao tempo de contribuição do servidor”, explica. Isso significa que o servidor contribui, no mínimo, com 11% sobre o salário bruto, limitado ao valor máximo de R\$ 26 mil – há alguns estados em que a contribuição chega a 14% –, enquanto que o trabalhador do setor privado, com 8% a 11% sobre um teto.

DÉFICIT

Para Lucieni, o projeto de lei mexe nas regras de aposentadoria e não altera os principais fatores causadores do déficit previdenciário, calculado pelo governo, no ano passado, em R\$ 52,7 bilhões. “O governo fala em déficit, mas não diz que 43% desse montante referem-se a gastos com aposentadorias e pensões de militares federais e servidores do Distrito Federal pagos pela União”, aponta, acrescentando que, em 2010, a União alocou R\$ 22,5 bilhões do Tesouro Nacional para cobertura das despesas previdenciárias desses dois segmentos. “Isso é um contrassenso”, avalia.

De acordo com Lucieni, o déficit dos servidores públicos civis e membros de Poder, na esfera federal, chega a R\$ 30,2 bilhões. “Esse é o déficit que aceitamos discutir”, registra, informando que 92% desse valor dizem respeito ao Poder Executivo, que tem a maior folha de pagamento, uma vez que, em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição, recebeu trabalhadores celetistas que passaram para o Regime Jurídico Único (RJU). “Esse trabalhadores contribuíram para o INSS durante anos como celetistas, passaram para o RJU, e o INSS não compensa o regime próprio da previdência pública da União”, critica. “É preciso fazer um acerto de contas do INSS com a previdência do servidor público. Mas isso não é feito, pois não interessa ao Poder Executivo”, observa.

Na 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2010 (Radis 103), a pesquisadora Denise Lobato Gentil, do

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, já havia salientado que governo e oposição afirmavam em uníssono que a previdência é deficitária, para defender reformas que culminariam na restrição de direitos de aposentados e pensionistas”. “É necessário considerar que os números utilizados para avaliar a situação financeira são normalmente enganosos e alarmistas”, avaliou Denise.

Ela apresentou relatórios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Tribunal de Contas da União que, ao contrário do que alega o governo, indicam que o Sistema de Seguridade Social brasileiro – referente também ao Sistema Previdenciário do servidor



A CONSTITUIÇÃO ASSEGURA REGIME ESPECIAL AOS SERVIDORES PÚBLICOS, PARA O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA

LUCIENI PEREIRA

público – é superavitário. “A análise do TCU mostra que a seguridade social teve superávit de R\$ 7,9 bilhões em 2008”, informou na ocasião Denise.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

O segundo ponto polêmico relativo à previdência de servidores refere-se à previsão de fundação estatal de direito privado para administrar o fundo de pensão, já que a Constituição exige entidade fechada de natureza pública. “O governo

alega que a exigência constitucional não significa que a entidade deve ser estruturada na forma de entidade de natureza pública”, explica Lucieni. De acordo com a sindicalista, para driblar a exigência, o governo tenta emplacar a ideia de que o conceito de natureza pública pode ficar restrito à realização de concurso público, de licitações e publicações das demonstrações em diário oficial e internet.

“A quem interessa a previdência complementar?”, questiona. Para ela, ao mercado financeiro, apenas. De acordo com o artigo 15 do PL 1.992, a administração dos recursos garantidores, provisões e fundos dos planos de benefícios resultantes das receitas deverá se realizar mediante a contratação de instituições financeiras autorizadas pela Comissão de Valores Mobiliários. “Ou seja, ao se aposentar, o servidor entrega seu dinheiro a uma instituição financeira, diferentemente de fundos de pensão como a Petros da Petrobras e a Previ do Banco do Brasil”, explica Lucieni. “Que mercado financeiro não gostaria de administrar os recursos da União?”, indaga. Ela informa que o valor previsto para 2012 da folha de pagamento da União é de R\$ 203 bilhões. “É obvio que os fundos de pensão estão querendo administrar esses recursos”, diz.

TIRO NO PÉ

Terceiro ponto polêmico desse debate, o PL poderá também ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), pois deverá aumentar a despesa líquida com pessoal. De acordo com o texto, a União – que hoje contribui com 22% para o regime próprio de previdência dos servidores, a exemplo das empresas do setor privado, que contribuem com 20% do salário bruto dos empregados para o INSS – passará a contribuir com 7,5% da parcela do salário que exceder o teto do RGPS, e o servidor público – que hoje contribui com 11% sobre o salário bruto – contribuirá com alíquota de 7,5% ou maior. “Os riscos de descumprimento dos limites de pessoal são fortes, em especial pelos Tribunais do Poder Judiciário da União e pelo MPU, cujas despesas com aposentadorias e pensões são quase que integralmente custeadas com as contribuições previdenciárias”, alerta Lucieni. Ela informa que, para aprovar o projeto, o governo se mostrou disposto a alterar a LRF e aumentar a possibilidade de gastos da União com despesa com pessoal, atualmente fixado em 50% da receita corrente líquida federal. “Isso é um tiro no pé”. 

SERVIÇO

EVENTO

CONGRESSO MUNDIAL DE NUTRIÇÃO
Rio 2012

A Associação Mundial de Nutrição e Saúde Pública (WPHNA), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) promovem, em abril de 2012, no Rio de Janeiro, o Congresso Mundial de Nutrição (World Nutrition Rio2012). O evento tem como tema *Nutrição mundial: conhecimento, política e ação* e pretende discutir formas de proteger, preservar e melhorar a saúde das populações em todo o mundo. A organização se dará em seis eixos temáticos: *Sistemas alimentares justos e com diversidade alimentar; Políticas de alimentação e nutrição; Meio ambiente e segurança alimentar e nutricional para todos; Determinantes e ameaças à saúde; Estratégias e intervenções de sucesso; e Natureza e fortalecimento da nutrição em saúde pública*. As inscrições já estão abertas.

Data 27 a 30 de abril de 2012

Local Uerj, Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Site www.worldnutritionrio2012.com.br

Tel 21 2548 5141

18º CONGRESSO MUNDIAL DE
ERGONOMIA

Pela primeira vez, o Brasil sediará o 18º Congresso Mundial de Ergonomia (IEA 2012). Promovido

pela Associação Latino-Americana de Ergonomia e Associação Brasileira de Ergonomia, o evento tem como tema *Projetando um futuro sustentável*, e a organização se dará em palestras, apresentações orais, sessões intera-

tivas, workshops, visitas técnicas e apresentações de pôsteres. O evento pretende discutir as necessidades do ser humano e a preservação do meio ambiente de forma a considerar essas necessidades também no futuro, e reunir informações recentes sobre ergonomia, promovendo a interação entre a pesquisa e a aplicação deste campo do conhecimento, entre a teoria e a prática desenvolvidas por universidades, empresas, cientistas, engenheiros e gerentes.

Data 12 a 16 de fevereiro de 2012

Local Recife, PE

Mais informações

Site www.iea2012.org

Email secretary@iea2012.org

PUBLICAÇÕES

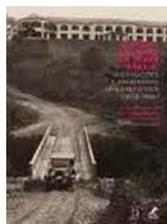
PATRIMÔNIO DA SAÚDE

História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico, organizado por Christiane Maria Cruz de Souza e Maria Renilda



Nery Barreto (Editora Fiocruz), traz o resultado dos estudos e do trabalho de identificação documental realizados em Salvador, uma das capitais selecionadas para o projeto Inventário nacional do patrimônio cultural da saúde: bens edificados e acervos, desenvolvido desde 2007 sob a coordenação da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). O livro trata de como o estado da Bahia construiu sua rede de assistência à saúde da população, em instituições públicas, privadas, de caridade, filantrópicas, de investigação e de difusão científica. A publicação é acompanhada de CD com a descrição das instituições e edificações de saúde da Bahia.

História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958), organizado por Rita de Cássia Marques, Anny Jackeline Torres Silveira e Betânia Gonçalves Figuei-



redo, é o segundo volume da coleção *História e Patrimônio da Saúde* (Editora Fiocruz). O livro apresenta uma análise ampliada do surgimento, implantação e consolidação das instituições de saúde mineiras, com foco nas cidades de Ouro Preto, Mariana e Belo Horizonte. A publicação também vem acompanhada de CD com informações históricas e arquitetônicas sobre as instituições descritas no projeto *Inventário nacional do patrimônio cultural da saúde: bens edificados e acervos*.

VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES

Amor e violência, um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros, organizado por Maria Cecília de Souza



Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Kathie Njaine (Editora Fiocruz), é resultado de estudo realizado com estudantes de escolas públicas e privadas de dez cidades brasileiras, concluído em 2010. O livro está organizado em sete capítulos. No primeiro, as autoras apresentam uma introdução ao tema da condição juvenil no mundo ocidental e no Brasil no início do século 21. O segundo capítulo trata da metodologia de construção do trabalho. O terceiro apresenta informações sobre as várias modalidades de relação afetivo-sexual encontradas nas dez cidades. O quarto, a prevalência dos vários tipos de violência nas relações afetivo-sexuais. O quinto discute a violência simbólica nas relações de *ficar* e do namoro. O sexto aborda o contexto de socialização dos jovens na família, na escola e na comunidade. O sétimo capítulo aponta como os jovens se sentem em suas iniciativas afetivo-sexuais em relação à família, à escola e à comunidade. [E]

ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

Email editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO

Conferências de Saúde: o desafio de não fazer 'mais do mesmo'

Flavio Goulart*

Vem aí a 14ª Conferência Nacional de Saúde, parte de um processo constante e bem sucedido de ausculta à sociedade na área da Saúde. É um campo em que o SUS tem muitas lições a oferecer às demais políticas públicas, inclusive a outros países. Temos muito a comemorar, diante de tal marco democrático, mas muito a aprender, também, e, principalmente, a aprimorar.

Vejo algumas tendências preocupantes hoje no cenário da participação social no Brasil. São elas: (a) autonomização, levantando a expectativa social de que nos instrumentos de participação em saúde residiria, de fato e de direito, um quarto poder; (b) plenarização, mediante a transformação dos conselhos e conferências em fóruns de debates profundamente marcados pela ideologia, nem sempre com a participação dos representantes do poder público, os quais, aliás, por definição normativa interna são fortemente minoritários em tais instâncias; (c) parlamentarização, com formação de blocos ideológicos e partidários, com tomada de decisão por votação, não por consenso, como conviria à atividade parlamentar; (d) profissionalização, dadas as fortes exigências da participação social, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros profissionais da participação; (e) autorregulação, uma particularidade praticamente exclusiva da área da Saúde.

A última Conferência Nacional de Saúde, a 13ª, realizada em 2007, foi dramaticamente marcada pelos aspectos citados. O nível de polarização entre os participantes produziu debates de grande tensão, muitos se arrastando pelas madrugadas e resultando inconclusivos e de legitimidade duvidosa, dificultando até mesmo serem registrados. Além disso, não foram poucas as manifestações de participantes denunciando o clima de cerceamento da liberdade de opinião e a irracionalidade do processo decisório calcado na marcação de posições e em disputas por votação. Assim é que foi produzido quase um milhar de deliberações, além de algumas dezenas de moções, que primaram pela redundância,

pela desinformação e pelo detalhamento excessivo, repisando temas já contemplados em leis e portarias do SUS, ou mesmo se referindo a competências externas ou até estranhas à Saúde.

Em vista desses fatos, e em que pese o esforço participativo e a contribuição para o aprimoramento democrático da sociedade em eventos desse tipo, a impressão que fica é que enorme energia está sendo dissipada. Haveria maneiras mais racionais e eficazes de se obter real contribuição das conferências de Saúde para o aprimoramento e a qualificação do setor Saúde no Brasil? Afinal, o que deve ser feito?

O primeiro passo seria estipular o que deve ser objeto de consideração nas conferências e conselhos de Saúde. A Resolução 333 do CNS já fornece as pistas, quando dispõe sobre as ações de formular, mobilizar, fiscalizar, autorregular-se, discutir, opinar, propor, exercer visão estratégica. O foco das conferências deveria estar exatamente no exercício da visão estratégica. Isso retiraria as deliberações do cotidiano da gestão, para transformá-las em guias para a ação de longo prazo.

Um pressuposto para mudança já faria parte do próprio modo como as conferências são preparadas. É correto que elas tenham um tema central. O da 14ª é de extraordinária abrangência, além de um tanto redundante: *Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro, acrescido do eixo Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS*. É preciso ir além das palavras de ordem. Quem já participou de conferências de Saúde sabe que as plenárias constituem o grande momento (ou, o mais dramático) do evento, tudo girando em torno delas. Só chegam perto as reuniões informais, de corredor, onde a verdadeira pauta é formatada, no mais puro estilo parlamentar, com blocos ideológicos e de interesses, disputas de posições etc. Os trabalhos de grupo, que deveriam ser a essência do processo de decisão, ficam em segundo plano. Isso faz parte da democracia, mas, afinal, é preciso questionar se conferências de Saúde devem ser mais do que festas cívicas ou processos parlamentares típicos (e vazios).

Outro aspecto que poderia melhorar a dinâmica das conferências seria transformá-las também em fóruns de avaliação das

políticas em curso, longe do furor deliberativo que lhes é peculiar. O resultado é a reiteração e a redundância, com emissão de propostas miraculosas e abrangentes, já contempladas nas leis e em outros instrumentos normativos. É preciso também colocar a tecnologia de informações, bastante expressiva na Saúde, a serviço das conferências, estabelecendo, por exemplo, pontos de votação eletrônica, mediante identificação digital, para determinados temas.

As atividades pós-conferência também devem ser lembradas e dinamizadas, escapando à mera publicação de um relatório final, sujeito, como se sabe, aos percalços de sua elaboração fiel em ambiente tão desorganizado e polarizado. Daí, simplesmente se aguarda a passagem dos quatro anos regulamentares para se começar tudo de novo. O ideal seria a criação e a manutenção de espaços e fóruns virtuais diversos (tipo observatórios), de amplo acesso, onde o conjunto de deliberações fosse analisado e acompanhado ao longo do tempo, tendo como produtos derivados documentos analíticos de circulação ampla entre os conselhos de Saúde e outros interessados, inclusive para a etapa preparatória da conferência seguinte.

A participação e controle pela sociedade na Saúde é coisa séria. As conferências de Saúde, nas três esferas federativas devem estar reunindo a cada quatro anos mais de um milhão de pessoas, em todo o Brasil. Este volume de gente e de ideias tem que ser considerado e respeitado. É preciso deixar de lado os preconceitos e buscar novos conhecimentos da teoria das comunicações, da teoria da gestão pública e das tecnologias da informação para dinamizar, modernizar e tornar mais efetivo o que a lei chama simplesmente de "participação em saúde" da população brasileira.

Temos a opção de deixar tudo como está, pois afinal de contas esta tem sido uma trajetória até certo ponto virtuosa. Mas além de se fazer o que sempre se fez ou fazer cada vez mais as mesmas coisas, há outra opção: fazer melhor, produzir mais resultados, fazer com que as decisões tomadas em uma conferência melhorem, de fato, as práticas políticas nacionais e a situação de saúde da população brasileira. O fortalecimento do SUS exige tal esforço. 

* Médico sanitário, doutor em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz.



14ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, DF – 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011

**ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE:
UM DESAFIO PARA O SUS**

Todos usam o SUS!
**SUS na Seguridade Social, Política Pública
e Patrimônio do Povo Brasileiro.**



Ministério da
Saúde

