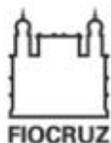


# RADIS

comunicação em saúde



Nº 15 ♦ Novembro de 2003

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos  
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

[www.ensp.fiocruz.br/publi/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis)

Impresso  
Especial

050200462-2/2001-DR/RJ  
Fundação  
Oswaldo Cruz  
...CORREIOS...

DEVOLUÇÃO  
GARANTIDA  
CORREIOS

## EC-29

Saúde defende  
aplicação da  
Emenda  
Constitucional



### 12ª CNS:

Áreas da Saúde e estados  
definem suas propostas  
para a Conferência

### SUS Verde:

Seminário de Ciência e  
Tecnologia em Saúde dá  
continuidade ao projeto  
Amazônia Legal

Esta página é um espaço aberto à teoria e à prática da Comunicação em Saúde.

Vale tudo: análises de campanhas de saúde nas mídias, comentários sobre as mais recentes teses acadêmicas, mosaico de experiências exitosas (e também de experiências 'hesitasas') da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.

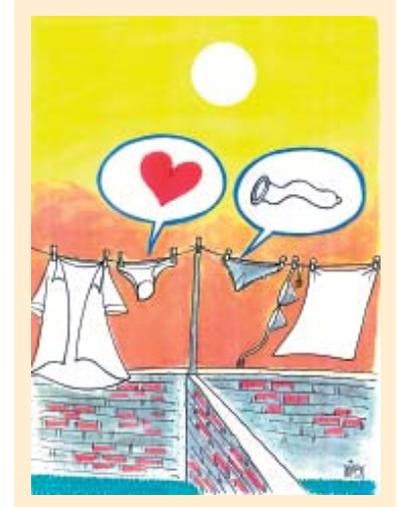
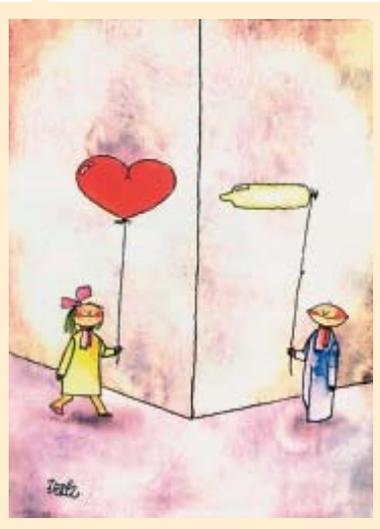
## 4 cartuns sobre a AIDS

Um cartum é uma piada gráfica. O riso é a expressão física de um 'evento' que subitamente rompe com o raciocínio 'linear', instaurando uma contradição, um paradoxo em nossa ordem lógica mental. O humor é, na verdade, uma 'outra' maneira de percepção e conhecimento atravessando as estruturas cognitivas de nossa mente 'racional'.

Em 1997, o *Salão Internacional de Humor - Sem Aids, com Amor*, recebeu e avaliou cerca de três mil cartuns inscritos, oriundos de 47 países e de todos os estados brasileiros. Os quatro cartuns dessa página são dos muitos que se utilizaram de três elementos gráfico-simbólicos recorrentes: o **coração** (= amor); a **camisinha** (= proteção); e a identificação **masculino/feminino**. As relações possíveis entre esses três signos fazem a riqueza dos possíveis sentidos produzidos.

Caco Xavier

Neste cartum de um artista cubano, a menina (feminino) porta o amor, e o menino (masculino) uma camisinha inflada com formato fático. O 'encontro' pode se dar na esquina, fortuito, mas é do 'masculino' a responsabilidade de portar a proteção.



Neste cartum, também de origem cubana, masculino/feminino são representados por roupas íntimas, e ocorre uma inversão em relação ao primeiro: neste, é ao 'homem' que cabe propor o amor, e à 'mulher' propor a proteção. Em vez de 'portarem' os símbolos, o que está em questão aqui é o discurso (do amor, da proteção).

Neste cartum israelense, minimalista, o coração representa ele mesmo o elemento feminino ('atravessado' pelo masculino, a flecha), e a proteção encontra-se exatamente na ponta do 'falo'. Esse cartum, o mais sintético e ideográfico de todos, expressa o **amor protegido**, e o amor não é apenas o 'coração', mas o **encontro**.



Neste cartum colombiano, da mesma forma o homem 'discursa' o amor, e a 'mulher' dele se 'protege'. O fato mórbido desse trabalho está no sutil disfarce: o 'homem' na verdade é uma máscara da morte, e a imagem nos induz a compreensão de que o próprio amor não é confiável, já que a 'mulher' deve dele se proteger e mesmo evitá-lo (o rosto voltado para o lado).



## A Lei deste País

Cruzando dados. Há pouco, o sanitarista e professor Gilson Carvalho disse ao Radis que a Constituição Federal e as leis são suas únicas referências bibliográficas. Disse ainda que “é preciso ter a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, e que caso tal lei não fosse adequada ou justa, o caminho para modificá-las seria o Legislativo.

Mais tarde, em artigo na Folha de São Paulo, intitulado ‘O SUS é do Brasil’, o coordenador-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Eduardo Jorge, insurge-se sobre o que seria “o maior golpe contra o SUS desde o orçamento-bomba do presidente Collor”, e acusa o governo de descumprir a Emenda 29, retirando do SUS alguns bilhões por meio de vetos ao orçamento de 2004. Assim, o orçamento de 2004 para a Saúde seria inferior ao de 2003, o que contraria a orientação principal da Emenda. “Será que não existe lei nesse país?”, pergunta Eduardo Jorge e, não, não é uma pergunta retórica. Ao contrário, é tão legítima e complexa que toda tentativa de respondê-la nos leva a um emaranhado de outras questões.

Recentemente, coube ao deputado Fernando Gabeira outro momento de rara reflexão – pessoal e nacional – acerca das relações entre o que sonhamos e o que temos, entre o Estado hegeliano e o nosso estado possível. Da tribuna da Câmara, protegido pelas cúpulas de Niemeyer e pelo céu violeta de Brasília, Gabeira desliga-se do PT com um discurso que desde já está fadado a representar a encruzilhada em que se encontra toda uma geração. Que todos ouçam: “O sonho (...) foi confiar

que era possível transformar o Brasil a partir do Estado; (...) Se o Brasil vai se transformar, vai se transformar através da sociedade”. “A sociedade é que vai impor os caminhos”, diz ele.

Belo conselho para quem está nesse momento se preparando para seguir para a mesma cidade do céu que jamais acaba, para realizar uma Conferência Nacional de Saúde que tem como marca principal a responsabilidade de, segundo compromisso público do ministro da Saúde, fundamentar as políticas de governo para o SUS nos próximos anos. Esse país tem lei, claro que sim. Mas parece que não, claro que sim. É que enquanto tal ‘lei’ estiver inscrita apenas nas letras frias dos Diários Oficiais e dos Códigos, ela é nada mais do que brinquedo nas mãos de juristas e pseudo-legisladores, que põem e dispõem segundo interesses os mais alheios. A Lei que rege o SUS deve estar inscrita em corações e mentes, pousada na língua de conselheiros de saúde, gestores, delegados das conferências, usuários, professores, agentes comunitários de saúde, brancos, índios e negros, homens e mulheres, crianças e velhos.

‘A lei do SUS é do Brasil’, poderíamos parafrasear o título do artigo de Eduardo Jorge e, igualmente, perceber que qualquer partidização a enfraquece. A área da Saúde *sabe* que só é possível transformar o Brasil por meio da sociedade, porque foi exatamente assim que pariu o SUS. E é exatamente assim que ele deve ser resguardado, preservado, defendido contra toda ofensiva, quer venha ela pela força, quer pela astúcia.

### CACO



<b>Comunicação em Saúde</b>	<b>2</b>
♦ 4 Cartuns sobre a Aids	
<b>Editorial</b>	<b>3</b>
♦ A Lei deste País	
<b>Caco</b>	<b>3</b>
<b>Cartas</b>	<b>4</b>
<b>Iniciativa Nota 10</b>	<b>4</b>
♦ ‘Novos Caminhos’: promovendo a saúde e humanizando os serviços	
<b>Súmula da Imprensa</b>	<b>5</b>
<b>Toques da Redação</b>	<b>7</b>
<b>Depoimento: Nelson Rodrigues dos Santos</b>	<b>8</b>
♦ “Onde dá SUS, dá certo”	
<b>12ª Conferência Nacional de Saúde</b>	<b>12</b>
♦ 12ª CNS: Mudando para melhorar	
♦ Vigilância Sanitária a postos para a Conferência	
♦ Movimentos sociais de saúde enfrentam o desafio da articulação	
♦ Conferências Estaduais estabelecem prioridades	
<b>Financiamento do SUS</b>	<b>14</b>
♦ EC-29 determina o que deve ser gasto com Saúde	
<b>Assistência Farmacêutica</b>	<b>15</b>
♦ A Assistência Farmacêutica não é só uma droga	
<b>SUS Verde</b>	<b>16</b>
♦ Ciência e Tecnologia em Saúde na Amazônia Legal	
<b>Serviços</b>	<b>18</b>
<b>Pós-Tudo</b>	<b>19</b>
♦ Minha coluna vertebral	
<b>Ora, Pílulas...</b>	<b>19</b>

Capa: Aristides Dutra, com uma ‘mãozinha’ de Hélio Nogueira, Onésimo Gouvêa, Jorge Ricardo Pereira, Márcia Pena, Osvaldo José e Laís Tavares.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE

# 'Novos caminhos': promovendo a saúde e humanizando os serviços

Marli da Silva Ribeiro tem 45 anos e faz parte do grupo de mães cujos filhos fazem tratamento no Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Como a grande maioria delas, Marli cria seus filhos sozinha. De seu trabalho depende o sustento de toda a família e a continuidade do tratamento do filho doente.

Pensando nas dificuldades dessas pessoas, o hospital criou, há quatro anos, o Projeto 'Novos Caminhos', que oferece a seus pacientes, acompanhantes e funcionários, cursos gratuitos de arte em manutenção, caixas de presente, artesanato em plástico, bijuteria, pintura em tecido, crochê, bordado e cestaria. As atividades proporcionam lazer e muitas vezes funcionam como terapia para seus participantes, na medida em que servem para a recuperação da auto-estima dos alunos. A convivência harmoniosa e o clima de alegria e cooperação que envolvem os integrantes do grupo também têm sido importantes para a humanização do atendimento.

Segundo Marli, que escolheu o curso de bordado, o projeto ajudou muito a sua família, que passava por momentos muito difíceis. "Ao



No símbolo do 'Novos Caminhos', a marca da esperança

me inscrever tive uma atenção muito especial da coordenação que me fez enxergar que eu tinha a capacidade de realizar muitas coisas. Mesmo com dificuldade, eu vinha às aulas, trazendo o meu filho e recebendo todo o carinho das professores Denizar e Miria. Hoje, já consigo até pagar o tão sonhado computador para o meu filho de 16 anos que estuda no Colégio Militar", conta, destacando a importância que o projeto tem para todos que estão envolvidos no trabalho.

Cerca de 100 pessoas já foram diretamente beneficiadas pelo projeto.

Atualmente, 60 alunos freqüentam os cursos, que são trimestrais, e preparam os objetos que serão vendidos na Feira de Natal, que acontecerá de 1 a 5 de dezembro, no pátio da Instituição.

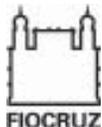
O 'Novos Caminhos' já deu origem a alguns sub-projetos. O 'Iniciativa ao Trabalho', por exemplo, realiza a venda dos trabalhos produzidos e auxilia a contratação dos serviços dos alunos por empresas, enquanto o 'Alfa - o Caminho das Letras' é voltado para a alfabetização de adultos.

As atividades do projeto ficam a cargo da equipe do setor de Fisioterapia Motora do IFF sob a coordenação das assistentes sociais Andréia Araújo e Maria Laura Santos e da fisioterapeuta Maria das Graças de Freitas Correia. O trabalho conta ainda com o apoio de 16 voluntários e da Associação dos Amigos do Instituto Fernandes Figueira (Refazer). ■

Mais informações:

**Projeto Novos Caminhos** (IFF/Fiocruz)  
Av. Rui Barbosa, 716 / 2º andar  
Flamengo – Rio de Janeiro / RJ  
Tel.: (21) 2553-0052 / R. 5226  
E-mail: novoscaminhos@iff.fiocruz.br

## EXPEDIENTE



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

Periodicidade: Mensal  
Tiragem: 42 mil exemplares  
Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss  
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

### PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha  
Editor: Caco Xavier

Subeditora: Ana Beatriz de Noronha  
Subeditor de Arte: Aristides Dutra  
Assistente de Arte: Hélio Nogueira  
Redação: Katia Machado  
Estudos e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares  
Secretaria de Administração e Infraestrutura: Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Vanessa Santos, Cícero Carneiro e Osvaldo José (informática)

### Endereço

Av. Brasil, 4036, sala 515 – Manguinhos  
Rio de Janeiro / RJ – CEP: 21040-361  
Telefone: (21) 3882-9118  
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site: [www.enasp.fiocruz.br/publi/radis](http://www.enasp.fiocruz.br/publi/radis)

Impressão e Fotolito

Ediouro Gráfica e Editora SA

## CARTAS



### RADIS NA ESCOLA

Leio a revista Radis desde o número Loito (abril de 2003) e gosto muito dela. Estou na 7ª série e uso as revistas nos meus trabalhos escolares. Adoro os *cartoons*, principalmente o 'Ora, Pílulas' e o 'Caco'. Participei da promoção 'Dê um nome ao cachorrinho da fome' e gostei muito do nome escolhido.

Jhonatan Diogo Gonçalves (por carta)  
União da Vitória - PR ■

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista Radis pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas respon-

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o Radis um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

## SÚMULA DA IMPRENSA

### CAMPANHA CONTRA O CIGARRO GANHA TOM MAIS AGRESSIVO

O Ministério da Saúde (MS) intensifica a luta contra o tabaco. Dessa vez, publicará nos maços dos cigarros fotos ainda mais chocantes como a de um homem com a perna necrosada, uma boca e um pulmão tomados pelo câncer, um feto abortado, um homem com câncer de laringe, entre outros males causados pelo cigarro. Além disso, serão substituídas algumas frases de advertência que vêm impressas no maço, para torná-lo o menos atrativo possível.

Para enquadrar-se nas novas exigências do MS, as indústrias tabagistas terão um prazo de nove meses. Depois desse prazo, ficarão proibidas as vendas de cigarros com embalagens antigas. A medida do Ministério, publicada em resolução no dia 24 de outubro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), baseou-se em uma pesquisa realizada pelo Disque Pare de Fumar (tel 0800-7037033). Nela, 79% dos 89.305 entrevistados disseram que as fotos nos maços deveriam ser mais impactantes. Pelas regras do MS, além das novas imagens, os cigarros deverão trazer o alerta de que 'este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas e nicotina, que causam dependência física ou psíquica'.

### NOTA DE DESAGRAVO A SECRETÁRIO AMEAÇADO DE PRISÃO

No dia 6 de outubro, o desembargador Binato de Castro, da 12ª Câmara Cível, autorizou a prisão do secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Gilson Cantarino, devido à suspensão da distribuição de Interferon Beta 44 microgramas, medicamento usado por portadores de esclerose múltipla. No dia seguinte, após analisar a documentação enviada pela secretaria, o desembargador revogou a autorização para a prisão de Cantarino. De acordo com os documentos, houve uma mudança na dosagem do medicamento receitado, de 20 ou 22 para 44 microgramas, sem que a secretaria tivesse sido comunicada. O fato, apesar de supostamente resolvido,

gerou um forte movimento de apoio a Gilson Cantarino, que culminou com uma nota de desagravo, assinada, entre outros, pelo ministro da Saúde, Humberto Costa; pelos secretários de Saúde dos demais estados e do Distrito Federal; pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS); pelo presidente da Fiocruz, Paulo Buss; pelo diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Jorge Bermudez; e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

De acordo com a nota, o secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro não pode ser responsabilizado por não fornecer medicamento em dosagem fora dos padrões previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, para os Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, uma vez os remédios prescritos aos pacientes com esclerose múltipla mencionados pela imprensa já são fornecidos regularmente pela Secretaria de Estado da Saúde na dosagem preconizada. A nota afirma ainda que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) enviou, em junho de 2003, ofício a todos os presidentes de Tribunal de Justiça e procuradores gerais de Justiça dos estados, com informações sobre a 'Política Nacional de Medicamentos' e sobre a importância da utilização dos 'Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas' nas questões relacionadas ao fornecimento desses medicamentos e aos mandados judiciais a eles referentes. Diante disso, os signatários da nota consideram que Gilson Cantarino, atual presidente do Conass e, em nível nacional, um dos principais articuladores pela consolidação do SUS, agiu corretamente, mantendo sua postura de "notório sanitário, competente gestor e inatacável homem público".

### QUEBRA-CABEÇA DAS CONTAS DA SAÚDE

Faltam menos de três meses para acabar o ano e, segundo o deputado estadual Paulo Pinheiro (PT/RJ),



enquanto a prefeitura do Rio já gastou cerca de 80% do seu orçamento de Saúde, o estado ainda não chegou nem aos 50%. Paulo Pinheiro afirma que chegou a esses valores analisando os dados do Sistema de Informações Gerenciais, divulgados pelas respectivas secretarias de saúde.

— Existe uma crise no sistema de saúde do Rio. Os hospitais estaduais estão com vários leitos fechados por falta de equipamentos e médicos e, mesmo assim, a secretaria não gasta o dinheiro do orçamento. Do outro lado, os hospitais municipais investem a sua parte mas não reforçam a rede básica, que é de sua responsabilidade. O gerenciamento da saúde nacional precisa ser rediscutido, ou nunca haverá dinheiro suficiente - alertou o deputado, em matéria publicada no Jornal do Brasil, em 16/10/2003.

Os dados analisados mostram que a Secretária Estadual de Saúde empenhou um total de R\$ 676 milhões, R\$ 246 milhões dos quais foram repassados pelo governo federal e R\$ 160 milhões vieram do Fundo Estadual de Combate à Pobreza. O investimento proveniente do Tesouro Estadual foi de R\$ 264 milhões. Esse valor corresponde a pouco menos de 8% da arrecadação do estado e é menor do que os 10% previstos pela EC-29 para o ano de 2003. Caso não atinja o valor legal, a governadora Rosinha Matheus poderá ter as contas reprovadas pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). "Em 2001, o então governador Garotinho investiu 5%, quando o obrigatório era 8%. Em 2002, Garotinho e Benedita colocaram 8% da arrecadação de impostos na saúde, quando deveriam ter colocado 9% e, este ano, a Rosinha está indo pelo mesmo caminho", disse o parlamentar. O subsecretário de Desenvolvimento do

Sistema Estadual de Saúde, Wilson De Maio, alegou que os cálculos são feitos sobre estimativas de orçamento e que, este ano, o estado arrecadou menos do que o esperado, acarretando menos recursos para a Saúde.

No município, a situação é diferente, mas não menos preocupante, pois devido ao excesso de gastos pode haver dificuldades financeiras no final do ano. Como até 31 de agosto foram usados R\$ 1,1 bilhão do orçamento anual de R\$ 1,4 bilhão, só restariam R\$ 300 milhões para os meses seguintes. O Secretário municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho, afirma que não há motivo para alarme, pois os investimentos foram concentrados no início do ano. "Este ano, a prefeitura gastou na Saúde 17% da arrecadação de impostos, quase 4% a mais do que obriga a Emenda Constitucional 29. O nosso problema não é dinheiro, mas sim o aumento da demanda causada pela falta de investimentos em Saúde por parte de outros municípios e do estado que acaba gerando um caos na minha capacidade de atendimento e de internação", explica.

#### DENASUS VAI INVESTIGAR O 'RIO TRANSPLANTE'



Recentes denúncias de que os critérios cronológicos da fila única para transplante de fígado foram desrespeitados em favor do paciente Jaime Ariston, irmão do secretário de Transportes, Augusto Ariston, levaram o Sistema Nacional de Transplantes a pedir que o Departamento Nacional de Auditorias do Sistema Nacional e Saúde (Denasus) apurasse possíveis irregularidades no programa do Rio de Janeiro. Vários jornais também noticiaram que o coordenador do Rio Transplante e chefe da equipe de transplantes de

fígado do Hospital do Fundão, Joaquim Ribeiro, também está sendo acusado de ter descartado um fígado e um rim capturados no Hospital Geral de Bonsucesso, no dia 9 de outubro, e que, segundo alguns médicos da equipe de transplante do Fundão, estariam em perfeitas condições de uso. A seu favor, Joaquim Ribeiro alega que os resultados preliminares de uma biopsia comprovam que o fígado apresentava lesão pré-maligna, inúmeros cistos e necrose. Enquanto persistem as trocas de acusações, o Ministério Público Federal entrou com uma ação civil pública e de improbidade administrativa pedindo o afastamento cautelar do médico. Representantes de diferentes câmaras técnicas de transplante também pediram o afastamento do médico da coordenação do Rio Transplante, baseados no fato de que o atual coordenador foi escolhido sem que seu nome fosse aprovado pelo conselho técnico, como manda o estatuto. "Teria que haver uma lista tríplice para que um nome fosse escolhido e não foi isso que aconteceu", explicou o médico José Raso Eulálio, coordenador da Câmara Técnica de Pâncreas e Rim, ao jornal O Globo, em 15/10/2003.

#### O COMBATE À DENGUE CONTINUA

O Ministério da Saúde registrou 298.135 mil casos de dengue no período entre janeiro a setembro deste ano. Isso representou uma redução de 61,2% em relação ao mesmo período do ano passado, quando foram registrados 765.264 casos. Apesar da queda nos índices de aparecimento da dengue, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, alerta para a necessidade de se desenvolver mais uma vez um processo de mobilização para evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*. A maior preocupação do Ministério é com os estados do Ceará, Espírito Santo e Paraná, onde a epidemia continua crescendo. Para conter os números de casos, o Ministro da Saúde anunciou uma nova campanha publicitária que será lançada com slogan 'Não dê chance para a dengue'. A campanha compreende a distribuição de panfletos e cartazes, exibição de filmes e vinhetas na televisão e veiculação de spots em rádio e publicidades em ônibus,

trens, metrô e jornais. Além disso, em uma segunda fase da campanha, o MS promoverá o 'Dia D', agendado para o dia 29 de novembro.

#### TRANSGÊNICO PODE PREJUDICAR AMBIENTE

Estudos realizados no Reino Unido com alimentos transgênicos, ou seja, organismos geneticamente modificados, mostram que eles podem causar prejuízos à vida selvagem. Foram feitas pesquisas em três alimentos – canola, beterraba e milho – e dois deles – canola e beterraba – causaram danos à natureza. As pesquisas foram publicadas pela revista científica 'Philosophical Transactions B', da academia de ciências do Reino Unido. As informações colhidas tiveram base em alimentos estudados nos 60 campos de cultivo do país, onde foi investigado unicamente o efeito dos três alimentos transgênicos sobre as populações de ervas daninhas e de invertebrados nos campos e na sua vizinhança. Danos para a saúde humana e poluição genética não foram considerados. Todos os três vegetais pesquisados mostraram resistência a herbicidas. Verificou-se, por meio desse estudo, a redução de ervas daninhas nos campos de canola e beterraba e de 20% de sementes da erva nos campos depois da colheita, e, no campo de plantação de milho, ao contrário, notou-se o crescimento das ervas.

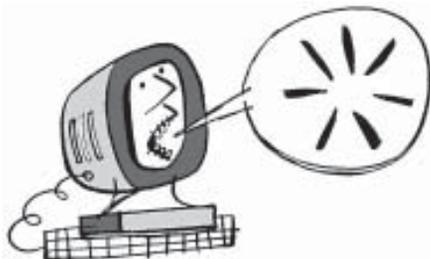
#### CLÍNICAS DE DIÁLISE ENTRAM EM CRISE POR FALTA DE PAGAMENTO

Em São Paulo, o atraso no pagamento às clínicas de diálise que prestam serviços à rede pública de saúde levou a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e a Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil a acionar o Ministério Público. A situação no estado reflete o quadro existente no país e as entidades pedem que o fluxo de pagamento seja respeitado. Segundo Ruy Barata, da diretoria da SBN, em alguns estados o atraso é de quase dois meses. Sem receber em dia, as clínicas começam a atrasar os salários de funcionários e ficam sem recursos para comprar os materiais necessários. Em todo o país, 533 centros de diálise prestam serviços ao SUS, atendendo cerca de 60 mil

pacientes renais crônicos que dependem da terapia. De acordo com o Ministério da Saúde, a situação já está sendo normalizada.

---

#### PREGÃO ELETRÔNICO FACILITA A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS



Ha dois meses, o município de Salvador vem usando o pregão eletrônico para a compra de medicamentos. A nova modalidade de licitação, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com a Secretaria Municipal de Administração (Send), além de ser bem mais rápida, já está possibilitando uma redução média de 30% nos custos dos medicamentos. O sistema funciona por meio do site de compras da prefeitura ([www.compras.salvador.ba.gov.br](http://www.compras.salvador.ba.gov.br)) e as primeiras remessas de medicamentos básicos adquiridos via internet serão entregues à Secretaria Municipal de Saúde ainda em outubro. Segundo a coordenadora do Serviço de Farmácia da SMS, Marjorie Reis (jornal Correio da Bahia, em 13/10/2003), os aumentos de preço dos produtos ocorridos durante os longos prazos das licitações convencionais impediam a entrega de medicamentos na quantidade e nos valores estimados. "O novo sistema, que chega a reduzir o prazo de 120 para 45 dias, certamente dará maior agilidade ao processo de compra e, conseqüentemente, de abastecimento dos postos municipais de saúde", prevê Marjorie Reis, explicando ainda que o sistema permite ainda melhor negociação com os fornecedores, o que se reflete diretamente na redução do preço dos produtos. ■

---

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

---



## toques da redação

---

**EM TEMPOS DE TRANSGÊNICOS** — Já está pronta a proposta para a constituição da Comissão Nacional de Bioética que será levada pela Sociedade Brasileira de Bioética para a Conferência Nacional de Saúde. Para a delegada da Sociedade e Gerente de Controle e Fiscalização de Produtos e Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Maria José Delgado Fagundes, dentro da questão do desenvolvimento científico e tecnológico na área de biomédica, principalmente na área farmacêutica, é muito importante que o Ministério da Saúde decida pela criação dessa Comissão, que funcionará como um colegiado consultivo, independente e não normativo, com composição multidisciplinar. A bioética tem por objetivo a reflexão sobre o avanço da biotecnologia frente às mudanças ocorridas na ciência e no meio ambiente, e as conseqüências dessas mudanças sobre os seres humanos e o planeta.

---

#### POLÍTICA EDITORIAL DO BEM COMUM

— Convocado pelo secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, o Conselho Editorial do MS (Coned) foi reativado e teve sua primeira reunião no dia 14 de outubro. O Coned, um colegiado composto por quinze representantes das unidades do Ministério, é responsável pela definição da política editorial, pelo estabelecimento de prioridades temáticas e pelo planejamento e programação da edição das publicações do MS. Para o conselheiro Alcindo Ferla, da área de Informação e Informática da Secretaria Executiva, a existência e o pleno funcionamento do Conselho é um passo importante para a compreensão do Ministério como 'Ministério Único da Saúde', para a superação da fragmentação e sobreposições de ações e para a otimização de recursos e custos. O trabalho do Coned visa retomar, no planejamento das publicações do Ministério, a finalidade de suprir as demandas sociais de publicações na área e promover a saúde da população brasileira, ou seja, estabelecer "uma política editorial do bem comum", nas pala-

bras do conselheiro André Falcão, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Os representantes da Fiocruz no Coned são Caco Xavier, do Programa Radis, e Wagner de Oliveira, da Coordenação de Comunicação Social.

---

#### LEMA DA CONFERÊNCIA

— Sempre de ouvidos atentos, o repórter exclusivo desta coluna, Fontes Fidedignas, ouviu nos bastidores da Saúde que o lema da 12ª Conferência Nacional de Saúde não deveria ser 'A saúde que temos, o SUS que queremos', mas sim 'O SUS que temos, a saúde que queremos'. Entre os presentes, não houve quem criticasse a sugestão

---

#### PALAVRAS QUE FAZEM PENSAR

— Direto de Brasília, Fontes Fidedignas, que acha que discurso de político é quase sempre muito chato, enviou um pequeno trecho das palavras que Fernando Gabeira disse ao anunciar no plenário da Câmara o seu desligamento do PT. "Hoje eu não digo claramente para todos que meu sonho acabou. Não é isso. Eu digo claramente que sonhei um sonho errado. O sonho errado foi confiar que nós podíamos fazer tudo aquilo que nós prometíamos rapidamente, confiar que poderíamos fazer tudo aquilo num período de quatro anos ou imediatamente. Não. O sonho foi pior ainda: foi confiar que era possível transformar o Brasil a partir do Estado; foi não compreender que o Estado já perdeu o dinamismo e que o dinamismo agora se encontra na sociedade. Se o Brasil vai se transformar, vai se transformar através da sociedade. A sociedade é que vai impor os caminhos e o Estado virá — que bom que venha — talvez cansado, talvez lento, mas virá acompanhando nosso caminho". Vale a pena refletir!

---

#### VIOLÊNCIA E SAÚDE

— Continua com força total a V Mostra do Centro Cultural da Saúde 'Sociedade Viva, violência e saúde' (Radis 13). No mês de novembro, ainda serão realizados mais de 20 eventos gratuitos no Rio de Janeiro, entre cursos, palestras, oficinas e vídeos, que tratam do assunto sob diversos aspectos. Mais informações, no site do Centro Cultural ([www.ccs.saude.gov.br](http://www.ccs.saude.gov.br)) ou pelo telefone (21) 2240-5568. ■

## DEPOIMENTO: NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

## "Onde dá SUS, dá certo"

Ana Beatriz de Noronha

Nelson Rodrigues dos Santos é uma das figuras mais emblemáticas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MSRB), ao qual esteve ligado desde seus primórdios. Coordenador da 9ª Conferência Nacional de Saúde e ex-secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Nelsão, como é carinhosamente chamado por todos, encanta pela firmeza de suas propostas e pela defesa daquilo que considera como uma profissão de fé: a construção do SUS e seu fortalecimento como política de inclusão social e de cidadania. "O SUS é nossa 'porção-boa' na vida. Podemos fazer coisas desagradáveis e egoístas, podemos falhar com tudo e com todos, mas a luta pelo SUS nos redime. É onde nos sentimos mais verdadeiros, inteiros e realmente bons", afirma Nelsão, completando: "O SUS é uma cachaça".

Aos leitores do Radis, ele fala sobre a urgência de se tomar as necessidades da população como ponto de partida para a reformulação das estratégias construtoras do SUS, ainda que sob as agruras da escassez de recursos que só podem ser superadas a partir de outro patamar político.

## OS PRINCÍPIOS DO SUS

"A integralidade caracteriza as necessidades da população. Todas as pessoas encontram-se expostas a diversos riscos contra sua saúde e padecem de algum tipo de doença. Por isso, a oferta de ações e serviços deve ser necessariamente integral, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade.

A equidade, por sua vez, está relacionada às desigualdades das necessidades entre pessoas, grupos e classes sociais. É a noção orientadora de justiça que desafia planejadores e gestores em seu cotidiano. Tripudiam sobre a equidade, aqueles que pensam exercê-la, retirando ações e serviços dos pouquíssimos assistidos para os desassistidos, ou recursos da média complexidade para a atenção básica. O exercício da equidade implica em 'nivelar por cima' a oferta, valendo-se dos recursos desperdiçados ou de novos recursos. É preciso corrigir as distorções das atuais modalidades dos repasses intergovernamentais e da remuneração dos serviços, que têm sabidamente caráter indutor sobre o perfil da oferta. Se as necessidades da população em nível regional forem tomadas como ponto de partida, os repasses federais e estaduais devem ser realizados com base nos planos e

metas municipais e regionais. Na remuneração dos prestadores de serviços, deve predominar o pagamento global regular do cumprimento das metas pactuadas, mediante seus custos reais. Se tudo isso for feito com ênfase na Atenção Básica, com efetivo controle dos desperdícios, o modelo assumirá as características de poupador dos recursos públicos e de construtor do seu próprio desenvolvimento.

A universalidade está ligada ao direito à saúde. A questão é: o que estamos universalizando e o que devemos universalizar? A interdependência e complementaridade obrigatórias entre os princípios e diretrizes do SUS levam a uma única resposta coerente: o que deve ser universalizada é somente a atenção integral e equitativa às ações e serviços de saúde.

Todos os princípios e diretrizes do SUS devem ser aplicados sob formas e estratégias adequadas às realidades de cada uma das 200 ou 300 regiões definidas, sob a ótica do SUS, a partir de dados demográficos, territoriais, epidemiológicos, de capacidade instalada de saúde e outros, e com base em estudos de aglomerados populacionais. O processo de regionalização deve ser planejado e explicitado em metas, anualmente pactuadas nas comissões intergestores, apresentadas e discutidas nos conselhos, e acompanhadas de indicadores de qualidade e impacto na saúde da população. Também é imprescindível o estabelecimento de centros regionais de referência de cálculo de custos para a realização das metas pactuadas, as quais devem alimentar e interagir com as metas estaduais e nacionais, proporcionando maior consistência nos esforços para elevação do financiamento, além de impedir retrocessos enquanto perdurar a escassez.

Ao interagir com o princípio da regionalização, o princípio da descentralização com ênfase na municipalização ganha clareza e se transforma em eixo estratégico para a construção de novas relações entre as três esferas de Governo".

## OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

"A Atenção Básica deve ser a grande referência do SUS para a popula-

O ideário do SUS não carece de revisão e seus postulados legais permanecem atuais e legítimos. No âmbito das estratégias da sua implementação, no entanto, a revisão é inadiável.



ção, refletindo a diversidade das necessidades locais e regionais, abrangendo ações e serviços de saúde que resolvam adequadamente no mínimo 80% da demanda da população e se articulando com os demais níveis do sistema. Segundo estimativas recentes, para que a Atenção Básica exerça plenamente seu papel na saúde da população e na estruturação do sistema, seu financiamento deve crescer gradativamente até alcançar entre 25% e 35% do total de recursos para a Saúde. Os serviços de média e alta complexidade devem, entre outras coisas, restringir a atual competência de porta de entrada no sistema, controlar os altos desperdícios representados por atos desnecessários, e constituir-se em referência, apoio e qualificação das ações e serviços de atenção básica”.

### A SITUAÇÃO ATUAL

“Apesar de tudo, depois de quase 13 anos, ainda se encontram fortemente presentes no SUS inúmeras características do velho modelo de saúde, dentre elas, o amplo predomínio da remuneração dos prestadores e parte dos profissionais por produção e procedimentos, conforme tabela nacional, com impraticável controle a favor das necessidades e prioridades da população; a compra e utilização de equipamentos por pressão de fabricantes e interesses de mercado; o baixo nível de financiamento e a baixa resolutividade da Atenção Básica; repasses federais quase totalmente vinculados a programas, projetos e prioridades pontuais que inibem ou distorcem a definição loco-regional de prioridades e metas; crescente fornecimento de medicamentos e realização de exames nos serviços do SUS, mediante receitas e requisições geradas especialmente nos planos privados; iniquidade social e regional em especial na prestação de serviços de média e alta complexidade, apesar dos reconhecidos avanços em direção à equidade em várias unidades de média complexidade sob gestão municipal; grande migração da classe média do SUS para planos privados de Saúde, com fornecimento isolado de medicamento ou procedimentos de alta complexidade; sobrecarga dos municípios devido à desoneração financeira e política causada pela insuficiência crescente dos repasses do governo federal, cuja participação no financiamento público da saúde que historicamente girava em torno de 65% a 70%, caiu para 56,2% em 2002 e continua caindo, e crescimento da contrapartida municipal; desrespeito freqüente à EC-29, com

contabilização nos fundos de saúde, de gastos com limpeza urbana, saneamento, merenda escolar e outros; escolha da universalidade como o grande eixo estratégico, operacionalizado pela municipalização, em detrimento dos princípios da integralidade, equidade e regionalização, o que resultou numa universalidade precarizada de focalizações e não na construção de um novo modelo; ação dos conselhos de saúde praticamente restrita à fiscalização e controle da execução das políticas de saúde, deixando de lado sua atribuição de atuar na formulação de estratégias por meio da gestão participativa; e necessidades dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos fabricantes de medicamentos, equipamentos e outros insumos determinadas não pelas necessidades da população, mas por pressão das respectivas entidades que os representam e justificadas com as ‘séries históricas’ de produção de consultas, exames e internações, e de aquisições dos insumos, favorecendo interesses corporativos e de mercado”.

“Apesar de tudo, depois de quase 13 anos, ainda se encontram fortemente presentes no SUS inúmeras características do velho modelo de saúde.”

### O FINANCIAMENTO E AS ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE CONSTRUÇÃO DO ‘MODELO SUS’

“Alguns dados apontam que o ano de 2002 foi fechado com aproximadamente R\$ 27,5 bilhões do Ministério da Saúde, R\$ 9 bilhões das Secretarias de Saúde dos Estados e DF, e R\$ 12 bilhões das Secretarias de Saúde dos municípios, totalizando por volta de R\$ 48,5 bilhões para o SUS. Os gastos privados com a saúde estão estimados em aproximadamente R\$ 53 bilhões. Temos, portanto, uma participação dos orçamentos públicos em torno de 45% de todos os gastos da sociedade brasileira com saúde, o que revela, em relação ao mínimo de 70% verificado na maioria dos países europeus e no Canadá, uma baixa resposta do Estado às demandas de saúde. Ao longo dos doze últimos anos, a política econômico-financeira do governo federal desconsiderou o

postulado transitório da Constituição Federal, de pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, o que significaria hoje duplicar o orçamento do Ministério da Saúde, e, entre tantas coisas, subtraiu de outras fontes valores equivalentes aos oriundos da CPMF para o SUS, anulando qualquer ganho obtido. No Brasil, permanecemos em torno de US\$ 190 anuais por habitante, enquanto os países citados gastam de US\$ 1.300 a US\$ 2.500 por habitante. Como os custos da maior parte das nossas ações e serviços da Atenção Básica e parte da Média Complexidade, não dependem do dólar, poderíamos alcançar uma boa resolutividade do sistema com cerca de US\$ 300 anuais por habitante e em alguns anos chegar a US\$ 600. Fundamental é que, nesse trajeto, os recursos sejam concentrados na Atenção Básica e na regionalização, e que a participação dos orçamentos públicos no setor saúde salte dos atuais 45% para pelo menos 60%. Caso as vontades políticas e decisões de Governo não apontem para o abandono das táticas de sobrevivência e desonerações já referidas, para a reformulação da lógica de repasses e de remuneração dos serviços, e para a elevação do financiamento público, há o perigo de os interesses do modelo ‘velho’ acomodarem-se e reciclarem-se a novas racionalidades, reproduzindo-se e estabilizando o sistema na cultura do ‘SUS pobre para os pobres’ em nome da universalidade. A perspectiva de reconduzir a construção do SUS por estratégias nacionais formuladas com novas combinações favoráveis à integralidade, equidade, regionalização e participação dos conselhos de saúde na sua formulação, implica na efetivação deste processo desde já, na atual escassez de recursos, o que só se viabilizará com a ousadia de confiar aos atores sociais e da gestão do SUS em cada região, a criatividade, os pactos e os caminhos, evidentemente, sob um ‘rumo orientador’ abrangente definido ao nível nacional.

Vários municípios e regiões no país, além de resistir ao desmanche, conseguiram avançar, inclusive em relação à integralidade e à equidade, justificando o bordão lançado na 10ª CNS: ‘Onde dá SUS, dá certo.’

Como braço institucional e de gestão participativa da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS tem sido a única política pública de cidadania que resistiu, certamente, por ser fruto desse movimento social que o acompanha e o defende, se comportando como a obstinação de Galileu Galilei: ‘Eppur si muove’<sup>12</sup>. ■

*“ainda assim, ela se move”*: frase dita por Galileu após abjurar que o planeta Terra girava em torno do sol.



## 12ª CNS: mudando para melhorar

Ana Beatriz de Noronha

Muitas coisas foram previstas para que a 12ª Conferência Nacional de Saúde atingisse o seu objetivo principal: servir como espaço privilegiado de avaliação da Saúde no país e de proposição de estratégias de consolidação do SUS. Desde o início, a idéia era reviver, em alguma medida, o espírito verdadeiramente democrático da inesquecível 'Oitava', momento consagrado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e fundador do SUS. Pela primeira vez no país, uma conferência foi antecipada para que o governo pudesse submeter a sua política de Saúde à apreciação direta da sociedade. Pela primeira vez, o Ministro da Saúde assumiu publicamente o compromisso de utilizar as resoluções finais da Conferência como base para as políticas de Saúde, tornando ainda maior a responsabilidade dos delegados, cujas decisões afetarão diretamente a totalidade da população brasileira.

Para que a participação social ocorresse de fato era preciso possibilitar a participação plena dos delegados e tornar ainda mais transparente o processo de trabalho durante o evento. Se essa era a única certeza, as dúvidas eram sobre como fazer isso. A tarefa coube ao

Conselho Nacional de Saúde, que assumiu a organização da 'Doze', garantiu os 25% de representação dos trabalhadores da saúde e criou algumas novidades que, certamente, entrarão para a história das conferências de saúde do Brasil.

### OS DELEGADOS E OBSERVADORES

Os delegados eleitos nas Conferências Estaduais para participarem da etapa nacional poderão se inscrever pela internet, diretamente no site da Conferência ([www.12conferencia.saude.gov.br](http://www.12conferencia.saude.gov.br)), até o dia 17 de novembro. No site, também haverá uma lista com o nome de todos os delegados que participarão do evento em Brasília.

Como em toda Conferência, sempre há muitas pessoas, representantes de segmentos organizados da sociedade, que se interessam por acompanhar e participar dos debates, mas que não são eleitos delegados em seus estados. Para permitir a participação produtiva dessas pessoas, a opção foi credenciar cerca de 300 observadores, indicados nas Conferências Estaduais. O número de observadores por estado não deve ultrapassar 10% do número de delegados. Os observadores credenciados estão oficialmente autorizados e aptos a acompanhar as discussões da Conferência, as mesas temáticas e os trabalhos dos grupos. O credenciamento dos observadores e da imprensa também será feito por meio do site.

As despesas de hospedagem dos usuários e trabalhadores da saúde em Brasília, e as despesas de alimentação de todos os delegados ficarão por conta do Ministério da Saúde. O transporte em Brasília também ficará a cargo do Ministério, enquanto o transporte dos estados até Brasília fica por conta dos estados.

### OS RELATÓRIOS 'ASCENDENTES'

Em todas as etapas da Conferência – municipal, estadual e nacional – as discussões devem seguir a estrutura proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, em torno dos dez eixos temáticos escolhidos. Dessa forma, de tudo que for discutido nas

Conferências Municipais e for para o relatório, somente aquilo que estiver relacionado aos âmbitos estadual e federal, seguirá para a etapa estadual, que irá repetir o mesmo procedimento com as propostas que forem de âmbito federal. As propostas oriundas das Conferências Estaduais serão reunidas em um único relatório-síntese, um 'consolidado', que será encaminhado aos delegados da Conferência Nacional. Ao final do processo, o relatório final, produzido na etapa nacional, deverá representar os trabalhos das conferências municipais, estaduais e da nacional. Essas são, em síntese, as normas determinadas pelo 'Instrutivo da Relatoria', que também está disponível na íntegra no site da Conferência.

### DOIS DIAS PARA A PLENÁRIA FINAL

A história é conhecida por todos que já participaram de alguma Conferência de Saúde, ou mesmo de algumas conferências temáticas da área de saúde: a plenária final, na qual são discutidas e votadas as resoluções da Conferência, sempre se arrasta várias horas, devido, principalmente, à abrangência e à complexidade dos temas. O resultado é que, muitas vezes, o documento final é aprovado por apenas uma pequena parcela dos participantes, já esgotados após tantas horas de discussão. Outras vezes, as propostas acabam sendo encaminhadas sem votação para o Conselho Nacional de Saúde, que se encarrega de fazer as deliberações finais. Para que isso não se repetisse na 'Doze' e que houvesse tempo suficiente para a totalidade dos delegados participarem da plenária final, a solução encontrada foi reservar dois dias para a realização do processo final de votação, garantido assim sua objetividade e sua legitimidade. Além disso, para evitar imprevistos, o Conselho Nacional recomendou que as delegações só programem sua volta aos estados de origem no dia 12 de dezembro, dia seguinte à Plenária Final. ■

"Eu espero que a 12ª CNS faça uma avaliação muito concreta do SUS: sem subterfúgios, sem corporativismos e sem dogmatismos. Que parta mais pragmaticamente para concretizar o direito à saúde e não fique apenas afirmando esse direito que todos já conhecem".



Geraldo Lucchese, consultor legislativo de Saúde

# Vigilância Sanitária a postos para a Conferência

Ana Beatriz de Noronha

Colocada muitas vezes à margem do SUS, ela já foi chamada de 'o primo po-bre' ou até mesmo de 'o patinho feio' da Saúde. Um grupo de ruidosos, combativos e organizados militantes, no entanto, não se cansa de defender o direito de a Vigilância Sanitária poder se transformar num belo cisne a serviço da saúde da população.

Com o objetivo de discutir o temário da 12ª CNS, identificando as questões que, de alguma forma, se relacionem com as ações de vigilância sanitária na consolidação do SUS, e elaborar uma proposta do setor para a Conferência, o Grupo de Trabalho de Vigilância Sanitária (GT-VISA) da Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (Abrasco) organizou uma oficina, realizada nos dias 9 e 10 de outubro, no auditório do INCQS/Fiocruz, com cerca de 100 participantes.

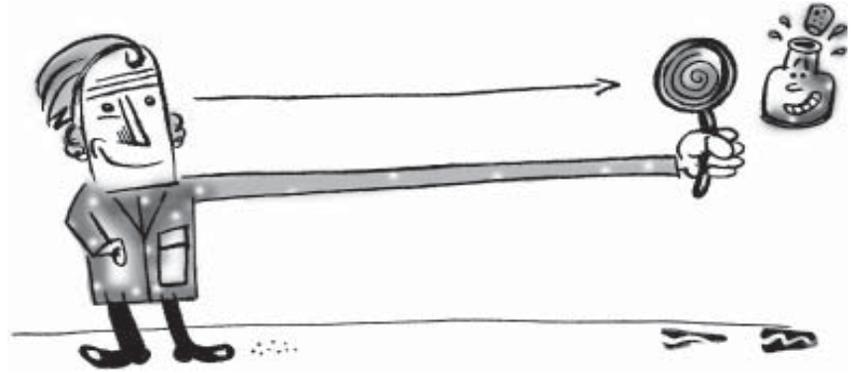
Os temas foram discutidos a partir de duas linhas aglutinadoras: a 'Organização da Atenção em Saúde', com ênfase na promoção, e 'As três esferas de governo e a construção do SUS', que resgataram, respectivamente, os temas 'Visa como promoção e proteção da Saúde' e 'Organização do Sistema Nacional de Vigilância', da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (Conavisa).

## AS MESAS

No primeiro dia do evento, em mesa coordenada por Vera Lúcia Pepe (GT-Visa Abrasco), falaram Antônio Ivo de Carvalho e Jorge Huet Machado (Ensp/Fiocruz), tratando respectivamente de 'promoção da Saúde' e 'intersetorialidade'; e André Luis Gemal (INCQS/Fiocruz), Maria do Espírito Santo (CES/RJ) e Carlos Magno Ramos (Fioprev), com os temas 'ciência e tecnologia', 'controle social' e 'seguridade e financiamento'.

Em sua palestra, Antônio Ivo reafirmou a necessidade de se repensar a teoria da Reforma Sanitária, com base na idéia de 'município saudável' e fazendo da promoção um esforço canalizado de mudanças mais ambiciosas.

— A Saúde, conceito socialmente definido e que, portanto varia no espaço e no tempo, se transformou num bem público e individual, devendo ser considerada dentro dos princípios da



autonomia do sujeito, da responsabilidade social e da equidade, disse, defendendo que, para ser realmente transformadora, a requalificação do SUS deve envolver tanto a melhoria do próprio sistema, no âmbito setorial, quanto das políticas públicas, no âmbito social, e do modelo de desenvolvimento, promovendo uma intervenção estrutural. "Não é mais possível que as políticas sociais sejam pensadas sob a ótica do lucro. O desenvolvimento social não pode ser visto apenas como resultado do desenvolvimento econômico, mas sim como o seu motor", concluiu.

No segundo dia, sob coordenação de Ediná Alves (ISC/UFBA), participaram da mesa Geraldo Lucchese (consultor legislativo de Saúde), Ana Maria Figueiredo e Sueli Dallari (FSP/USP), Dinton Barreiro (Fioprev) e Maria de Lourdes Moura (CVS/SES/RJ), falando de 'gestão do trabalho', 'direito à saúde' e 'organização da atenção'. A tônica do dia foi sobre a necessidade de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que, segundo Geraldo Lucchese, ainda funciona baseado apenas na autoridade territorial e na autonomia dos entes federados, quando deveria considerar prioritariamente os imperativos da gestão do risco sanitário, a noção da função e dos resultados. Outros problemas apontados por ele são a carência de recursos, a vulnerabilidade ao mercado político e

um modelo único de descentralização que desconsidera as especificidades dos municípios brasileiros.

## AS PROPOSTAS

Para os participantes da Oficina, a primeira e mais relevante recomendação a ser levada para a "Doze" é a implementação imediata das deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, entendidas como as diretrizes que devem orientar a formulação de políticas para a área, em consonância com os princípios do SUS.

Também mereceram destaque a urgência da construção da intrasetorialidade, ou seja da articulação e integração, no interior do Ministério da Saúde, das diversas áreas afeitas aos produtos e serviços de saúde, ambiente e saúde do trabalhador, bem como Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, e o fortalecimento da rede de laboratórios públicos, garantindo o financiamento para a expansão da capacidade instalada e sua manutenção, bem como a incorporação de tecnologias adequadas às funções da rede de controle de qualidade de produtos e serviços.

Em breve, os vídeos dos debates estarão disponíveis em [www.redefiocruz.fiocruz.br](http://www.redefiocruz.fiocruz.br), na seção 'vídeoconferências', e o relatório final do evento, na seção do GT-Visa do site da Abrasco ([www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)). □

GT-Visa organiza oficina inspirado em Sergio Arouca



# Movimentos sociais de saúde enfrentam o desafio da articulação

Ana Beatriz de Noronha

Na revista Radis 9 (mai/2003, página 7), ao falar sobre a 12ª CNS, Sergio Arouca declarou que havia intenção no Ministério da Saúde de trazer representantes dos movimentos sociais de saúde, que antes participavam apenas como usurários, para as discussões da conferência.

Essa idéia está começando a se concretizar com o trabalho da Rede de Educação Popular e Saúde (Redepopsaúde), que assumiu, com apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, a tarefa de tentar articular os inúmeros movimentos sociais da saúde que, desde os anos 70, vêm se estruturando em todo o país.

## UM MOMENTO ÚNICO

O convite à participação dos movimentos na Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) foi feito, como nos conta Eymard Vasconcelos (UFPB), por meio de uma carta que citava, entre outras coisas, a importância do diálogo entre os saberes popular e científico para a construção de novos modos de cuidar da saúde; a incorporação pelo SUS de inúmeras idéias inovadoras criadas nas experiências de educação popular em saúde; a descoberta da educação popular como um valioso instrumento de gerenciamento participativo das políticas de saúde.

A idéia, reforçada numa reunião entre membros do Ministério e representantes da Redepop e de vários movimentos organizados, era que o Ministério da Saúde apoiaria financeiramente a organização de Encontros de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde em todos os estados e um grande Encontro Nacional a ser realizado na véspera da 12ª CNS, cujo foco seriam as discussões sobre a dinamização da participação popular no processo de controle social, pela possibilidade de abertura aos pequenos movimentos de saúde, e sobre as formas de integração dos movimentos sociais aos Pólos Permanentes de Educação em Saúde que estão sendo implementados em todo o país como parte da política de formação de recursos humanos para o SUS.

De acordo com Eymard, o atual momento político tem que ser aproveitado pelos movimentos. "Há muito se fala



sobre a importância de se pensar globalmente e se agir localmente, agora chegou a hora de também se pensar localmente e se agir nacionalmente", conclui.

## OS ENCONTROS ESTADUAIS E AS PROPOSTAS PARA A 'DOZE'

Dois meses e meio depois de iniciado o projeto, 21 estados já haviam agendado seus encontros. Isso foi considerado uma vitória pelo coordenador da Aneps, Eduardo Stotz (Elos/Fiocruz).

— O processo é difícil porque ainda não há uma consciência clara e generalizada de que, para participar da elaboração de uma política nacional de educação popular e saúde, é indispensável superar o particularismo, sem perder de vista a diferença, expressa nos tempos, nas culturas, nas formas, nos métodos e na lógica de cada um dos três tipos de atores — lideranças e ativistas de movimentos sociais, profissionais e técnicos de saúde e pesquisadores universitários — que constituem a Aneps, justifica Eduardo Stotz, destacando também a importância da incorporação ao processo de um quarto ator: o Estado.

A Aneps ainda não definiu suas propostas finais para a Conferência Nacional de Saúde, mas os encontros já realizados apontam para algumas direções importantes. A principal delas parece ser a necessidade de incorporar, nas políticas e nas práticas de saúde, o conhecimento das pessoas comuns — usuários, doentes e seus familiares — e das organizações atuantes no nível local. O grande desafio, nesse sentido, é o de viabilizar a participação dos pequenos movimentos — ongs, práticas comunitárias, grupos uni-

versitários e de serviços no nível local —, levando esse processo ao conhecimento dos conselhos de saúde.

De que forma, por exemplo, tornar possível a participação de grupos socialmente excluídos, como a população de rua que, apesar de aparentemente carente de autoconfiança e descrente da possibilidade de mudar seu próprio destino, tem um forte potencial e um grande saber feito de experiências? Essa é uma das questões que é preciso responder para que se construa efetivamente uma política pública 'com' a população, considerando a sua situação, o modo de vida, o conhecimento, as crenças e as expectativas como pontos de partida.

— A iniciativa da Aneps converge para a idéia de um autêntico controle social do sistema de saúde, até aqui restrito ao aumento da cobertura e à luta contra a precariedade dos serviços. As experiências não institucionalizadas dos movimentos vão além da assistência. Elas mostram preocupação com as pessoas e com outras formas de se pensar e promover a saúde, diz Stotz, indicando para aqueles que desejarem, a leitura do texto 'Os desafios para o SUS e a Educação Popular', disponível no site da Rede Popular de Educação em Saúde ([www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br)), onde também é possível conhecer mais profundamente a Aneps. ■

Mais informações:

**Elos** — Núcleo de Estudos Locais em Saúde (Ensp/Fiocruz)  
Av. Brasil, 4036/905 — Manguinhos  
Rio de Janeiro / RJ — CEP: 21040-361  
Tel.: (21) 2260-7453

# Conferências Estaduais estabelecem prioridades

Ana Beatriz de Noronha

Marcada para ocorrer até o dia 31 de outubro, a etapa estadual da 12ª Conferência Nacional de Saúde continua a pleno vapor. Diversos estados já realizaram suas conferências, possibilitando um quadro mais definido dos principais pontos a serem discutidos, em Brasília, na etapa nacional da 'Doze'.

Mais notícias sobre as conferências estaduais podem ser acompanhadas pelo site [www.12.conferencia.saude.gov.br](http://www.12.conferencia.saude.gov.br)

## A PARTICIPAÇÃO INDÍGENA

Na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, encerrada no dia 17 de outubro, foram votadas cerca de 80 propostas. No tema da organização da atenção à saúde, o destaque foi para a saúde indígena. A idéia é garantir a aprovação da liberação, pelo Ministério da Saúde (MS) de um fundo em separado do teto financeiro do estado que garanta o atendimento de média e alta complexidades para os índios, que atualmente enfrentam longas distâncias em busca de tratamento. A proposta foi levada à Conferência Estadual pelos 16 delegados indígenas, que, pela primeira vez no Brasil, participam de uma conferência de saúde. Para o delegado da tribo Gavião, Pepkraip Apeci, esse é um momento histórico para a comunidade indígena no Brasil. "Até hoje, a gente só era lembrado no Dia do Índio", disse ele ao jornal paraense 'O liberal', lembrando ainda que esta será a primeira vez que os indígenas levarão representantes para uma conferência nacional.

Para resolver a questão da falta de médicos para atendimento básico no interior, foi proposta uma lei que obrigue todos os médicos que se formarem nas universidades públicas

que cumpram, por um determinado período, estágio obrigatório em municípios do interior do Pará.

Na questão do financiamento, foi aprovada uma proposta importante sobre a criação de política de financiamento do MS para a região, considerando o Fator Amazônico, isto é, que leve em conta tanto a densidade demográfica da região quanto o perfil epidemiológico das doenças no estado e o índice de desenvolvimento humano (IDH) medido pelo IBGE.

## A IMPORTÂNCIA DO FATOR AMAZÔNICO

A instituição do Fator Amazônico também está presente entre as propostas que serão levadas à Brasília pelos delegados eleitos na 4ª Conferência Estadual do Amazonas. A inclusão do tema, não é surpresa e está relacionada às peculiaridades da região norte, no caso, mais especificamente, à realidade enfrentada pelos municípios amazonenses. "Enquanto nos outros estados se vai de um município a outro em algumas horas, nós aqui, se formos pelo rio, chegamos a levar três ou quatro dias para atender aos povoados mais distantes", explica Joaquim Barros, cirurgião-dentista, representante dos trabalhadores de saúde.

A instituição do fator levaria ao aumento do teto por habitante definido pelo Ministério da Saúde para a região e corrigiria algumas distorções criadas quando se leva em consideração apenas a densidade demográfica. "No Rio de Janeiro, por exemplo, o MS calcula R\$ 70 por usuário, enquanto aqui o valor é de R\$ 44", diz Joaquim, lembrando que essa diferença não leva em conta as distâncias que os profissionais devem percorrer, os desafios que enfrentam nas viagens e a indisponibilidade de recursos humanos.

A municipalização da saúde no estado também

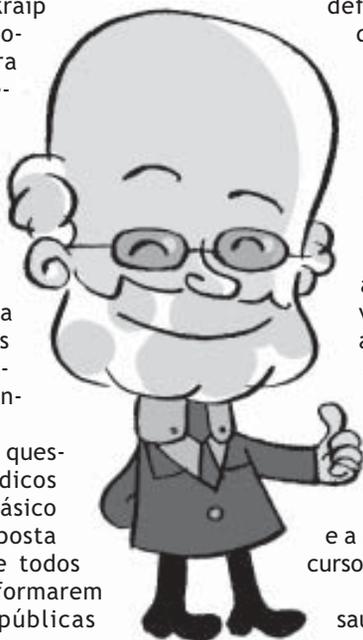
ganhou destaque. O atraso na municipalização tem ocasionado problemas devido à transferência, principalmente para Manaus, de pacientes que não conseguem tratamento nos seus municípios de origem. Isso sobrecarrega o sistema de saúde de Manaus e acarreta um grande ônus aos cofres públicos nos gastos com transporte. Ao final da Conferência, foram eleitos os 40 delegados e quatro observadores que irão representar o estado em Brasília.

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL E MUNICIPALIZAÇÃO

Segundo avaliação da coordenadora geral da 4ª Conferência Estadual de Saúde do Acre e secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde, Zilmar Cândido da Silva, o evento superou todas as expectativas dos participantes e organizadores. Entre os temas mais discutidos estava o da Educação Permanente. Segundo Zilmar, o fortalecimento dos polos de educação permanente foi uma unanimidade. "Nós entendemos que os cursos de capacitação existentes não estão dando conta da requalificação dos profissionais de saúde na medida necessária ao sistema", disse ela.

Para o secretário estadual de Saúde, Cassiano Marques, os debates realizados demonstraram a importância de se discutir as questões da saúde com os diversos segmentos da sociedade, que são, segundo ele, capazes de refletir sobre as competências do Sistema Único de Saúde, pontuando os problemas e apontando as soluções práticas e rápidas.

A 4ª Conferência Estadual de Saúde do Amapá reuniu cerca de 700 pessoas durante quatro dias. O aumento das verbas do SUS para o estado foi apontado como caminho para a melhoria do atendimento à população. Para o governador Waldez Góes, o atraso na municipalização, que impede que pelo menos as duas maiores prefeituras do estado — Macapá e Santana — sejam habilitadas na gestão plena do sistema, acarreta uma perda de recursos da ordem de R\$ 30 milhões. ■



## FINANCIAMENTO DO SUS

## EC-29 determina o que deve ser gasto com Saúde

Katia Machado

No Brasil, o direito à saúde está garantido na Constituição Federal – art. 196 – e organizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Orgânica 8080. Para dar conta das necessidades de saúde da população, um fator é essencial: recursos financeiros suficientes. Desde 2000, o financiamento do SUS tem como marco legal a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), estabelecendo que os governos federal, estaduais e municipais aumentem seus investimentos na Saúde, garantindo recursos mínimos para ações e serviços no âmbito do SUS.

A Emenda alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O artigo 34 incluiu a Saúde para a aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais e ampliou o poder de intervenção da União nos Estados, caso não cumpram com a obrigação de vincular a percentagem estabelecida de sua receita. O artigo 35 passou a permitir que União e Estados intervenham em seus municípios caso descumpram a aplicação mínima de recursos da receita municipal em ações e serviços de saúde. De acordo com o artigo 156, cada município pode elaborar a sua Lei Municipal sobre IPTU que passa a ser progressivo em razão do valor, localização e uso do



imóvel. A alteração no artigo 160 proibiu que a União retenha ou promova restrição à entrega dos recursos atribuídos ao Sistema de Saúde. No artigo 167, foi feita uma ressalva à vinculação de receitas de impostos destinadas às ações e serviços públicos de saúde. No artigo 198, ficou estabelecido uma aplicação anual de recursos mínimos para a Saúde que derivam da aplicação de percentuais calculados diferentemente pela União, estados e municípios.

A Emenda proíbe a inclusão do pagamento de inativos com recursos da Saúde, que passaram a ser caracterizados como gastos de natureza previdenciária, e qualquer outra ação que tinha como justificativa a promoção da qualidade de vida e saúde da população como alimentação, saneamento básico, trabalho e lazer. Pergunta-se, portanto, quem está de fato cumprindo a EC-29?

De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS), 59% dos 5.559 municípios brasileiros cumpriram, no ano passado, o que determina a EC-29. Isso significa que os municípios aplicaram R\$ 10,7 bilhões no setor no ano passado e que os poucos municípios que descumpriram a Emenda devem R\$ 219,6 milhões. De acordo com a Emenda, até o próximo ano, os municípios terão de aplicar 15% das receitas próprias em saúde. Ou seja, aqueles que, em 2000 aplicavam até 7% das receitas próprias, deveriam aplicar 8,6% em 2001, 10,2% em 2002 e 11,8% em 2003. Já os que aplicavam mais de 7% em 2000, deveriam dividir por cinco a diferença entre o aplicado e a meta de 15%.

Enquanto a maioria dos municípios estão seguindo a EC-29, grande parte dos estados descumpram o que a Constituição determina. Ao todo, segundo o MS, 17 estados não gastaram o que de-

veriam em ações e serviços públicos de saúde em 2002. Até 2004, os estados terão de gastar 12% das receitas próprias na área. Isso significa que os estados que em 2000 aplicavam até 7% das receitas próprias em saúde deveriam aumentar a despesa em, no mínimo, um ponto percentual ao ano até 2003. Já os que aplicavam mais de 7% em 2000 deveriam dividir por 5 a diferença entre o aplicado e a meta de 12%.

Entre os estados que deixaram de cumprir com o que determina a Emenda, o MS aponta Paraná, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro com os piores índices.

## MANOBRAS PARA BURLAR A LEI

Recentemente, surgiu uma forte discussão no que diz respeito aos recursos destinados à Saúde. O veto do presidente Lula ao parágrafo dois do artigo 59 da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 2004, que considerava como "ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Fome" estaria esbarrando na EC-29. Isso porque, com o veto do presidente, cerca de R\$ 3,5 milhões dos recursos que deveriam ser destinados à saúde passariam a ser aplicados em ações do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

A mobilização do setor Saúde foi grande, por considerar escassos os recursos da área, deixando de contemplar muitas necessidades da população. "Basta citar que 50 milhões de cidadãos brasileiros não têm acesso a medicamentos, e que programas como ampliação do atendimento na rede pública, assistência integral à saúde da mulher, e valorização dos profissionais de saúde serão certamente afetados", escreveu a deputada pelo PCdoB, Jandira Feghalli, no jornal O Globo.

O resultado dessa polêmica foi retomar o que exige a EC-29. Nesse sentido, o governo, no dia 24 de outubro, aceitou a recomendação do procurador-geral da República, Cláudio Fonteles, de aplicar os recursos aprovados em orçamento em ações e serviços exclusivos da Saúde. ■

## O RADIS ADVERTE:

Dinheiro não traz felicidade nem garante a saúde. No entanto, a falta de recursos faz muito mal a saúde do SUS.



## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

# A Assistência Farmacêutica não é só uma droga

Colaboração: *Alvaro Nascimento*

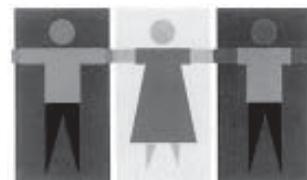
Um indivíduo portador do vírus HIV entra no pátio interno de uma unidade de saúde lotada de pessoas aguardando atendimento. Ele é um paciente já diagnosticado, tratado e acompanhado pelos profissionais da unidade. Vai ali todo mês receber os medicamentos para controlar o vírus, que lhe garantem boa qualidade de vida e já propiciaram até sua volta ao trabalho. Um problema é ter que sair todos os meses na hora do expediente para pegar os medicamentos, pois a Farmácia Hospitalar só funciona no horário comercial. Além disso, tem que chegar no pátio da unidade de saúde, na frente daquelas pessoas, e se dirigir àquela janelinha da Farmácia Hospitalar, onde está escrito 'Aids - Aqui', sendo observado o tempo todo até sair com várias caixas de medicamentos. Ele ainda gostaria de ter um farmacêutico sempre presente na Farmácia Hospitalar que lhe esclarecesse algumas dúvidas em relação a alguns dos medicamentos que traz tantos efeitos adversos toda vez que toma. Mas todas as vezes que tenta conversar com alguém da Farmácia, ele nota, pela rispidez das respostas, que, ou aquelas pessoas não gostam dele, ou são mal remuneradas, ou não gostam do que fazem, ou não estão preparadas para tirar dúvidas, ou tudo isso junto. E aí, elas se 'defendem' dele daquela forma grosseira. Ele se vê sem saída, até porque sabe que não conseguiria comprar aqueles medicamentos tão caros. Sabe que eles são caros porque o Brasil tem que pagar uma 'grana preta' para os detentores de suas patentes, já que o país se atrasou muito na área da pesquisa e não domina todas as fases da produção dessas drogas. Apesar de tudo, ele está decidido a continuar o tratamento para não repetir a história de um amigo dele que, diante de tantas adversidades, abandonou o tratamento, piorou muito, teve que ser internado e deixar o emprego, e acabou sofrendo muito mais. Se ele pudesse conversar 'numa boa' com aquelas pesso-

as da Farmácia, diria a eles que se o amigo tivesse tido a oportunidade de conversar sobre os motivos que o estavam afastando dos medicamentos, provavelmente não teria piorado, não teria sido motivo de ainda mais gastos para o sistema de saúde, não teria ocupado um leito que poderia ser destinado a outro paciente e poderia estar trabalhando e produzindo como qualquer pessoa. Mas como dizer isso tudo para eles?

O exemplo de como **não deve** ser a relação entre uma unidade de saúde e o cidadão (também chamado de 'usuário', 'cliente', 'paciente', 'doente', mas que segundo Sérgio Arouca é o **sujeito** principal do Sistema Único de Saúde) mostra bem a magnitude dos problemas do que se conceituou denominar 'Assistência Farmacêutica', e que vai muito além de assegurar o acesso a determinada droga capaz de prevenir, curar, minorar o sofrimento ou diagnosticar doenças. A Assistência Farmacêutica tem, sim, que assegurar o acesso ao medicamento e isso é um dos problemas mais sérios do SUS. Mas ela vai, como se viu no exemplo acima, muito além disso.

Para tratar de tantos e tão importantes fatores que cercam este problema, a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica acabou se constituindo em mais um dos muitos marcos históricos que caracterizam a construção do SUS no Brasil. Com 906 delegados de todo País (respeitando o controle social), 30 grupos de trabalho que se reuniram por nove horas cada um, 14 painéis específicos, quatro mini-conferências, três grandes mesas-redondas, 104 palestrantes e uma plenária final que analisou mais de 700 propostas, a Conferência conseguiu tratar do acesso ao medicamento, da delicada questão da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico e da essencial área da qualidade da assistência, formação e capacitação profissional.

Não vai ser fácil tirar do papel e tornar realidade todas as propostas aprovadas da Conferência e que agora estão sob a mesa do Conselho Nacional de Saúde. Para o Governo Lula, então, os enfrentamentos necessári-



Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica  
BRASÍLIA - 15 A 18 DE SETEMBRO DE 2003

os à superação das dificuldades do setor são muitos. Eles começam nas condições de trabalho dos profissionais (salário digno, capacitação, equipamentos), passam pela regulação da indústria farmacêutica (de preço, de concessão de registros de medicamentos, da propaganda, da remessa ilegal de lucros via superfaturamento de matérias-primas), mais investimentos em pesquisa para superar a dependência, fortalecimento do parque produtivo nacional e enfrentamento, agora na seara internacional, dos interesses dos países ricos que, por meio de mecanismos criados no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), não abrem mão da proteção patentrária e dos interesses de suas indústrias, colocados acima da vida das populações dos países pobres.

Viu como a Assistência Farmacêutica não é só uma droga? Mas se há desafios enormes a vencer, há outros que podem ser superados agora mesmo. Se você é profissional de saúde, que tal retirar agora mesmo aquela plaquinha 'Aids - Aqui' na janelinha da Farmácia? Se você é gestor, já providenciou a presença do farmacêutico em todo o horário de atendimento? E que tal conversar com o pessoal da Farmácia para que eles ouçam e falem mais e melhor com o sujeito da fila? Claro que você também pode ajudar na luta contra as patentes, mas resolver o que está a seu alcance agora mesmo é um ótimo começo. ■

Álvaro Nascimento é jornalista, tecnólogo da Fiocruz, ex-Editor e Coordenador do Radis, hoje trabalhando na página eletrônica [www.ensp.fiocruz.br/descentralizar](http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar)

## O SUS VERDE

# Ciência e Tecnologia em Saúde na Amazônia Legal

Katia Machado

**A**s ações em saúde para mudar o atual quadro de desigualdade na Amazônia Legal, onde estão os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, seguem a todo vapor. Depois da oficina realizada em Manaus, em agosto, onde iniciaram as discussões para a criação de uma agenda de saúde para a região, ocorreu, em outubro, na cidade de Belém, a primeira oficina de trabalho 'Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde na Região Amazônica'. O trabalho, organizado pelo recém-criado Comitê para Discussão de Ações de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (C,T&I), teve o objetivo de estabelecer prioridades de pesquisa em saúde e propor um plano de trabalho para definição de ações prioritárias para a região, mobilizando e organizando a participação de representantes do sistema de saúde e de Ciência e Tecnologia na 12ª Conferência Nacional de Saúde. O evento integra uma série de atividades propostas pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria Executiva, para a construção de um plano de saúde que dê conta da diversidade e das especificidades locais.

O tema Ciência, Tecnologia e Inovação ganha enorme importância frente ao pouco investimento que a região recebeu nos últimos anos. Nos indica-

O comitê, composto pelo Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz-AM, Instituto Evandro Chagas, Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, Secretaria Estadual de Saúde do Pará, Secretaria Municipal de Saúde de Belém e Universidade Federal do Pará (Ufpa), foi formado a partir de um encaminhamento feito na Oficina 'Construindo uma Agenda de Saúde para Amazônia Legal, que se realizou em agosto, na cidade de Manaus, para que possa identificar potencialidades e dificuldades da região em torno da área de Ciência e Tecnologia.

Pesquisa em Saúde na Amazônia recebe destaque



FOTO: JULIO CÉSAR

dores de investimento de C&T, a região norte tem a menor participação. Um exemplo que mostra o pouco que se fez é o número de grupos de pesquisas alocados nessa imensa região, que ocupa cerca de 61% do território nacional, em um total de aproximadamente 5 milhões km<sup>2</sup>. De acordo com o censo 2002, realizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) sobre a capacidade de pesquisa instalada no país, o número de grupos de pesquisa em Ciências da Saúde e Ciências Biológicas da região norte é o menor do país, somando 235. Isso representa cerca de 5% do total do país nas duas áreas, que é de 4.639 grupos.

Para Ester Bermeguy de Albuquerque, secretária de saúde do município de Belém, a necessidade de discutir C&T na Amazônia está ligada à falta de conhecimento de dirigentes de instituições de pesquisas e trabalhadores. "A oficina vem proporcionar a integração entre as nossas instituições de pesquisas, construindo um novo momento em termos de inovação tecnológica", ressaltou.

Nesse intercâmbio institucional, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, destacou a importância que a instituição confere ao trabalho. Como explicou, "a Fiocruz inicia neste espaço uma marcha conjunta e um esforço comum para aprofundar o conhecimento das instituições no campo da pesquisa em saúde".

A oficina reuniu representantes de instituições de pesquisa, do Ministério da Saúde e dos estados e municípios para discutir o valor da pesquisa em saúde no Brasil e traçar um diagnóstico e perspectivas da

área de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde na Amazônia. Para Reinaldo Guimarães, diretor do departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde (Decit), é preciso aproveitar a tradição que a pesquisa em saúde tem, sobretudo na região norte, fundada em uma perspectiva de articulação entre atividades de pesquisa e necessidades de saúde da população. "Dos quase 15 mil grupos de pesquisa no país, cerca de 5 mil grupos circulam na área da Saúde, alcançando quase 1/3 de todas as áreas de pesquisa. Ainda que sejam promissores os números, a existência de pesquisadores desassociados com a realidade brasileira impede o avanço das ações na área de C&T", ressaltou Reinaldo.

Na opinião de Luciano Toledo, diretor da Fiocruz/Amazônia, o tema ganha importância frente a crise sanitária que a região norte enfrenta. "É preciso investir na área de ciência e tecnologia em saúde na Amazônia para que o saber científico possa dar conta de muitas doenças emergentes e reemergentes, como a malária, a tuberculose e a hepatite", informou. Para tanto, dois importantes desafios, segundo Luciano, precisam ser enfrentados: a necessidade de superação da desigualdade regional e a de investimento em recursos humanos. Para Samuel Sá, professor da Universidade Federal do Paraná (Ufpa), ao fazer um diagnóstico da Ciência e Tecnologia em Saúde na Amazônia, falta à área estabelecer elos entre as várias funções, exemplificando que "não adianta importar máquinas

para suprir a pesquisa sem preparar os cientistas para usá-las”.

De acordo com Edmundo Gallo, diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Dipe/SE/MS), falar em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde é discutir o complexo produtivo do país. “Precisamos investir nesse setor. Para se ter uma idéia, importamos cerca de 33% de Ciência e Tecnologia de países que estão no mesmo nível de desenvolvimento que o nosso”, explicou. Para tanto, segundo ele, o Brasil precisa superar a desarticulação entre o sistema de saúde e o sistema de inovação, a falta de uma política industrial e de inovação articuladas com as políticas de saúde, a inexistência de relações firmes entre prestadores de serviços e indústrias, uma política de saúde voltada exclusivamente para a demanda dos serviços, a focalização da política de C&T no sistema científico desarticulado das políticas de inovação e saúde e a inexistência de convergência na regulação da propriedade intelectual e da vigilância sanitária.

Entre as propostas apresentadas para a área, Gallo chamou a atenção para a necessidade de investir em pesquisas de medicamentos fitoterápicos e na produção de insumos de remédios, por estarem diretamente ligadas à realidade da Região Amazônica. “O Brasil investe cerca de US\$ 400 milhões ao ano em medicamentos fitoterápicos, o que representa 5% do mercado mundial de US\$ 22 bilhões. Poderíamos gastar muito mais, considerando a riqueza da Amazônia”, esclareceu.

## RESULTADOS DA OFICINA

O evento reservou espaço para que todos os participantes pudessem apontar os principais problemas e soluções para a área de C&T em Saúde. As discussões foram promovidas nos grupos de trabalho, que se dividiram em três sub-temas: ‘saúde e meio ambiente’, voltando-se para os grupos em situação de vulnerabilidade a determinadas doenças e agravos, como é o caso dos quilombolas, indígenas, assentados e acampados; ‘recursos humanos’, por meio do qual falou-se sobre educação e trabalho dos profissionais de saúde que atuam em pesquisa em saúde; e ‘financiamento de projetos para desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e Política de Assistência Farmacêutica para a Região Norte’.

Entre as várias ações sobre o sub-tema ‘Saúde e Meio Ambiente’, destacou-se a formação e fixação de recursos humanos ao longo das cadeias produtivas; a instalação de parques tecnológicos; a utilização dos *royalties* das indústrias geradoras de dívida so-

## Instituições de pesquisa da Região Amazônica assinam acordo de cooperação técnica

Um dos pontos altos da Oficina de trabalho ‘Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde na Região Amazônica’ foi a assinatura do ‘acordo multilateral de cooperação técnica científica entre as instituições de C&T da região Amazônica’. Tal iniciativa tem como objetivo unir esforços, visando à produção de conhecimento, à formação de recursos humanos devidamente capacitados e à produção de novas tecnologias que dêem conta das necessidades do desenvolvimento sustentável da Amazônia.

Do acordo fazem parte o Ministério da Saúde, por meio da Secretária Executiva, o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz-AM, a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, a Fundação Universidade do Amazonas, a Fundação Alfredo da Matta, o Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia, o Instituto de Pesquisa em Patologias Tropicais de Rondônia e a Universidade Federal do Pará. Além dessas instituições, estarão sendo incluídas a Universidade do Acre, a Universidade de Roraima e o Instituto de Pesquisa de Doenças Tropicais do Tocantins.



FOTO: JULIO CÉSAR

Fiocruz assina acordo de cooperação entre instituições de pesquisa

Como explicou Luciano Toledo, essa foi a primeira vez na região que tantas instituições assumem um compromisso de cooperação técnica. “É um acordo histórico”, exclamou o diretor da Fiocruz/AM. Para operacionalizar o trabalho, foram formados três grupos técnicos de trabalho – ‘pesquisa e desenvolvimento’, ‘recursos humanos’ e ‘infra-estrutura’ – compostos por um representante de cada uma das instituições integrantes do acordo, e uma secretaria executiva, coordenada pela Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e pela Fiocruz/AM. Mais informações sobre o acordo ou para participar das discussões dos grupos pelo e-mail: [acordo@amazonia.fiocruz.br](mailto:acordo@amazonia.fiocruz.br)

cial da área de Saúde e Meio Ambiente para formação e fixação de grupos de pesquisa na Amazônia; a implementação de observatórios de inteligência; a criação de núcleos de apoio legal à formação e proteção da propriedade intelectual nas instituições geradoras do conhecimento; o fortalecimento dos comitês de ética das instituições de pesquisa; e o fomento à rede Norte de Propriedade Intelectual, Biodiversidade e Conhecimento Tradicional, cujo objetivo é o de articular as instituições da região norte em torno do tema.

Em relação ao sub-tema ‘Recursos Humanos’, propôs-se a implantação de cursos de pós-graduação e escolas de saúde voltados para a realidade da região amazônica e a formação de pessoal adequados às características locais. Em relação ao sub-tema ‘Financiamento de projetos’, pediu-se a criação de linhas de pesquisas específicas para a Amazônia, maior cooperação com a iniciativa privada para o desenvolvimento e produção de medicamentos e ampliação da instalação de cursos de pós-graduação com implemento da infra-estrutura e da logística de pesquisa. Foi

destacada ainda a existência de um grupo de pesquisa em plantas medicinais e fitoterápicos na Universidade Federal do Pará e sugerida a realização de uma oficina para discutir a criação de fundações de amparo à pesquisa na região.

“Pela primeira vez o setor de Vigilância Sanitária está se organizando para uma Conferência Nacional de Saúde. A minha expectativa é que se consiga trabalhar aquilo que estamos discutindo há 15 anos: a organização do Sistema, ou subsistema, Nacional de Vigilância Sanitária, com suas responsabilidades e seus limites. Se isso acontecer, certamente estaremos dando um passo importante para construir o SUS que queremos”.

André Gemal (INCQS/Fiocruz)



## SERVIÇOS

## EVENTOS

**11º CONGRESSO PANAMERICANO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E 55º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**

Tema: Vida com justiça  
Data: 10 a 15 de novembro  
Local: Rio de Janeiro / RJ  
Mais informações:

**Congrex do Brasil Ltda**

Av. Presidente Wilson, 164 - 9º andar  
Centro, Rio de Janeiro / RJ  
CEP: 20030-020 – Tel.: (21) 3974-2001  
E-mail: enfermagem@congrex.com.br  
**Aben - Seção Rio de Janeiro**  
Av. Presidente Vargas, 590 / 418 - Centro  
Rio de Janeiro / RJ - CEP: 20071-000  
Tel.: (21) 2263-5471  
E-mail: abenrio@alternex.com.br  
Site: www.abenrio.com.br

**CURSO DE CAPACITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO EM IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA**

O curso é direcionado a profissionais de saúde de nível superior, e tem como objetivo fornecer subsídios técnicos sobre a inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica - PICC - (*Peripherally Inserted Central Catheter*), por meio da abordagem de diversos temas correlatos, entre eles: aspectos anatômicos do sistema cardiovascular, utilização do PICC em neonatologia, pediatria e adulto, redução de agravos relacionados ao PICC e principais ações do controle de infecção hospitalar relacionados ao PICC.

A maioria dos pacientes hospitalizados sofrem instrumentação na corrente sanguínea e o seu uso está relacionado a diversos procedimentos. O PICC é um dispositivo vascular de inserção periférica com localização central e pode ser inserido na própria unidade do paciente por profissionais capacitados e qualificados. Segundo a Resolução Nº 258/200 do COFEN, os enfermeiros foram reconhecidos como os profissionais habilitados à inserção e manutenção do mesmo.

Data: 18, 19 e 21 de novembro  
Local: Rio de Janeiro / RJ  
Mais informações:

**Centro de Estudos Olinto de Oliveira do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)**  
Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo  
Rio de Janeiro / RJ – CEP: 22250-020

Tel.: (21) 2553-0052 / ramal 5113  
E-mail: cih@iff.fiocruz.br

**1º CONGRESSO ESTADUAL DE BIOÉTICA**

O evento é uma importante contribuição para a difusão e aprimoramento das ferramentas da Bioética entre profissionais de saúde e das ciências humanas e sociais que desenvolvem suas atividades, acadêmicas ou de serviço.

Tema: Bioética, riscos e proteção  
Data: 19 a 21 de novembro  
Local: Rio de Janeiro / RJ  
Mais informações:

**Secretaria do Congresso**  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480/914  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
CEP: 21041-210  
Tel.: (21) 2598-2863

**SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR**

Tema: Acreditação – estratégia para a qualidade na assistência à saúde  
Realização: Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)

Data: 23 a 25 de novembro  
Local: Rio de Janeiro / RJ  
Mais informações:  
**Colégio Brasileiro de Cirurgiões**  
Rua Visconde de Silva, 52 – Botafogo  
Rio de Janeiro/RJ / CEP: 22271-090  
Tel.: (21) 2266-9150  
E-mail: acreditacao@jz.com.br

**I SIMPÓSIO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Seminário, que tem apoio do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), reunirá estudantes e profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde em Atenção Básica.

Data: 22 e 23 de novembro  
Local: Belo Horizonte / MG  
Mais informações:

**Ícaro Organização de Eventos**  
Tel: (31) 3222-7266  
Comissão Organizadora  
Tel.: (31) 3274-0911  
Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade (SMMFC)  
Site: www.smmfc.org.br

## PUBLICAÇÕES

## LANÇAMENTOS — EDITORA FIOCRUZ

'Depressão: clínica, crítica e ética', de Orlando Coser, é mais um livro da coleção Loucura & Civilização, cujo objetivo é fomentar o debate e divulgar a produção teórica que possibilite a construção de novas formas sociais e técnicas no lidar com as doenças mentais e o sofrimento humano. Segundo Paulo Amarante, pesquisador da Fiocruz e coordenador da coleção, o autor contempla a necessidade de se precisar o conceito de depressão para se problematizar criticamente tal processo.



O livro 'Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil', organizado por Carlos Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar, trata de um tema que vem ganhando importância no cenário da Saúde Pública brasileira. De acordo com Moisés Goldbaum, presidente da Abrasco e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os diversos capítulos do livro mostram que, "ainda que as doenças infecciosas continuem a ocupar um papel central no perfil epidemiológico indígena no país, surgem rapidamente outros agravos importantes, que incluem diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade".



Organizado por José Gomes Temporão e Sarah Escorel, o livro 'Saúde: promessas e limites da Constituição', de Eleutério Rodriguez Neto, é imprescindível para todos aqueles que desejam compreender como e por que o direito à saúde e a organização do SUS foram inscritos na Constituição de 1988. Para Paulo Buss, presidente da Fiocruz, que prefacia o livro, a importância da publicação está relacionada diretamente ao papel de destaque que o autor sempre desempenhou no movimento da Reforma Sanitária Brasileira.



Mais informações: **Editora Fiocruz**  
Av. Brasil, 4.036/ 112 – Manguinhos  
Rio de Janeiro / RJ – CEP: 21.040-361  
Tel.: (21) 2590-9122 ramais 106, 107 e 139  
TeleFax: (21) 2590-9122 ramais 106 e 107  
E-mail: editora@fiocruz.br  
Site: http://www.fiocruz.br/editora/

## PÓS-TUDO

# Minha coluna vertebral

Aristides Dutra

Tirei um peso dos meus ombros. Essa expressão popular geralmente é utilizada em sentido figurado mas a sensação física é quase real. Lembro-me nitidamente do dia em que pedi demissão de um emprego que me oprimia. Quando saí da empresa, me senti tão mais leve que estava até respirando melhor, mais intensamente. Minha coluna vertebral estava mais ereta e a cabeça, mais erguida. Meus pés tocavam o chão com suavidade. O peso nos ombros podia ser psicológico, mas a leveza era física e real. Isso sem falar no sorriso indisfarçável e no olhar mais intenso, encarando tudo de frente. Naquele dia, a caminhada de volta para casa teve um sabor especial. Sabor de água de coco em barraquinha de praia, para ser mais exato.

Essa história aconteceu há muito tempo e desde então outros pesos já foram colocados ou retirados de meus ombros. A vida é assim mesmo, cheia de responsabilidades, de compromissos, de prazos. Mas esse 'tirei um peso' não precisa necessariamente se referir a um problema. Ele também pode vir de um dever cumprido. No dia 16 de outubro, uma quinta-feira, defendi minha dissertação de mestrado. Foram dois anos de

curso mais uma prorrogação de seis meses. Durante esse período, o prazer da pesquisa também virou obrigação, que se alojou sobre meus ombros com o peso da responsabilidade. Após a defesa, quando eu ouvi da banca que eu era o mais novo mestre em comunicação da ECO/UFRJ, a sensação foi de alívio pelo trabalho realizado. Na verdade, deveria dizer alívio e satisfação por uma etapa cumprida, pois agora vem a revisão do material, busca por editora, divulgação e tudo mais. E a continuação das pesquisas, com novos enfoques e aprofundamentos. Coluna vertebral, aqui vamos nós.

Nossa coluna é constituída de um punhado de ossos curtos (chamados 'vértebras') cuja função primordial é a de proteger o grande tronco nervoso que é a medula espinhal. Mas ela também serve para nos sustentar, nos mantendo eretos. Ou, pelo menos, deveria. Temos 24 vértebras livres, do pescoço ao quadril, e umas dez fundidas em dois grupos, o sacro e o cóccix. Esse último serve para doer

quando a gente cai sentado. A primeira vértebra de cima apóia a nossa cabeça e se chama atlas, igual ao herói grego que sustentava o mundo nas costas. Parece que isso não era figura de linguagem. A coluna dele devia doer muito. Na zoologia, os animais são divididos em vertebrados e invertebrados. Os malabaristas de circo, surpreendentemente, pertencem à primeira categoria. Quando a coluna funciona direitinho, a gente tem qualidade de vida. Quando não funciona, quem tem qualidade de vida é o nosso ortopedista.

Eu dependo de minha coluna e quase nunca me lembro dela. Acho que não lhe dou a devida atenção. Mas prometo que, no próximo fim de semana, vou levá-la para passear. Quem sabe, até nadar um pouco. Por isso, se você vir alguém caminhando acompanhado de sua coluna vertebral pelo calçadão, não se espante. E nem pense em puxar conversa, pois quando dois velhos amigos se encontram, o papo é exclusivíssimo. Outro dia a gente se fala. ■



ora, pílulas...

