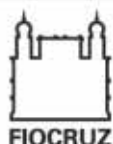


# RADIS

comunicação em saúde



Nº 18 • Fevereiro de 2004

Av. Brasil 4.036/515, 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...



12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

# A saúde que queremos

*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 'hesitosas') da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.*

## Palavras escritas

A palavra escrita clamava por atenção em todos os cantos da Doze. De revistas e folhetos bem impressos a cartazes improvisados, de faixas ladeando caminhos a camisetas chamativas – trazidas de casa ou compradas na hora –, o bombardeio de mensagens era contínuo. Entre as muitas publicações lançadas durante o evento, uma sobre o Fome Zero: a Cartilha Popular da Mobilização Social, de Frei Betto, com ilustrações do Estúdio Mauricio de Sousa.



## Política e sabedoria

Saber avançar, mas também parar e mudar o rumo dos acontecimentos foi uma das marcas do sucesso da 12ª Conferência Nacional de Saúde. O encontro começou com a inclusão, por estrondosa aclamação do plenário, de uma mulher na mesa de abertura exclusivamente masculina, e só terminou com a aprovação de propostas relevantes em todos os dez temas, porque os delegados decidiram alterar o regimento que previa a apreciação de cada um dos destaques. Até no calor das discussões houve pausas sábias. Num dos 98 grupos, o fim das votações foi celebrado com uma ciranda. Durante uma das mesas temáticas, o cansaço foi afastado com inusitados exercícios de alongamento coletivo intercalando as palestras. Um dos momentos mais emocionantes foi protagonizado por delegados que tiveram seu acesso ao plenário dificultado pelo criterioso serviço de segurança da Presidência da República. Os gritos de “pára a votação” tiveram a adesão dos que estavam dentro do auditório, obrigando a mesa a suspender os trabalhos, o que foi festejado com a velha palavra de ordem “o povo unido jamais será vencido” e o Hino Nacional cantado por todos.

Em alguns momentos falou-se da inexperiência de delegados (93% participavam pela primeira vez de um evento desta magnitude) ou de

organizadores (que tinham que equacionar transparência e democracia com o pragmatismo do tempo e da síntese). Mas, no maior evento político da saúde, venceram a maturidade do movimento sanitário e a sabedoria dos novos atores sociais.

Nesta edição, trazemos a cobertura jornalística dos cinco dias de discussões e deliberações da Doze e um pouco do clima desta festa da democracia.

Antes mesmo de chegarem ao papel as deliberações da conferência já valem, desde que em consonância com a Constituição e as leis, como política pública de Estado, acima de interesses de quem lucra com a doença e de eventuais políticas de governos municipais, estaduais e federal que desrespeitem o direito do cidadão à saúde. O relatório final da Doze ainda vai depender de consultas a distância aos delegados sobre destaques menos polêmicos que não foram votados em dezembro. Mas quando o documento for concluído, governo e sociedade terão em mãos um verdadeiro programa de ação para reformar o Sistema Único de Saúde e executar outras ações que concorram para estarmos mais próximos da saúde que queremos.

Rogério Lannes Rocha  
COORDENADOR DO RADIS

## CARTUM



### Comunicação em Saúde

- ♦ Palavras escritas 2

### Editorial

- ♦ Política e sabedoria 3

### Cartum

3

### Cartas

4

### Súmula da Imprensa

5

### Toques da Redação

7

### 12ª Conferência Nacional de Saúde

- ♦ Hora de fazer 8
- ♦ Imagens da Doze 11
- ♦ O Financiamento da Saúde 12
- ♦ O Trabalho na Saúde 14
- ♦ Controle Social e Gestão Participativa 16
- ♦ A Organização da Atenção à Saúde 18
- ♦ As Três Esferas de Governo 20
- ♦ A Intersetorialidade das Ações de Saúde 22
- ♦ Ciência e Tecnologia e a Saúde 24
- ♦ Informação e Comunicação em Saúde 26
- ♦ Direito à Saúde 28
- ♦ A Seguridade Social em Saúde 30
- ♦ O consenso final 32

### Entrevista: Eduardo Jorge

33

- ♦ “Explosão de participantes mostrou que precisamos repensar as conferências”

### Serviços

34

### Pós-Tudo

- ♦ Doze na cabeça 35

## CARTAS



## "BOMBA SUJA", LEITE LIMPO

**O**lá, pessoal! Sou assinante da Radis há muitos anos, enfermeira, especialista em saúde pública, consultora em aleitamento materno. Escrevo para trocar umas idéias sobre um dos "destaques" da Radis 17, "Bomba suja".

Em muito boa hora teremos uma vacina brasileira contra o rotavírus, e proteção contra um dos principais causadores das diarreias infantis. O texto mencionava que os testes estão sendo feitos com bebês em Porto Alegre e Belém.

Sei que vocês e muitos leitores sabem do papel protetor do leite e do aleitamento materno nas diarreias. Nas diarreias por rotavírus, segundo diversos autores, o aleitamento materno reduz a incidência e a gravidade da doença, bem como promove recuperação mais rápida. Entretanto, isso não foi mencionado no texto. Evidente, pois o tema era outro...

Como são raras as iniciativas, tipo campanhas publicitárias, para divulgar os benefícios do leite e do aleitamento materno! Estou estudando a influência das mães sobre as adolescentes que amamentam, e muita coisa tem me impressionado. Por exemplo, constatar o quanto a população em geral já ouviu falar da importância da amamentação, mas não sabe como amamentar! São praticamente desconhecidos detalhes essenciais, como o que significa realmente aleitamento exclusivo, e a importância de não oferecer líquidos (chá e água) nem chupeta a bebês amamentados. Por sinal, as grandes vias de contaminação para as diarreias.

Esse conhecimento se perdeu por alguma esquina da história, provavelmente naquela em que havia alguém fazendo propaganda de fórmulas infantis "maternizadas" e de mameadeiras "iguais ao seio materno"...

Bem, o desabafo já está de bom tamanho... tudo o que eu queria era que se aproveitassem todos os momentos possíveis para lembrar aos profissionais de saúde que amamentar é importante, é barato e uma estratégia incrivelmente eficiente na prevenção de inúmeros agravos à saúde de recém-nascidos e crianças pequenas. Muito obrigada!

♦ Celina Valdez

## ILUSTRAÇÃO SUPIMPA



**P**arabéns pelo excelente veículo de comunicação sobre saúde. No momento, estou interessada em saber mais sobre a ilustração da página 8 da Radis nº 17, de janeiro de 2004, que tanto valoriza o artigo "Viver mais e melhor". Gustavo Alves é o nome do autor? ♦ Ieda de Alencar Barreira

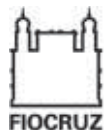
**Nota da Redação:** O ilustrador da página 8 é Gustavo Alves, jornalista de profissão – atualmente, repórter de O Globo –, atividade que não tira o brilho de seu trabalho como artista plástico. Capixaba radicado no Rio, já participou de mostras coletivas e fez exposição individual no espaço cultural da Casa da Escada Colorida, na Lapa, o bairro boêmio dos artistas da cidade.

## ÉTICA NA MEDICINA DO TRABALHO

**A** Academia Nacional de Medicina do Trabalho (Acadamt) está preocupada com os aspectos éticos feridos pela Instrução Normativa nº 99 do INSS, de 5/12/2003 – o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) –, que estabelece critérios a serem adotados pelas áreas de benefícios e da Receita Previdenciária. O PPP, adiado várias vezes, entrou em vigor em 1/1/2004. É o documento para fins de aposentadoria especial de trabalhadores expostos a agentes nocivos (riscos físico, químico e biológico), e fere eticamente os princípios da inviolabilidade do prontuário médico. O médico do Trabalho terá que fornecer ao RH das empresas os resultados dos exames clínicos e complementares registrados no prontuário, para o preenchimento do PPP.

O PPP está na contramão da legislação: só os conselhos regionais e o Federal de Medicina têm competência para legislar sobre o exercício da medicina. A Resolução 1.605 do CFM, de 15/9/2000, diz em seu Artigo 1º: "O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do pron-

## EXPEDIENTE



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

Periodicidade Mensal  
Tiragem 45 mil exemplares  
Assinatura Grátis

Presidente da Fiocruz Paulo Buss  
Diretor da Ensp Jorge Bermudez

## PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Cláudio Cordovil  
(subeditor), Jesuan Xavier e Katia Machado

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Hélio Nogueira

Estudos e Projetos Justa Helena Franco  
(gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Secretaria de Administração e Infra-Estrutura Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Cícero Carneiro, Cleonice Vieira, Osvaldo José Filho (informática) e Ita Goes (estágio supervisionado)

## Endereço

Av. Brasil, 4.036, 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.ensp.fiocruz.br/publi/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis)

Impressão e Fotolito

Ediouro Gráfica e Editora SA

**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.

tuário ou da ficha médica." Ao abriremos o prontuário estaremos criando nas empresas as chamadas *listas negras*, pois os que apresentarem alterações em seus exames serão imediatamente demitidos, e não serão admitidos em novo emprego, porque terão de mostrar seu PPP por ocasião de sua admissão. (...)

Nossa Constituição diz, no Artigo 5º: "São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação." Estamos vivendo um impasse. Não seremos nós, os médicos do Trabalho deste país civilmente e eticamente os responsáveis pela quebra da relação médico/funcionário-paciente, invadindo sua privacidade e intimidade, expondo-o a práticas discriminatórias, quando o trabalhador e o médico não foram consultados sobre o PPP. Somos veementemente contra a violação da vida médica dos funcionários.

♦ Paulo Meirelles, médico e presidente da Acadamt – Niterói, RJ

#### AJUDA EM TRÊS JORNADAS

Sou assistente social, estou fazendo especialização em Saúde Pública e vou prestar concurso para a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SE). A Radis é uma revista tão ampla e completa que me subsidia nessas três jornadas. Parabéns pelas matérias.

Sobre a nota publicada na página 5 da Radis 15, a respeito da campanha antitabagista, queria saber qual é o número estimado de fumantes ativos no Brasil.

♦ Orlando Dantas Martins Neto Jeremoabo, BA

**Nota da Redação:** *Prezado Orlando, aguarda-se para junho de 2004 levantamento do Instituto Nacional de Câncer e da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, pois a última pesquisa do governo sobre consumo de cigarro é de 1989: na época, tínhamos cerca de 30 milhões de fumantes, 18 milhões de homens e 12 milhões de mulheres.*

#### COMPROMISSO COM A SAÚDE

A dorei saber que ainda existe uma imprensa comprometida em veicular informações úteis sobre a saúde em nosso país. Sou estudante de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), atualmente estou cursando a matéria Saúde Coletiva e foi por meio dela que tive contato com a revista. Achei ótima.

♦ Adriana Pereira Pinto

## SÚMULA DA IMPRENSA

### NOVOS ACORDOS PARA O FOME ZERO



Recém-chegado da Europa, Freire Betto, assessor especial do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, desembarcou no Brasil com várias propostas de cooperação para o Fome Zero. Na Itália, conseguiu fechar financiamento com o Banco Ético, que desembolsará 200 mil euros (cerca de R\$ 750 mil) para ajudar 20 mil famílias carentes. Na Espanha, acertou acordos para o desenvolvimento de projetos de saneamento, moradia, educação e saúde para áreas cadastradas no Fome Zero. "Foi uma maratona de 20 palestras, mas consegui mostrar aos europeus que o Fome Zero é muito mais do que um programa de distribuição de cartões para a compra de alimento", disse ele à revista *IstoÉ*. "É um verdadeiro programa de inserção social".

### RISCOS PARA MULHERES ACIMA DOS 50

Segundo pesquisa realizada em Campinas (SP), mesmo quando praticam atividades físicas as mulheres acima dos 50 anos correm mais risco de desenvolver patologias como hipertensão, diabetes e obesidade do que os homens da mesma idade. Os dados constam da dissertação de mestrado "Perfil de aptidão física relacionada a pessoas a partir de 50 anos praticantes de atividades físicas", da especialista em gerontologia Rosane Beltrão da Cunha Carvalho, apresentada na Faculdade de Educação Física da Unicamp. O que agrava esse quadro, explicou Rosane, é a alimentação inadequada, apesar da prática de exercícios.

Quase 1.000 homens e mulheres responderam a questionários e fize-

ram testes de aptidão física. A pesquisadora constatou que a maioria dos entrevistados está acima do peso ideal, e parte significativa sofre de obesidade tipo 1. Para ela, as pessoas nesta faixa etária deveriam comer menor quantidade com mais qualidade, devido às alterações do metabolismo. Para mulheres entre 50 e 59 anos, o risco de desenvolverem tais doenças chega a 62,92%; entre 60 e 69 anos, o índice sobe para 65,66%. Dos homens entre 50 e 59 anos que praticam exercícios, 63% estão fora da área de risco; entre 60 e 69 anos, a taxa cai para 54,88%. Rosane tomou como base os parâmetros americanos de índices de distribuição de gordura no corpo humano (relação cintura-quadril, ou RCQ).

### NOVO TRATAMENTO CONTRA DIABETES É TESTADO EM RATOS

O Instituto Europeu de Telecirurgia (Eits) e o Instituto de Pesquisa do Câncer no Aparelho Digestivo desenvolvem um novo tratamento contra o diabetes. Testes realizados em ratos na Universidade Louis Pasteur, na França, demonstraram que uma cirurgia no tubo digestivo pode melhorar a tolerância à glicose. Segundo os especialistas, a operação consiste em desviar os alimentos digeridos, evitando que cheguem à parte alta do intestino.

De acordo com o estudo, três semanas depois da operação, a taxa média de glicose no sangue dos oito ratos submetidos à intervenção caiu de 159 miligramas por decilitro a um nível médio de 96 miligramas por decilitro. Para o presidente do Eits, Jacques Marescaux, a operação revelou-se mais eficaz para controlar a taxa de glicose do que dieta ou remédios.

### ALERTA SOBRE FORMA ORIGINAL DE HEPATITE C

Pesquisadores da Fundação para o Estudo sobre Hepatite Viral, da Espanha, acreditam que uma nova forma de hepatite C pode não estar sendo diagnosticada com os métodos usados atualmente pelos laboratórios, e atingindo cerca de 29

milhões de pessoas em todo mundo. A descoberta é importante para a hepatologia mundial, disseram os pesquisadores, visto que poderá causar mudanças nos procedimentos de estudo epidemiológico e de diagnóstico. "A partir dessa descoberta", disse o especialista Vicente Carreño, em entrevista ao jornal *Extra* em 8/1/2004, "é imprescindível que se faça uma biópsia no fígado e se aplique uma tecnologia sofisticada para detectar o vírus C". O estudo espanhol é capa da edição de janeiro da revista americana *The Journal of Infectious Diseases*.

---

#### ANO NOVO, NOVOS PREÇOS DE REMÉDIOS



O início do ano sempre é marcado por reajustes de produtos e serviços. É o caso dos remédios, cujos preços estão até 12% mais altos. Nas novas tabelas de preços de medicamentos que chegaram às farmácias, 27 produtos foram reajustados entre 1,99% e 12,58%. O analgésico Saridon subiu 9,7%, de R\$ 33,72 para R\$ 37; o Janssen-Cilab passou de R\$ 15,20 para R\$ 15,81. Em contrapartida, 74 remédios tiveram redução. De acordo com a revista da ABC Farma, dos quase 13 mil remédios listados, 98,45% mantiveram os mesmos valores. Em março, porém, novo reajuste será aplicado a outros medicamentos. Os valores reajustados levarão em conta o IPCA de setembro de 2003 a fevereiro de 2004, e outros dois indicadores de produtividade do setor farmacêutico. A última alta nos preços dos remédios controlados pelo governo ocorreu em 31 de agosto de 2003.

---

#### VÍRUS DO RESFRIADO CONTRA O CÂNCER DE PELE

Pesquisadores do Departamento de Virologia da Universidade de Newcastle, na Austrália, constataram

que o vírus de um simples resfriado pode ajudar na cura do melanoma, um tipo de câncer de pele. Os testes realizados em animais têm sido positivos. Os estudos demonstraram que as células do melanoma são destruídas ao serem infectadas pelo vírus da gripe.

O professor Darren Shafren, coordenador das pesquisas, afirma que o tratamento será testado primeiramente em pacientes em estado terminal. Os resultados dos estudos, que levaram quatro anos para serem finalizados, foram publicados na revista da Associação Americana de Pesquisa sobre o Câncer. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, o número de casos de câncer de pele cresce a cada ano.

---

#### MAIS NOVE REMÉDIOS GRATUITOS PARA IDOSOS

Considerando o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/03, que entrou em vigor em 1º de janeiro e que garante a distribuição gratuita de medicamentos a brasileiros com mais de 60 anos, o Ministério da Saúde pretende acrescentar mais nove remédios à lista de 35 produtos que integram o elenco de assistência farmacêutica básica para o combate de doenças da terceira idade. Na nova lista estão fármacos como o enalapril, para pacientes com hipertensão, e o verapamil, contra a angina. Os nomes dos nove medicamentos serão divulgados em breve.

O MS também pretende reforçar ações e programas de assistência farmacêutica de idosos já implementados com municípios e governos estaduais. O objetivo é fortalecer a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e o Programa de Medicamentos Excepcionais — os de alto custo.

Como informou Luiz Roberto Klassmann, coordenador-geral de Planejamento, Articulação e Gestão de Programas de Medicamentos do MS, em entrevista ao *Diário de Pernambuco* de 13/1/2004, a previsão é que R\$ 1,2 bilhão sejam empregados este ano em remédios da assistência básica e de alto custo. "Afinal", disse, "boa parte da lista de medicamentos de alto custo é voltada para o tratamento de enfermidades que atingem os idosos, como mal de Parkinson, Alzheimer e osteoporose". O MS destinará ao programa R\$ 763 milhões.

---

#### INGLATERRA TESTA VACINA CONTRA MENINGITE B

Pesquisadores da Universidade de Surrey, na Inglaterra, estão desenvolvendo uma vacina contra a meningite B. Segundo a notícia, os testes realizados em camundongos vêm apresentando bons resultados. Atualmente, há vacinas apenas contra os tipos A e C da meningite. A expectativa da equipe é que em três anos uma vacina única (contra todas as variantes do vírus) esteja disponível para uso humano. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, morre uma em cada 10 crianças que contraem a meningite B.

---

#### PLANOS DE SAÚDE COM PRAZO PARA MIGRAÇÃO DE CONTRATOS

De acordo com a Resolução normativa nº 64 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos de saúde têm até 22 de fevereiro para encaminhar aos consumidores a proposta de migração dos contratos antigos para os novos. Considerando esse prazo insuficiente, as empresas pedem mais 90 dias. Como ainda são muitas as pessoas com contratos antigos, como em Pernambuco, onde 400 mil pessoas têm contratos assinados antes de 31 dezembro de 1998, os órgãos de defesa do consumidor aconselham ao usuário a não assinar apressadamente a carta aceitando o novo contrato. É preciso, antes, que as regras de migração estejam bem definidas.

A ANS obriga as operadoras a oferecer ao usuário de planos antigos o Plano de Adesão a Contrato Adaptado (PAC). A migração poderá acarretar aumento nos preços dos planos de até 25%, dependendo do caso. No entanto, o percentual médio indicado pela agência, por operadora, é de 15%. Pelas regras, os consumidores terão três opções: adaptar o contrato, migrar para planos novos ou fazer um ajuste técnico. Nenhuma dessas mudanças é obrigatória.

---

#### EUA IMPORTARAM VACA LOUCA

Testes de DNA confirmaram que o caso da chamada doença da vaca louca registrado no fim do ano passado nos Estados Unidos foi importado do Canadá. O animal, abatido em território americano, pertencia a um fazendeiro de Sunnyside, estado de

Washington. Por conta disso, os EUA tiveram que sacrificar 450 vacas, que faziam parte do mesmo rebanho.

Prevenido um boicote mundial à importação da carne desses dois países, o Brasil preparou uma ofensiva para conquistar novos mercados — atualmente, o produto representa US\$ 1,5 bilhão da receita bruta brasileira de exportações. O ministro da Agricultura, Roberto Rodrigues, anunciou a criação de três grupos de trabalho, encarregados da prevenção do mal da vaca louca, do planejamento da defesa sanitária e da ação de marketing para divulgar o produto brasileiro.

#### SARS RESSURGE NA CHINA



Autoridades do governo chinês confirmaram no mês passado o ressurgimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars). Um homem de 32 anos, foi contaminado com o vírus em Guangdong, província no sul do país. Este foi o primeiro caso desde julho do ano passado, quando o surto da doença foi declarado controlado.

A superpneumonia, que começou a assustar o mundo no fim de 2002, foi responsável pela morte de 800 pessoas. Na ocasião, ao contrário do que se vê agora, o governo da China tentou esconder o fato das outras nações. Desta vez, o Ministério da Saúde chinês já tomou medidas energéticas para tentar controlar a propagação da doença: anunciou o extermínio de 10 mil civetas — espécie de gato selvagem lá considerado iguaria que vem sendo apontado como possível transmissor da Sars.

A Organização Mundial de Saúde pediu à população que se mantenha alerta, mas frisou que a confirmação do caso não representa ameaça imediata para a saúde pública. ■

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



## toques da redação

**DEMOCRACIA HIPERBÓLICA** — Fontes Fidedignas, nosso indômito repórter, ainda um tanto extenuado pela cobertura intensiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde, nos faz a pergunta que não quer calar: o que andava pela cabeça de quem propôs a alínea f do art. 14 do Regimento — “Após a apreciação do Relatório serão chamadas, *uma a uma*, as apresentações de destaque”? Minha nossa! Quantos dias seriam necessários para votar em Plenária milhares de destaques? Fontes Fidedignas resolveu ouvir um grande especialista em conferências sobre esta idéia intrigante, que naturalmente foi derrubada. “Em todas as conferências se faz um filtro, e se discutem somente as questões centrais, mais polêmicas. Se, por um lado, não é o melhor processo, é o possível”, observou o especialista. “Cabe à relatoria incorporar as emendas compatíveis com o texto.”

Outra coisa: o que é um *destaque polêmico*? Polêmico para quem? Para o relator? Para o delegado? Ou para o governo?

Essa, Fontes Fidedignas continua apurando...



**CLIMA DOS ANOS 60** — Fontes Fidedignas testemunhou, no último dia da Doze, um momento típico dos anos 60, quando estudantes promoviam passeatas de protesto e feministas queimavam os sutiãs em praça pública. Os seguranças do presidente Lula revistavam os participantes um a um, formando filas quilométricas de acesso ao Auditório Sérgio Arouca. Uma delegada do Espírito Santo, revoltada, ameaçou tirar a roupa. “Vou ficar pelada”, bradou. Contida por duas amigas, ela puxou o coro de “para a vo-

tação”. Depois que conseguiu o objetivo, cantava, feliz: “O povo/unido/jamais será vencido”.

**A PRIMEIRA ACLAMAÇÃO** — O primeiro teste da Plenária ocorreu na própria cerimônia de abertura da Doze. A sanitarista Sarah Escorel, a quem o coordenador Eduardo Jorge cedeu a vez ao microfone, acabou se transformando no alvo da primeira votação — e por aclamação — da conferência: um coro de 4 mil vozes exigiu que ela permanecesse à mesa, até então formada só por homens, após o discurso.

**OLHO NO CONGRESSO** — A *Folha de S. Paulo* foi o único grande jornal a dar algum destaque à Doze. Na matéria de 12/12, o texto falava da aprovação da proposta que destina 10% das receitas correntes da União (total que entra nos cofres) ao orçamento da Saúde.

A União deve aplicar o empenhado no ano anterior mais a variação nominal do PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento. “Neste ano, seriam R\$ 30 bilhões. No próximo, pela regra atual, serão R\$ 32,4 bilhões. Com a vinculação de 10% das receitas correntes, em 2004 a Saúde teria R\$ 42,4 bilhões”.

“O ministro da Saúde, Humberto Costa, vinha prometendo ‘assinar embaixo’ de todas as deliberações da conferência, mas ontem se mostrou mais cauteloso”, contava. “Essa é uma discussão que teremos de tratar junto com o Congresso. Historicamente, sempre defendemos a vinculação e vamos continuar a defender que haja recursos vinculados para a saúde. Qual é a melhor forma, nós vamos ter de analisar técnica e politicamente. Não estou dizendo que é melhor ou pior”, disse o ministro, logo após o encerramento da conferência.”

**UM EXCESSO?** — Festa não faltou na Doze: forró, performances, shows. Houve o afoxé Filhos de Gandhi, o auto dos vaqueiros, show do Afrolata, de Gilberto Gil, Alceu Valença, Ney Matogrosso, Zezé Motta, Jones de Abreu e Dominginhos, da Escola de Samba Mocidade Independente de Padre Miguel. Para alguns, a agenda cultural tirou a concentração dos delegados da agenda de debates, mas quem participou adorou. ■

## 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

# Hora de fazer

O relatório da Doze deverá estar pronto em março, momento de parar de sonhar e praticar a saúde que queremos



*Marinilda Carvalho e Cláudio Cordovil*

Por cinco dias – e noites! – foi permitido sonhar no imenso Auditório Sérgio Arouca, de 4 mil lugares, na Academia de Tênis de Brasília. Cidadãos e cidadãs comprometidos com a saúde pública brasileira exerceram seu direito à democracia, debatendo e votando propostas para uma política nacional de saúde pública, na 12ª Conferência Nacional de Saúde – a Conferência Sergio Arouca, que teve por lema “Saúde, direito de todos, dever do Estado” e por tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”.

Por enquanto, estas propostas estão no papel. Mas o ministro Humberto Costa, na cerimônia de abertura, e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no encerramento, promete-

ram: as decisões dos delegados serão aplicadas na prática. Afinal, o próprio Ministério da Saúde decidiu antecipar a Doze, não apenas para evitar o ano eleitoral, mas também para ter tempo de aplicar as decisões da conferência ainda no governo Lula. E os sinais de respeito pelo evento foram inéditos e significativos: pela primeira vez as conferências tiveram a presença de um presidente da República na abertura (o vice José Alencar) e no encerramento (o presidente Lula).

Como contribuição à irradiação deste compromisso pelas três esferas de governo, o coordenador-executivo da Doze, Eduardo Jorge, propõe [ver página 33] um pacto nacional, a ser assinado até o fim do ano por governo federal, governadores e prefeitos, que tire a saúde que todos queremos do papel.

Os delegados fizeram a sua parte. No primeiro dia dos trabalhos da conferência foi possível sonhar também



## ALGUNS NÚMEROS DA 12

Resultados preliminares de Pesquisa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, coordenada por Ana Maria Costa: 93,6% dos delegados eram novatos: jamais tinham participado

de uma Conferência de Saúde; 51% deles tinham plano de saúde, enquanto 48,8% usavam exclusivamente o SUS. Outro dado importante: 58,3% dos delegados têm formação em saúde.

POSSUI PLANO DE SAÚDE	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Não	1.170	48,8
Sim	1.237	51,4
<b>TOTAL</b>	<b>2.407</b>	<b>100,0</b>

PARTICIPAÇÃO DE OUTRAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, observador	8	0,5
Sim, delegado	101	5,9
Não participou	1.595	93,6
<b>TOTAL</b>	<b>1.705</b>	<b>100,0</b>

Não-resposta: 702

POSSUI FORMAÇÃO SAÚDE	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	835	58,3
Não	597	41,7
<b>TOTAL</b>	<b>1.432</b>	<b>100,0</b>

Não resposta: 975

nos auditórios Raymundo Bezerra, Carlos Sant'Ana, Eric Jenner e David Capistrano, nos quais, por 30 horas, 60 palestrantes e dezenas de debatedores expuseram suas idéias sobre os 10 eixos temáticos que nortearam as discussões. No segundo dia, o sonho se transferiu para a Universidade de Brasília, criada por um dos maiores sonhadores do país, Darcy Ribeiro, cujo espírito se reuniu ao do sanitarista Sergio Arouca para inspirar um exercício intenso de democracia, tolerância e respeito ao outro. Em maratona de 10 horas, que exigiu logística sofisticada, 98 grupos, distribuídos em três prédios — Instituto Central de Ciências, Pavilhão João Calmon e Pavilhão Anísio Teixeira —, discutiram item por item o documento consolidado das propostas aprovadas nas conferências estaduais de saúde.

### DUAS LEITURAS POSSÍVEIS

Resultaram desta maratona 900 emendas e mais de 4 mil destaques ao documento, fora as moções. Nos dois dias finais de trabalho, previstos para a votação desse pacote, um certo choque de realidade: como votar 4 mil destaques em dois dias? Duas leituras, então, se fazem possíveis da 12ª CNS, de acordo com as inclinações de quem analisa. A primeira, personificada na figura do coordenador, Eduardo Jorge, dá conta de que a massa de 3 mil delegados e 1.000 observadores presen-

tes ao evento atestava o sucesso da descentralização do SUS, de sua capilaridade, a partir da crescente implantação de conselhos municipais ali representados. "Uma explosão de controle social" que estaria a exigir um novo modelo de conferência, na avaliação dele. Já outra leitura, de vozes também autorizadas no âmbito do movimento da Reforma Sanitária, percebe certa inexperiência dos organizadores, já que é muito difícil, numa Plenária de tantos votos, cumprir um regimento que garantia o debate de todas as propostas apresentadas pelos delegados.

A cláusula comprometia o sucesso de um show de democracia ansioso por milhares de brasileiros há tempos, e algo precisava ser feito. Na quarta-feira, 10/12, começava a se desenhar uma estratégia para garantir o sucesso da conferência que, naquele momento, ameaçava naufragar justamente pelo excesso de democracia.

Foi assim que, no primeiro dia da Plenária Final, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pediu a palavra para informar que o Conselho Nacional de Saúde estava preocupado. "Se continuar no ritmo que vai hoje a gente não conclui amanhã", observou, a uma platéia entre perplexa e indignada, temendo manobras discutíveis. Veio então sua recomendação de que o

primeiro dia fosse dedicado à leitura das propostas, e o segundo à votação dos destaques. "Não podemos esvaziar a Plenária", bradou. Seu apelo encontrou acolhida e foi aclamado pelos delegados presentes.

Estava se delineando o cenário para que, na manhã do dia seguinte, Eduardo Jorge se dirigisse aos cerca de 4 mil presentes e informasse que havia milhares de destaques. "Não há a menor possibilidade de votação destes destaques nem em 15 dias", afirmou. Comunicou então ao público que o plenário do Conselho Nacional de Saúde, reunido excepcionalmente na Coordenação Geral da Doze, autorizara que se levantassem as questões mais importantes de cada eixo temático e fossem selecionadas quatro ou cinco delas — as mais polêmicas. Na matemática possível numa ampla democracia, 4 mil destaques se transformariam em 90, que seriam, estes sim, votados ali. Surpreendentemente, Eduardo Jorge foi aclamado. Não sem antes assumir o compromisso de que a totalidade de emendas e destaques seria enviada pelo correio aos delegados, para que votassem item por item. "Vocês não vão ficar sem resposta", prometeu.

Felicidade na Plenária, tensão nos bastidores. A mudança nas regras do jogo, tão bem costurada por Eduardo Jorge, foi comunicada aos relatores — que, praticamente sem dormir, sintetizavam as propostas e alimentavam o software que organizou os trabalhos — com seis horas de atraso. Informações circularam dando conta de que os relatores ensaiaram uma renúncia coletiva diante do fato.

Observadores mais críticos destacaram o tríplice comando como característica inédita da 12ª Conferência. Normalmente a organização é de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde. A Doze teve como organizadores, além do CNS, a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a própria Comissão Executiva. O resultado foi "muito curto-circuito desnecessário", como diagnosticaram alguns.

Superados os percalços, o segundo dia da Plenária Final amanheceu cheio de expectativas com a anunciada presença do presidente Luiz Inácio Lula da Silva para o encerramento dos trabalhos. Depois do almoço, uma fila quilométrica de delegados se formou na porta do Auditório Sérgio Arouca, devido ao rigoroso processo de revista feito pelos guarda-costas do presidente. No auditório, com quórum esvaziado, a votação dos destaques prosseguia.

Tal fato arrancou protestos dos delegados retidos na fila, que puxaram um coro de "Pára a votação!". Com apoio da platéia, a votação foi suspensa, e os delegados na fila cantaram o Hino Nacional e gritaram a velha palavra-de-ordem "O povo/unido/jamais será vencido".

Às 18h30, os trabalhos de votação de destaques foram encerrados para que o palco fosse armado para um show em homenagem a Ary Barroso, cujo centenário de nascimento se celebra este ano. De início, os delegados na platéia reagiram mal à suspensão brusca dos trabalhos, engrossando um coro de "É palhaçada!". Mas o público foi entrando num clima de alto astral que se manteve inalterado até a chegada de Lula, às 21h, com o auxílio luxuoso de Zezé Motta como uma das apresentadoras. Nenhum sinal de impaciência na platéia.

Lula chegou com o ministro Humberto Costa e Lúcia Souto, com-

panheira de Sérgio Arouca nos seus 13 últimos anos de vida.

O presidente acabou de retornar, na madrugada do mesmo dia, de viagem ao Oriente Médio, mas fez questão de prestigiar o "encerramento" – o primeiro, pois o verdadeiro só ocorreria alta madrugada, às 4h20, com a rejeição do polêmico Ato Médico (ver página 32). A emoção foi geral. Alguns choravam. Outros tiravam fotos para levar para suas cidades. Quatro mil brasileiros, extenuados de tantas discussões, preocupados com os rumos da saúde no país, tiveram seu momento de glória com a chegada do presidente, que falou de improviso, dirigindo-se a Humberto Costa.

### "O POVO DO SEU LADO"

"Um país que pode fazer uma Conferência de Saúde como esta, que pode trazer portadores de deficiên-

cia física e mulheres que vêm discutir os problemas de milhões de brasileiros que não têm acesso à saúde, e continua com a cara boa e animada, eu queria lhe dizer, Humberto, que toda vez que a dificuldade financeira apertar você tem que lembrar que este povo estará do seu lado todas as vezes que você quiser", disse Lula.

Sensibilizado com a energia que vinha da platéia, Lula se empolgou. "Regressem a seus estados com a convicção de que têm um companheiro, que foi companheiro, é companheiro e pretende continuar a ser companheiro depois de sair da Presidência". A multidão ficou siderada, gritos vinham de todos os lados da platéia. Para arrematar a festa, com pompa e circunstância, o Hino Nacional foi tocado e telões projetavam imagens de Lula desde sua infância até os momentos históricos por que ele e o país passaram. ■

## SÍNTESE DE ALGUMAS PROPOSTAS APROVADAS

### DIREITO À SAÚDE

- ♦ Implementar reforma agrária que inclua atenção integral à saúde.
- ♦ Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva.

### A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

- ♦ Manter os atuais ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência.

### A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

- ♦ Criar agenda intersetorial para a saúde; ampliar o Programa do Leite, extensivo à área rural, indígena e quilombola; integrar as unidades básicas de saúde às escolas.

### AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

- ♦ Garantir a operacionalização das normas do SUS; reafirmar a autonomia e o comando único de cada esfera de governo.

### ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- ♦ Criar oficinas sobre alimentação saudável; produzir a multimistura; criar equipes multiprofissionais de atenção por concurso público.
- ♦ Redefinir relação hospital universitário-gestor; proibir atendimento diferenciado para planos de saúde no SUS e nos hospitais universitários.
- ♦ Estruturar o Programa de Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva; o MS deve assumir a atenção à saúde indígena.

### CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

- ♦ Gestores devem cumprir deliberações das

conferências e garantir a participação de delegados estaduais e municipais nas conferências nacionais; capacitação continuada de conselheiros; conselhos devem incluir diferentes etnias e minorias; vetar conselheiros parentes de gestores e pessoas ligadas ao Executivo; estimular a participação do Ministério Público; entidades de empresários são prestadores, não usuários; eleger conselheiros em assembleias a cada dois anos; mandatos não devem coincidir com eleição de gestor; não pode a mesma pessoa representar a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos; a presidência não deve ser obrigatoriamente do gestor.

- ♦ Manter a CNS a cada 4 anos; I Conferência da Seguridade Social em 2005.

### Eixo 7 – O TRABALHO NA SAÚDE

- ♦ Jornada de 30 horas; regulamentar lei sobre agentes comunitários de saúde; rejeitar o Ato Médico; trabalho no SUS como carreira essencial de Estado; piso para todas as categorias do SUS.

### Eixo 8 – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

- ♦ Criar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e mecanismos de fomento à pesquisa.
- ♦ Exigir a quebra de patentes de medicamentos e insumos segundo critérios epidemiológicos de urgência na saúde pública.
- ♦ Criar mecanismos rigorosos de regulação do uso dos transgênicos.

### Eixo 9 – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

- ♦ Renegociar as dívidas externa e interna.

- ♦ Cumprir Constituição sobre destinação de recursos à saúde; destinar 12% para estados, 15% para municípios; União: 10% das receitas correntes.

- ♦ Diminuir os recursos federais "carimbados" aos fundos de saúde; os recursos, inclusive investimentos e compra de medicamentos, devem ser repassados ao Fundo Municipal de Saúde.

- ♦ PAB estadual como forma de repasse fundo a fundo; financiamento tripartite para o PSF e repasse para equipes segundo densidade populacional; nos municípios com 100% de cobertura pelo PSF, a população registrada na SIAB será base de cálculo do PAB; aumentar PAB para municípios com menos de 30 mil habitantes; nos de população flutuante, garantir repasses proporcionais aos incrementos sazonais; contemplar a multidisciplinaridade nas equipes; ampliar o PAB para R\$ 20/habitante; garantir remuneração do SUS compatível com o custo dos procedimentos.

### Eixo 10 – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

- ♦ CNS e MS definirão estratégias para maior visibilidade do SUS; reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir, nas três esferas, com prazos, compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS; viabilizar a rede de informação e de comunicação em saúde; realizar em 2005 a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde; definir recursos para Cartão Nacional de Saúde em todo o país.

# Doze momentos da Doze



Na abertura, o ministro Humberto Costa (de cavanhaque) e o vice-presidente José Alencar



Grupos organizados se reuniam na Praça de Alimentação para definir estratégias de votação



A idade não era limitação para quem ainda tem disposição para o trabalho

FOTOS ARISTIDES DUTRA



Grupos de trabalho ocuparam 98 salas de três pavilhões da Universidade de Brasília



Computadores, telões e um programa especialmente desenvolvido auxiliaram no registro das propostas



O gramado à beira do Lago Paranoá era ponto certo para descanso e reuniões informais



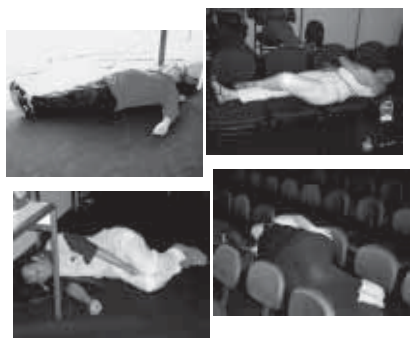
Nos intervalos de folga, pausa para checar o e-mail no quiosque da internet



Uma simples distribuição de brindes logo provocava aglomeração e muita disputa



Escolhendo fotos nos muitos painéis do saguão, para comprar e levar de lembrança



A cochilada para tentar vencer o cansaço transformava qualquer canto em cama improvisada



A linguagem dos sinais levou o debate aos portadores de deficiência auditiva



O presidente Lula foi recebido com entusiasmo na cerimônia de encerramento



## O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

# “Gastar bem o pouco que se tem, sem abandonar a luta para se ter mais”



Kátia Machado

O Financiamento da Saúde trans- formou-se no eixo temático mais concorrido da Conferência Nacional de Saúde. Na mesa-redonda, coordenada por Júlia Rolland no Auditório Sérgio Arouca, o debate atraiu o maior número de delegados e pau- tou muitas conversas informais pe- los corredores da Academia de Tê- nis de Brasília e da Universidade de Brasília (UnB). Para Maria Eugênia Cury, representante dos trabalha- dores no Conselho Nacional de Saú- de (CNS), o tema é talvez o mais im- portante, pois, como disse, “nesse debate poderemos discutir ques- tões cruciais para o desenvolvimen- to do SUS. Afinal, como fazer saúde sem uma política de financiamento eficiente e eficaz?”.

O cumprimento da Emenda Cons- titucional 29 (EC-29), de forma a ga- rantir a efetiva participação de União, estados e municípios no financia- mento das ações e dos serviços de saúde, e o bom uso dos recursos disponíveis foram as duas questões centrais des- sa discussão. A opinião dos participan- tes, ao fim do debate, era unânime: é necessário criar mecanismos de cum- primento da lei, garantindo os recur- sos necessários para a saúde. Nesse sentido, um ato chamou a atenção de todos: com narizes de palhaço e le- vantando faixas pelo auditório, a de- legação do Rio de Janeiro organizou protesto contra o governo de Rosinha Garotinho, que desviou verbas da Saú-

de para programas sociais como o Res- taurante Popular, deixando de cum- prir o que exige a EC-29.

De acordo com um dos palestran- tes da mesa-redonda, Gastão Wagner, secretário-executivo do Ministério da Saúde, o Estado do Rio não está sozi- nho no descumprimento da lei: são 17 estados, entre os 27 da União, bem como 41% dos municípios brasileiros. Para Eleuses Vieira de Paiva, partici- pante da mesa-redonda e presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), a EC-29 precisa ser cumprida não ape- nas porque isso reduz a perda de re- cursos do setor saúde, como tam- bém possibilita a entrada de dinheiro novo e permite melhor planejam- to de gestão, já que estabelece um percentual mínimo de vinculação do dinheiro tanto à União quanto aos estados e municípios. Ainda que admi- ta a importância da EC-29, Cátia Soa- res, delegada do Estado do Rio, acre- dita que a lei por si só não basta. “É necessário maior compromisso dos nos- sos gestores. Será que precisamos de mais dinheiro ou de vergonha na cara dos que planejam e executam as ações e serviços de saúde?”, questionou.

## O DESAFIO MAIOR

Na opinião do médico e profes- sor da USP Gilson Carvalho, presen- te à Mesa, o setor carece de recur- sos e, sobretudo, de mecanismos para o bom uso do dinheiro disponí- vel. “O maior desafio do SUS é con- quistar a integralidade e a universa- lidade, ou seja, o tudo para todos. Por isso, precisa enfrentar dois gran-

des obstáculos: a insuficiência dos recursos e a ineficiência de seu uso”, ressaltou. “A sabedoria é milenar: precisamos gastar bem o pouco que se tem, sem abandonar a luta para se ter mais”.

Como informou Gilson, o Brasil gasta pouco com a saúde em relação a alguns países. São US\$ 300 por habi- tante/ano, assim como México, Chile, Costa Rica e Hungria, enquanto Uru- guai e Argentina gastam o dobro. Paí- ses desenvolvidos como Portugal e Espanha gastam US\$ 1.000 por habi- tante/ano. Canadá, Inglaterra, Suíça e França, US\$ 2 mil; Dinamarca, US\$ 2.500; Noruega, US\$ 2.800; Japão, US\$ 3 mil, e Estados Unidos, US\$ 4.450 com a saúde por habitante/ano.

A necessidade de maiores re- cursos para a saúde foi também enfatizada por Eleuses Vieira, que comparou o orçamento da Saúde ao da Seguridade Social. Segundo o presidente da AMB, em 1995, o or- çamento da seguridade foi de R\$ 65 bilhões, enquanto o da Saúde ficou em R\$ 15,8 bilhões. Em 2004, a seguridade prevê orçamento de R\$ 208 bilhões; a Saúde, de R\$ 32, 4 bilhões.

Gilson citou algumas iniciativas para a prática de uma política de financiamento eficaz. Para ele, faz- se necessário:

- 1- Usar o dinheiro da Saúde exclusi- vamente com a Saúde;
- 2- Administrar todo o dinheiro no fun- do de saúde;
- 3- Promover maior controle social;
- 4- Combater a corrupção;
- 5- Proporcionar melhor adequação para construção e manutenção de serviços e para compra de equipa- mentos e materiais de saúde;
- 6- Investir na educação permanente de gestores, profissionais e pres- tadores de serviços de saúde e na educação da população;
- 7- Criar unidades mais resolutivas, pa- dronizar materiais e remédios;
- 8- Investir em recursos humanos;
- 9- Humanizar os serviços, consideran- do o usuário como um todo;
- 10- Investir na Atenção Básica.



Gilson (falando), Eleuses, Júlia, Gastão e Ângela

Na opinião de Gastão Wagner, gastar melhor os recursos existentes significa avançar na forma de repasse do dinheiro. Segundo ele, o repasse fundo a fundo já é um avanço, atingindo 80% do custeio do Ministério da Saúde. "Mas precisamos fazer mais", exortou, lembrando que hoje os pagamentos ainda são feitos com base em procedimentos. "É preciso pensar o repasse de recursos a estados e municípios baseado em projetos e na capacidade de serviços e ações de saúde instaladas", disse. Mudar o modo de financiamento, porém, requer capacidade de gestão. Para o secretário-executivo do MS, é preciso capacitar as secretarias e o próprio Ministério da Saúde, além de criar mecanismos de avaliação e controle do resultado e do custo. "Sem isso não há como ter boas formas de aplicação do dinheiro".


### INVERSÃO DO MODELO

Todos os palestrantes afirmaram que o financiamento do SUS não pode ser pensado isoladamente da política social e econômica do país. "A EC-29, no que se refe-



re à União, diz que a vinculação de verbas deve ser acima do PIB", interveio Maria Eugênia Cury. Mas o PIB depende do desenvolvimento do país.

Ou seja, quanto maior o desenvolvimento maior o PIB e, conseqüentemente, os recursos da saúde crescerão. Logo, ponderou, o financiamento de políticas públicas, inclusive o da saúde, está diretamente relacionado com o desenvolvimento do país. "Mais do que lutar pelo cumprimento da EC-29, a Saúde precisa lutar pela inversão do modelo econômico do país".

Viabilizar as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção dependem, portanto, de um forte modelo de financiamento, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis, e de um modelo flexível que permita agilidade no uso dos recursos, além de sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação. 


## Votação acirrada na plenária

Entre as propostas do eixo que obtiveram aprovação na Plenária Final da conferência, a mais importante foi a que defende que o orçamento da saúde seja constituído por 10% dos recursos das receitas correntes da União. A proposta visava a fazer cumprir a Resolução 322 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, mantendo um teto mínimo de vinculação orçamentária. Como explicou a médica Júlia Rolland, representante da Central Única dos Trabalhadores na Comissão de Finanças do CNS, isso permitirá que o governo federal disponha, para a Saúde, de índices semelhantes aos dos estados (mínimo de 12%) e municípios (15%). "Essa proposta destinará cerca de R\$ 38 bilhões anuais à saúde", afirmou Júlia.

A votação foi acirrada pois, além dessa, foram apresentadas outras três propostas sobre o tema. Uma delas defendia que 30% dos recursos da seguridade social deveriam ser destinados à saúde, o que daria cerca de R\$ 60 bilhões. Outra propunha que a vinculação orçamentária de recursos em relação à União fosse estabelecida de acordo com a va-

riação percentual do PIB do ano anterior, que em 2003 ficou em torno de 1,8%. E a terceira sugeria o valor que significasse mais recursos, fossem os 10% das receitas líquidas da União ou 2% do PIB.

Se, por um lado, a preocupação dos delegados era propor mais recursos para a saúde, por outro era garantir que os recursos sejam usados apenas no setor. Nesse sentido, a Plenária Final aprovou ainda uma medida determinando obediência à Resolução 322 do CNS, que exclui das verbas do setor os gastos com saneamento, Fome Zero e pagamento de funcionários públicos inativos. "De maneira geral, houve amplo apoio

às propostas-chave, aquelas que contam com grande adesão dos movimentos sociais", informou Júlia, chamando atenção para a proposta, aprovada, pela não-renovação do acordo com o Fundo Monetário Internacional. "As cláusulas do acordo com o Fundo impedem o desenvolvimento econômico, o que tem relação direta com a saúde da população, o transporte e a moradia", argumentou a conselheira. Na opinião de Júlia, o debate sobre financiamento dá conta das necessidades do SUS e estimula a outra luta mais lembrada nos debates sobre financiamento: a da regulamentação da Emenda Constitucional 29. 



## O TRABALHO NA SAÚDE

# “O concurso público é a forma legal e desejada de acesso aos cargos”



Jesusan Xavier

Plano de carreira unificado, carga horária, admissão por concurso público e Ato Médico. Esses foram os pontos mais polêmicos debatidos na mesa, coordenada por Célia Pierantoni, que tratou do eixo temático O Trabalho na Saúde, num Auditório Eric Jenner lotado. Se por um lado há certa convergência em relação à atual precarização dos vínculos empregatícios na área, por outro, em relação à forma de contratação ideal dos profissionais, as discussões geraram algumas divergências.

Conceição Aparecida Pereira Rezende, representante dos trabalhadores na Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), lembrou que o tema sempre traz à tona grande polêmica. “Em princípio, todo mundo é a favor do concurso público, mas ninguém quer mexer nas vagas já preenchidas”, disse. “Ou seja, vamos mudar a partir de agora, mas sem tocar naquelas pessoas que estão trabalhando na área. Isso é um pouco complicado”.

Ela, no entanto, deixou claro que o CNS apóia a adoção do concurso público - que acabou acatada por ampla maioria na Plenária Final. “O concurso público é a forma legal e desejada de preenchimento e acesso aos cargos públicos”, frisou.

Durante sua explanação, Conceição pontuou os principais problemas da política de gestão do trabalho na última década. “Por causa da situação precá-

ria de contratação, vemos uma grande rotatividade em diferentes setores”. Para ela, isso traz dificuldades para se definir o quadro necessário de lotação para cada serviço e para o estabelecimento de vínculo entre o servidor e a população. Ocasionalmente ainda dispêndios de recursos com a capacitação permanente, disse. “É necessária uma política real de gratificação por dedicação exclusiva e risco de vida”.

Essa última proposta, assim como o piso salarial para todas as categorias profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), e a garantia dos direitos aos servidores municipalizados e estadualizados, foi aprovada pela maioria dos delegados na Plenária Final da Conferência.

## PRECARIZAÇÃO NAS CONTRATAÇÕES

Maria Luiza Jaegger, secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, levou à mesa de debates os números de empregos na área. Segundo ela, o setor público é responsável hoje por 54,7% do total de profissionais de saúde. “São mais de um milhão de pessoas que estão espalhadas por todo o país”.

Ela admitiu que existe uma expansão do SUS com base na precarização das relações de trabalho. “Realmente há uma inexistência de plano de carreira, vemos diferentes salários e diferentes vínculos em cada unidade de atendimento”, ressaltou. “São problemas no campo da gestão do trabalho que precisam ser solucionados”. Na Plenária Final, os delegados aprovaram

como fundamental a consideração do currículo e do tempo de serviço no enquadramento dos profissionais. Além disso, ficou decidido que a política salarial precisa recompor as perdas sofridas em decorrência dos planos econômicos implementados pelos governos anteriores.

Maria Luiza criticou a má distribuição das instituições formadoras de profissionais: “É claro que existe também uma inadequação da formação profissional em todos os níveis às necessidades do SUS. Há profusão de iniciativas de capacitação dos trabalhadores da área, que são pontuais, desarticuladas e fragmentadas”.

Ela defendeu a redefinição de vagas e cursos na área de saúde. “É preciso um compromisso dos gestores da educação e da saúde de investir na capacitação pedagógica dos docentes, de preceptores, tutores e orientadores dos serviços”, disse. “Precisamos redefinir a abertura de cursos e o número de vagas de acordo com as necessidades e considerando a importância da reorganização da atenção à saúde”.

A abertura de novos cursos acabou virando emenda, aprovada sem dificuldades na Plenária Final. Ficou estabelecido que os delegados devem cobrar dos órgãos competentes rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelo poder público, para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde, submetendo a autorização à decisão conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais.

## GOVERNO AMPLIARÁ VAGAS

A representante na Mesa do Ministério da Educação, Gilca Starling, garantiu que o governo pretende expandir o número de cursos na área de saúde. “Hoje já se percebe essa expansão, mas a meta é criar novos cursos e garantir uma boa formação para todos, independentemente da região”, disse, reconhecendo que atualmente as regiões Sul e Sudeste concentram a maioria desses cursos.



Maria Luiza, Célia, Denise, Climério e Conceição (falando)

Gilca citou o artigo 3º das diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina para frisar que o profissional da área de saúde tem que atuar também como agente de transformação social. "Com base nas suas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, o SUS, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe", completou.

Denise Motta Dau, da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, lembrou que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tem sido usada como pretexto para a não-concessão de correções salariais. "Os gestores públicos se utilizam desse impedimento público para privatizar, terceirizar ou flexibilizar contratações", censurou. "Pedimos a revisão da LRF, determinando que ela seja aplicada conforme a realidade e a necessidade de gastos de pessoal setorialmente, como no setor saúde".

Denise, que também defende o concurso público, confirmou que trabalhadores de diversas esferas de governo e de entidades prestadoras de serviço convivem no mesmo local, com direitos e deveres diferenciados. "Utilizam-se contratos de emergência em situações normais", criticou. "Assistimos ainda a uma submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra geral é a transgressão da lei, e duplas e triplas jornadas de trabalho são normais". Ela criticou também a atual organização sindical: "Há uma pulverização prejudicial aos trabalhadores, pois são milhares de sindicatos pequenos, que ficam sem poder de pressão".

Nos grupos de trabalho - que apresentaram emendas à proposta inicial - a carga horária foi motivo de muito debate. "Temos que pensar com cuidado sobre esse assunto. Com pouca carga horária, o profissional vai acabar criando vínculo em outras unidades e municípios, o que contraria a diretriz de um maior estreitamento entre agentes de saúde e paciente, disse Wilson Martins Mendes, delegado-gestor, sendo imediatamente contestado pela usuária Solange Gandur Dacach. "Não concordo. A boa relação entre as duas pontas depende muito do profissional. A carga horária não pode ultrapassar 30 horas semanais". A proposta de 30 horas ganhou não apenas em seu grupo de trabalho, como recebeu aprovação em massa na Plenária Final.

Já Climério da Silva Rangel Júnior, representante da Entidade Nacional de

## PROBLEMAS DE LEGITIMIDADE

Sérios problemas políticos quase ameaçaram a participação da delegação do Pará na Doze. Isto porque o Conselho Estadual de Saúde do Pará "aplicou" no regimento da VI Conferência Estadual de Saúde "metodologia que não corresponde à representatividade populacional de seus municípios", segundo nota de entidades de classe paraenses, entre as quais a CUT.

Belém deveria estar representada por 140 delegados na conferência estadual, de acordo com cálculos do CNS, baseados no tamanho da população. Mas à cidade couberam apenas 28 vagas, a partir de decisão do Conselho Estadual de Saúde, que não reconheceu as decisões da Plenária municipal. Entre outras irregularidades, houve indicação (e não eleição) de 10% dos observadores previstos. O secretário de Saúde,



Fernando Dourado, convocou o Pelotão de Choque da PM, segundo a nota, resultando em "traumatismos graves" em duas pessoas.

O CNS "deliberou apenas pelo credenciamento *sub judice* da delegação do Pará". Em Brasília, os delegados paraenses ostentavam faixa onde se lia: "O Pará não pode ser discriminado". Uma crise se ensaiou nos bastidores. O CNS teria resolvido credenciar a delegação paraense em separado, segregando-a no plenário. "Não vi qualquer problema", desmentiu Eduardo Jorge. "A delegação do Pará pôde votar tranquilamente." ■

Portadores de Patologias e Deficiências, mostrou-se a favor de maior flexibilidade no horário de atendimento das unidades. "O usuário, que trabalha o dia inteiro, só pode ser atendido nas emergências, e acaba superlotando o setor, sem haver real necessidade", analisou.

O Ato Médico, que prometia ser um dos assuntos mais polêmicos da con-

ferência, virou consenso. Na Plenária Final, os delegados não aceitaram que todo e qualquer procedimento médico fosse feito apenas por profissionais médicos. Ficou claro, no entanto, que existe um clamor por uma medida reguladora do tema, que ainda exige muita discussão antes de ser referendada pela classe (ver página 32). ■

## Uma guerra saudável

Com amplo sorriso estampado no rosto, Solange Gandur Dach pode até enganar quem não a conhece. Com poucos minutos em seu grupo de trabalho, contudo, ficou claro que ela não estava ali a lazer. "Em alguns momentos, até parece uma guerra. Mas, ao contrário do que acontece entre Iraque e Estados Unidos, os lados que divergem aqui buscam no fundo a mesma coisa: um SUS melhor".

Solange, cadastrada como usuária, brigou até o último momento pela carga máxima de 30 horas semanais para os agentes de saúde. Travou duelo à parte com um gestor, Wilson Martins Mendes.



"As discussões fazem parte da democracia, desde que seja mantido o respeito ao próximo", amenizou ela,

que conseguiu arrebatar a maioria dos votos. "Na verdade, a briga maior ainda vai acontecer", previa ela, aludindo à Plenária. Solange voltou para casa com a satisfação da vitória. Mas avisou: vai acompanhar atentamente o andamento da proposta, e festejar apenas quando for posta em prática. ■



## CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

# “A força do Sistema Único de Saúde é o controle social”



A mesa-redonda sobre Controle Social e Gestão Participativa, realizada no dia 8 de dezembro no Auditório Raimundo Bezerra, e coordenada por Jocélio Drummond, secretário sub-regional da Internacional de Serviços Públicos, teve como principal destaque, a julgar pela quantidade de perguntas a ele dirigidas, a participação de Marco Antonio Teixeira, representando o Ministério Público Estadual do Paraná. Em sua exposição, e na de outros integrantes da mesa, a tônica foi a necessidade de maior capacitação dos conselheiros de saúde com relação às atividades do Ministério Público, e vice-versa.

Um intenso pinga-fogo esquentou o auditório quando a palavra foi dada aos delegados, que dirigiram dezenas de perguntas à mesa, especialmente ao promotor. Ouviram-se indagações sobre atribuições do Ministério Público, questionamentos sobre o atrelamento deste órgão a poderes políticos locais, sobre procedimentos quanto ao não-cumprimento da EC-29, e outras mais.

Em sua apresentação, Marco Antonio Teixeira afirmou que o controle social (que é a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade) deve ser exercido pelos conselheiros, primordialmente. “Quando o controle social está recorrendo muito ao Ministério Público é porque não está se fazendo ouvir, não está se fazendo respeitar. Ele está procurando um reforço.

Mais adiante, Teixeira perguntou à platéia por que, apesar de passados 15 anos da promulgação da Constituição Federal e 13 anos de aprovação da Lei Orgânica da Saúde, caminhamos tão lentamente rumo à meta de saúde como direito de todos e dever do Estado. Há muitas explicações para isso, disse, mas uma bastante possível é que essa regra implica transferência de poder. “Ou seja, cabe aos Conselhos, quando na plenitude do exercício de suas atribuições, fiscalizar politicamente, principalmente o orçamento da saúde, que sempre é um dos maiores problemas”. Para Teixeira, essa transferência de poder ainda não ocorreu no país de forma integral. “Muitos gestores em vários lugares resistem, pressionam os conselhos, quando não os querem apenas como meros chanceladores unilaterais da saúde pública”.

### O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Teixeira destacou a importância de se cuidar da capacitação de conselheiros com relação às atividades do Ministério Público, seus limites e potencialidades. De fato, quando a palavra foi aberta aos delegados, persistiam alguns equívocos sobre o real papel do Ministério Público, fato que fez o procurador “restabelecer o óbvio”, como às vezes é necessário, nas palavras do escritor Aldous Huxley. “Em primeiro lugar, quando alguém comete algo que acreditamos ter sido um ato ilícito, deve haver um processo de apuração efetiva para que

haja uma condenação”, observou.

“O que os senhores têm de entender é que o Ministério Público tem obrigação de agir legalmente nas hipóteses em que esteja configurado o ilícito, porém uma condenação virá do Poder Judiciário”.

Assimetrias na competência dos conselheiros também preocupam o procurador. “Uma questão que muito me aflige no âmbito do controle social é que não temos uma noção sobre para onde vão os Conselhos de Saúde nas discussões que estabelecem”, disse. “Os conselheiros de saúde na maior parte das vezes têm um nível de informação absolutamente assimétrico, de acordo com sua origem, e isso gera distorções que acabam afetando o trabalho do conselho”.

Para solucionar o problema, Teixeira propôs a criação de cursos de capacitação dos conselhos em assuntos envolvendo o Ministério Público, que poderiam atuar em mão dupla, trazendo aos procuradores regionais conhecimentos preciosos para a defesa do direito à saúde. “Quando eu falo desta capacitação digo que ela é recíproca, porque nós do Ministério Público também aprendemos com os Conselhos de Saúde”.

Gyselle Tannous, representando o Fórum de Portadores de Patologias no Conselho Nacional de Saúde, afirmou que “a força do SUS é o controle social”. Em sua intervenção, Tannous se preocupou em delinear “o controle social que temos” para “alavancar o SUS que queremos”, destacando que o ano de 2003 foi de muitas conquistas para o Conselho Nacional de Saúde, mas também de “desafios, retomadas e frustrações”. Segundo ela, no ano passado a pauta da recomposição do Conselho Nacional de Saúde, calada desde 1998, foi retomada. E os novos desafios incluem uma metodologia de capacitação permanente dos conselheiros e a melhora na capacidade de comunicação entre os níveis municipal, estadual e nacional de controle social.

Gyselle Tannous trouxe à discussão uma proposta encaminhada no



Marco Antonio, Crescêncio, Teófilo, Jocélio, Natividade e Gyselle



início de 2003 por Sérgio Arouca, então representante do Ministério da Saúde no CNS. "Se não temos relações hierárquicas entre os três níveis, se ninguém manda em ninguém, não estaria na hora de propormos uma instância deliberativa conjunta que represente os interesses dos três níveis de controle social?"

Outro problema apontado por Gyselle é que, embora tenhamos 5 mil Conselhos de Saúde espalhados pelo país, não há um cadastro nacional desses conselhos e uma forma de comunicar-se adequadamente. Numerosos delegados presentes à mesa-redonda também se queixaram das dificuldades de comunicação com Brasília. Alexandre Soares, delegado de Pernambuco, garantiu: "O Conselho Nacional de Saúde não responde a e-mails do interior". Já Jorge Cangussu, delegado por Montes Claros (MG), afirmou: "Quando se liga para Brasília ninguém responde a nossas ligações".

O secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Crescêncio Antunes, anunciou que sua secretaria discute neste momento um projeto de Ouvidoria com capacidade para atender 30 mil chamadas/dia. Em sua palestra, ele optou por usar o tempo mostrando em que momentos da história do Brasil o Estado foi controlado pela sociedade brasileira. E foi categórico em sua defini-

## RADIS ADVERTE

"Viver é melhor que sonhar", já dizia Belchior em *Como nossos pais*, canção eternizada por Elis Regina.

Viver, cobrar, exigir que a saúde que sonhamos saia do papel e chegue à prática pública é dever de todos!



ção de democracia. "Para o Estado ser verdadeiramente democrático, ele tem que estar inerentemente submetido ao controle da sociedade", disse. "O Estado autoritário é resultante de sociedades com níveis precários de organização e cultura democrática".

### GESTÃO CAPILARIZADA

Mais adiante, Crescêncio afirmou que a Secretaria de Gestão Participativa cogita de elaborar projeto de lei que defina com mais clareza e estabeleça com mais firmeza os poderes do controle social no sistema de saúde. O secretário manifestou o desejo de capilarizar a gestão participativa para todas as instâncias e unidades do SUS. "Inclusive para as empresas privadas que prestam serviço ao público".

José Teófilo Cavalcante, representante da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, preferiu fazer um inventário histórico da reforma sanitária brasileira. O fortalecimento do controle social e a recomposição dos conselhos em todos os níveis para atender à paridade de 50% de usuários e 25% de trabalhadores e gestores foram as principais propostas dos trabalhadores ao debate, na pessoa de Maria Natividade Santana, representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores na área de Saúde no Conselho Nacional de Saúde. Em sua avaliação, "o SUS sobrevive porque tem a seu favor a participação da sociedade na gestão de suas ações, incluída a gestão de recursos financeiros por meio do controle social". (C.C.)

## Dois estados, duas queixas graves

Jorge Cangussu, o Kojak, delegado de Minas Gerais, representando os usuários, está prestes a

"pendurar as chuteiras" pelo que ele classifica como "falta de reciprocidade" na relação entre os conselheiros



municipais e o governo. Publicamente, na mesa-redonda sobre Controle Social e Gestão Participativa, desfiou seu rosário. "Devia haver um canal direto entre o SUS e os conselhos municipais", reclamou. Quando um auditor do SUS chega à cidade, contou, procura somente o gestor, e não o conselheiro. Na época da conferência, segundo Kojak, os 15 cen-

tros de saúde de Montes Claros estavam sem 73% da cesta básica de medicamentos havia seis. "Até hoje ligo para Brasília e eles não me respondem", queixou-se um Kojak desalentado. "Se eu não tiver mais resposta vou pendurar minhas chuteiras. Quero ser respeitado como conselheiro".



Raimundo Soares, delegado representando os usuários de Rondônia, tinha reclamação parecida, só que o alvo era outro. "Temos todo um mecanismo legal para fazer o controle social funcionar, mas ele não funciona porque quando o conselheiro busca orientação do Ministério Público

este vira as costas para ele".

Segundo Soares, Rondônia tem, em sua maioria, conselhos municipais cartoriais. "Em matéria de município, o controle social lá não funciona", contou. "Nós, em Rondônia, trabalhamos com o Ministério Público Federal diretamente, porque descobrimos que os procuradores de Justiça são nomeados pelos governadores, e há interferência do governador na instituição, que não é tão democrática como deveria ser".

O representante dos usuários de Rondônia gostaria de ver o fim dos "conselhos biônicos". "Gestor não gosta do conselho que é atuante, porque este fiscaliza e critica", observou. Baixa um decreto nomeando outro conselheiro, despreparado e desqualificado, só para dizer amém".



## A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

# “Vamos resgatar o ativismo na saúde, esquecido desde a 8ª”



Marinilda Carvalho

É possível que a distância entre a saúde real e a desejada tenha ficado mais exposta na mesa temática Organização da Atenção à Saúde. Na órbita de eixos múltiplos da conferência, a Atenção Básica que queremos exige financiamento maior, melhor gestão do trabalho, mais controle social, mais informação em saúde. A mesa reuniu, sob a coordenação da médica Fátima Oliveira, presidentes da Rede Feminista de Saúde, palestrantes como o médico Mário César Scheffer, do Fórum Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiências e Patologias, a enfermeira Nelci Dias da Silva, do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas), ou o médico-executivo Arlindo Almeida, presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), que congrega planos e seguros privados de saúde.

Se os três tinham queixas e reivindicações específicas, também estavam ali para as devidas explicações os gestores Jorge Solla, secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Fernando Cupertino de Barros, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e Silvio Fernandes da Silva, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Dividida entre “O SUS que temos” e “O SUS que queremos”, a palestra de Jorge Solla detalhou a situação do sistema de saúde brasileiro e seus condicionamentos num contexto de alta complexidade, pelas dimensões do país,

pela intensa urbanização, pela coexistência paradoxal de unidades federativas autônomas e práticas administrativas centralizadoras e paternalistas, ou a convivência de doenças típicas do subdesenvolvimento com demandas crescentes por serviços e medicamentos de alto custo.

Embora do governo, Solla não poupou nosso modelo de Atenção à Saúde. As características que apontou: desarticulação entre ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, baixa resolutividade, pronto-atendimento desqualificado, lógica privada na organização e no funcionamento da rede, ditada pelo mercado, custo elevado e pouco eficaz, centrado no médico hospitalocêntrico, autoritário, burocratizado e desumanizado.

### PROJETOS ESTRATÉGICOS

Para a expansão e a qualificação da Atenção Básica, alguns projetos estratégicos do governo, apontados por Solla: dobrar em quatro anos o número de equipes do Programa Saúde da Família, alcançando 100 milhões de pessoas (em maio do ano passado eram 18.815 equipes, frente à meta de 21 mil em 2003); ampliar os recursos para custeio da Atenção Básica, chegando a 50% cobertos com repasses federais: até maio de 2003, esses recursos atingiam R\$ 4,2 bilhões, contra R\$ 3,9 bilhões em 2002 e R\$ 3,6 bilhões em 2001, enquanto os recursos para custeio de procedimentos de média e alta complexidade somaram R\$ 12,6 bilhões até maio de 2003 (R\$ 11,7 bilhões em 2002 e R\$ 10,8 bilhões em 2001); ampliar a

cobertura do Programa Saúde da Família, especialmente em capitais e grandes municípios (por enquanto, 49% do país estão cobertos).

O secretário de Saúde de Goiás, Fernando Passos de Barros, baseou sua palestra na *Carta de Sergipe*, emitida ao fim dos debates do seminário do Conass realizado em julho de 2003 em Aracaju, que reuniu 27 secretários estaduais. No documento, os gestores propuseram o fortalecimento da Atenção Básica, como eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial, e reconheceram a responsabilidade do gestor municipal em sua organização e operacionalização. Mas, destacou Fernando, as macrofunções cabem à esfera estadual, e é necessária uma ampla discussão do entendimento dos conceitos de *comando único* e *direção única* em cada esfera de governo. “O comando único deve ser diretriz do SUS, e a gestão das referências intermunicipais deve caber ao gestor estadual”, defendeu.

Silvio Fernandes da Silva, secretário municipal de Londrina (PR) e representante do Conasems, apontou a intersetorialidade como um dos pontos problemáticos de implantação do SUS, em especial na Atenção à Saúde. “Devemos integrar os serviços de saúde segundo a mesma lógica dos demais programas de governo”, ressaltou.

A enfermeira Nelci Dias da Silva, várias vezes aplaudida, fez de sua palestra um balanço crítico da situação de trabalho das equipes de Atenção à Saúde. A primeira censura dirigiu à centralização dos holofotes no profissional médico, cultura que considera arraigada em nossa sociedade. “Já começa que é posto médico, e não posto de saúde”, reclamou. “Só com a valorização de todo o pessoal podemos cumprir a diretriz de integralidade do SUS.”

Nelci lamentou o empobrecimento e a exclusão da população brasileira, consequência “de 11 anos de governos” que não priorizaram as questões sociais, e voltou-se para a política de saúde. “Atenção básica é importante, mas precisamos sair do discurso e também olhar a rede que já



Mário, Arlindo, Nelci, Fátima, Fernando, Silvio e Jorge Solla

## OS NÚMEROS DO SUS\*

63.662 unidades ambulatoriais  
 169 milhões de procedimentos/mês  
 5.864 unidades hospitalares  
 441.591 leitos  
 980 mil internações/mês  
 11,7 milhões de internações/ano  
 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica  
 287 milhões de exames laboratoriais  
 9,2 milhões de ultra-sonografias  
 7,9 milhões de procedimentos de hemodiálise (cobertura de 97%)  
 177,5 milhões de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade  
 2,3 milhões de partos na rede SUS  
 70 mil cirurgias cardíacas  
 100 mil AIH para tratamento oncológico  
 8 mil transplantes de órgãos

\* Situação em julho/2003

está montada”, disse, sob fortes aplausos. “Não basta achar que o Programa Saúde da Família vai salvar a pátria, deixando a rede precarizada.”

Numa fala curta, que emocionou a platéia, Mário César Scheffer criticou igualmente mídia e governo: a primeira por mostrar o pior do SUS, o segundo por não mostrar o melhor do SUS. “Vi no *Fantástico*, da TV Globo, reportagem com a chamada ‘Como sofre quem não pode pagar um plano de saúde’”, contou. “O lado bom do SUS, da universalização, da cidadania, raramente é visto”. Mário disse que todos parecem ignorar que há muito dinheiro público envolvido nos planos de saú-

de, e exortou o governo a extinguir a fila dupla de atendimento nas unidades do SUS, a dos que têm e a dos que não têm plano de saúde. “Estamos criando cidadãos de primeira e segunda linha, especialmente nos hospitais universitários”, condenou. (Na Plenária, foi aprovada a extinção deste duplo atendimento).

O médico destacou os “nada animadores” resultados da CPI dos Planos de Saúde na Câmara dos Deputados — um deles: em 2003, deveriam ter sido repassados ao SUS R\$ 225 milhões pelo atendimento de usuários dos planos privados, mas apenas R\$ 45 milhões chegaram aos cofres públicos —, distribuiu aos presentes o relatório final, que seria entregue quatro dias depois ao ministro da Saúde, e lamentou que nos debates da comissão parlamentares-médicos tenham subido à tribuna de jaleco branco para apoiar as operadoras privadas. Muito aplaudido, encerrou: “Por tudo isso deveríamos tentar resgatar o ativismo na defesa da saúde, que anda esquecido desde a 8ª Conferência.”

O último palestrante da tarde era justamente o presidente da Abramge, associação das empresas de “medicina suplementar” — expressão mal recebida pela platéia, que preferia “saúde suplementar”. Técnico, exibindo muitos gráficos no telão, Arlindo Almeida criticou o excesso de leis e normatizações, que confunde e enreda o segmento, e disse que os planos de saúde são úteis ao SUS porque tiram boa parcela da população da rede pública.

A platéia não se manifestou com vaias, mas Arlindo Almeida foi contestado por praticamente todos os delegados que pediram a palavra



quando o microfone foi liberado ao público. Por exemplo, o médico homeopata **Giovano de Castro Jannotti**, delegado-trabalhador de Belo Horizon-

te, foi muito aplaudido ao denunciar os quatro planos de saúde para os quais trabalhou, que pagavam pouco e com grande atraso, e ao exortar a população a abandonar a medicina privada: “Vamos usar o SUS.”

## “TODO MUNDO USA O SUS”

Jorge Solla retomou a palavra para rebater Arlindo: “Muitos dizem ‘Eu não uso o SUS’. Mentira. Todo mundo usa o SUS”, afirmou. E deu exemplos: se usa o controle e a fiscalização da Vigilância Sanitária usa o SUS; 15% dos transplantes pagos pelo SUS são de pessoas com planos de saúde. Solla também contestou a crítica de Nelci à precarização: “Não se pode confundir precarização com contratação pelo regime celetista”, disse. “Quem tem carteira assinada, férias e 13º não é precarizado.” A platéia silenciou, mas Nelci voltou ao microfone sob aplausos: “O pessoal do PSF deve estar integrado ao SUS, não se deve permitir a formação de duas categorias.”

O ministro Humberto Costa visitou rapidamente o painel, chegando a tempo de ouvir uma cobrança do operário José Vale, delegado-usuário capixaba: “Na abertura da conferência o ministro falou no aumento dos recursos, mas nós, trabalhadores, ainda não sentimos mudança no acesso ao SUS.”

## Polêmica em meio a vaias

Delegado-usuário de São Paulo, Douglas Parra foi ao microfone nos debates da Atenção à Saúde fazer uma pergunta polêmica ao secretário Jorge Solla: para onde está indo o dinheiro dos hospitais psiquiátricos fechados após a reforma psiquiátrica?

Ele pretendia se estender mas, sob vaias, desistiu. “Não sou contrário à reforma psiquiátrica”, disse, depois. “Mas os hospitais já foram fechados e os pacientes liberados ainda não receberam a verba prometida”. Douglas é presidente da Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais (AFDM) de Sorocaba e Região, e se queixava de que nos últimos 10 anos



houve redução de 1.175 leitos nos hospitais psiquiátricos da área. No estado de São Paulo, são 11.500 leitos a menos.

A pergunta de Douglas ficou sem resposta, mas alguém do governo poderia ter antecipado que o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica, parceiros no programa “De Volta para Casa”, começariam a pagar no dia 16/12 benefício mensal de R\$ 240 aos pacientes que voltaram ao convívio da família, para ajudar nas despesas de casa.

O próprio ministro Humberto Costa participou em Recife do lançamento do benefício, cujo nome oficial é “auxílio-reabilitação psicossocial”. Já estão cadastradas 206 pessoas, mas a meta para 2004 é chegar a 2.500 beneficiários. As vaias a Douglas se deveram ao fato de que, historicamente, a AFDM foi contrária ao projeto da reforma psiquiátrica, por entender que o fechamento dos hospitais traria sobrecarga às famílias. No encerramento da conferência, o presidente Lula segurou a camiseta amarela da AFDM, com os dizeres “Reforma psiquiátrica sim, desassistência não”.

## AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

# “A politização do debate é a força-motriz da construção do SUS”



Um dos grandes desafios na área do cuidado em saúde é o bom relacionamento, fundado na cooperação, entre as três esferas de governo. Grande ênfase tem sido posta pelo atual governo na necessidade de se reduzir o poder excessivo da esfera federal no campo da saúde, concedendo-se maior autonomia a estados e municípios.

Este desafio pautou a mesa-redonda sobre As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS, realizada no Auditório Carlos Sant'Anna na tarde do dia 8 de dezembro. Coordenada pelo representante da Força Sindical Diógenes Sandim Martins, a mesa estava composta por Jarbas Barbosa da Silva Júnior, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, João Paulo Barcellos Esteves, vice-presidente do Conass, Luis Odorico de Andrade, presidente do Conasems, Marco Antônio Manfredini, da Fentas, e Olympio Távora Derze Correa, representando a Confederação Nacional de Saúde.

Manfredini, representando o Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas) e a Federação Interestadual de Odontologistas, disse em sua palestra acreditar que no centro desta discussão está o federalismo. Isto porque, segundo ele, desde a Constituição de 1988 está claramente estabelecido que o Brasil é uma República Federativa, e como tal se coloca em três esferas de governo, “com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica”.

“Nosso entendimento é que o SUS não é apenas um sistema federal, estadual ou municipal”, disse, em sua palestra. “Ele na realidade deriva das ações articuladas destas três esferas de governo, mas nenhuma delas pode ser a tutora das demais”.

Segundo Manfredini, na construção do SUS a cobrança deve ser feita por igual, solidariamente, sobre as três esferas de governo. Deve-se exigir destas esferas “políticas públicas e compromissos solidários”. Manfredini pontuou a seguir: “O SUS não tem dono, e os trabalhadores em saúde não aceitarão que prefeitos e governadores e até mesmo o presidente da República possam se colocar acima das leis e dos pactos”.

## FATORES QUE COMPLICAM

Falando em nome dos trabalhadores de saúde, Manfredini destacou que “uma política pública de saúde só pode ser realizada com considerável capacidade de investimento das três esferas de governo”, que hoje está, segundo ele, totalmente comprometida por conta da política econômica vigente. “A manutenção do pagamento dos juros e do serviço da dívida implica uma clara perda de capacidade de investimento das três esferas de governo”.

Outro complicador para a atuação ideal das três esferas de governo no campo da saúde é, segundo Manfredini, a Lei de Responsabilidade Fiscal que, “ao ser aprovada em 2000, inibiu consideravelmente a ampliação do quadro de servidores da saúde na administração direta”.

Uma integrante da platéia destacou o engessamento representado por esta lei que, segundo ela, é um dos grandes indicadores da precarização dos serviços de saúde no país.

Críticas também não foram poupadas aos Comitês Intergestores Bipartite (CIBs) e Tripartite (CITs). “O que vemos no cotidiano é que essas comissões absorvem as decisões mais importantes, relegando aos Conselhos de Saúde uma agenda de política secundária”, censurou Manfredini. Ressaltando que não é contra os comitês, o representante do Fentas disse considerar que estes espaços institucionais não podem tirar dos conselhos sua principal função, que é viabilizar o controle público.

Segundo ele, os CIBs e CITs impossibilitam a participação do trabalhador e do usuário no controle público. “Quem deve definir as macropolíticas são as Conferências e os Conselhos”, ainda que CIBs e CITs sejam importantes, desde que subordinadas à agenda maior que é aquela dos conselhos nas três esferas.

Manfredini articulou sua exposição com a finalidade de mostrar que o discurso de que “somos todos SUS” é “incorreto”. “Ele coloca do mesmo lado atores sociais que têm interesses claramente divergentes”, afirmou, insistindo na necessidade de se politizar o debate sobre a saúde. “Reside na politização a força-motriz para efetivação do conjunto das propostas do SUS”, afirmou. Politizar a saúde significa, para Manfredini, deixar bem claro que a lógica e as razões de mercado devem se subordinar às políticas de saúde, “tendo o Estado como ente estabelecido para garantir esta subordinação”.

Luis Odorico Monteiro de Andrade, presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), disse que os gestores das três esferas precisam ter a seu lado o usuário, numa gestão participativa. Segundo ele, deve-se levar em conta a diversidade existente nos 5.560 municípios brasileiros. “O avanço já conquistado e que deve ser ampliado é a



Jarbas, Manfredini, Diógenes, João Paulo, Olympio e Odorico

relação de gestor a gestor”, disse. Odorico defendeu as estruturas regionais como articuladoras da pactuação, sem a criação, porém, de outras instâncias burocráticas.

“Cada delegado que participa da conferência, representando sua base municipal, tem a cara do Brasil, simboliza um SUS humanizado, feito de cidadãos que legitimam esse sistema”. Para ele, a 12ª Conferência deve apontar para uma perspectiva internacional, universalizando o sistema de saúde para os países da América Latina”.

Como exemplo de desburocratização da gestão, Odorico citou o pacto assinado, naquele mesmo dia 8 de dezembro, com o Ministério da Saúde, ampliando o número de municípios beneficiados pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (Proesf). A assinatura do Proesf para 100 municípios, por carta-compromisso, dispensou convênios cartoriais e transferiu os recursos de investimento do Fundo Nacional direto para o Fundo Municipal, o chamado “fundo a fundo”.

No debate que se seguiu às palestras, Odorico recuperou uma das grandes discussões em toda a conferência, a que trata da capacitação de conselheiros. Ele advertiu os presentes dos perigos da tutela do Estado. “Não podemos esperar que o Estado capacite usuários, pois corremos o risco da tutela”, disse ele, que é secretário de Saúde de Sobral, no Ceará. “Quem tem que capacitar os conselheiros da CUT é a CUT, não é o Estado que vai treinar os conselheiros da CUT. Está errado isso”. O secretário Jarbas Barbosa, do

## A ETIQUETA DA LUTA

“A briga política tem que existir mesmo, porque a cabeça de cada um é um mundo. Não pode partir para baixaria ou ofensa moral, mas briga política tem que haver.”

*Tereza Ramos de Souza (ao centro), agente de saúde do Recife, em agitada reunião dos agentes de saúde no Auditório Raimundo Bezerra*



Ministério da Saúde, deu razão a Odorico quanto à responsabilidade do gestor capacitar os conselheiros, e informou que há um programa de capacitação em andamento, do qual participaram mais de 10 mil conselheiros. “Tem que ser um processo permanente”, disse. Outra questão muito discutida foi a eleição de secretários municipais de Saúde para a presidência dos conselhos municipais de Saúde, que a maioria condenou.

### DÍVIDA EXTERNA, A VILÃ

Sebastião Tavares, delegado estadual do Rio de Janeiro, achou que o debate melhorou em seu último bloco, porque tocou-se no importante assunto do financiamento. “Se desejamos construir o SUS que queremos primeiro precisamos de dinheiro para bancar o sistema”, ressaltou. “Mas fico preocupado quando observamos que, de todo o dinheiro que vai circular em 2004, 56% estão destinados

a pagar a dívida externa”.

O relatório do eixo temático As Três Esferas de Governo foi o primeiro a ser lido na Plenária Final e, segundo a relatora de síntese, Patrícia Lucchese, “pelos destaques também foi possível perceber a polêmica em torno do equilíbrio que deve haver entre o governo federal e os locais, na questão da política de saúde”, disse. “Os destaques demonstraram grande esforço em se pensar no modo como compartilharemos as responsabilidades”.

Foi aprovada a proposta “a reafirmação da autonomia do comando único de cada esfera de governo na gestão de todas as ações e serviços de saúde em seu território, visando garantir o direito universal à saúde e repasses regulares de recursos”. Pelo destaque aprovado, um marco regulatório deverá reorganizar as funções e a atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de Saúde em relação aos municípios. (C.C.)

## Esquecidos da saúde pública

Além da diversidade, outra característica chamava a atenção entre delegados e observadores da Doze: a organização dos grupos empenhados na defesa de causas específicas. Os dois maiores e mais organizados talvez tenham sido o dos portadores de HIV, representados por várias entidades, e o do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas por Hanseníase (Morhan). Fundado em 1981, o movimento tem sede no Rio de Janeiro, participa das conferências de saúde desde a Oitava, a que consolidou o SUS, e é um dos representantes de portadores de patologias no Conselho Nacional de Saúde.

Mas havia grupos menores, que

se consideram excluídos da saúde pública. A Associação Brasil Huntington distribuía folhetos à entrada do Auditório Sérgio Arouca. Seu objetivo é localizar, orientar e esclarecer as famílias afetadas pela doença de Huntington, que compromete o sistema nervoso central e leva o paciente à completa dependência.

Também estava representada a Associação Mineira dos Portadores e Amigos de Gaucher – rara doença genética que leva ao acúmulo de gordura em órgãos como baço, fígado, medula óssea e pulmão, provocando a morte. A entidade reivindica que o SUS importe um medicamento especial usado no tratamento.

Solitários, Márcia Viana Costa e Márcio Cipriano, de Campinas (SP), representaram a Associação Paulista de Mucopolissacaridose, a MPS, doença também rara e genética que compromete visão, baço, fígado, vias respiratórias, sistema ósseo e neurológico. O tratamento exige reposição enzimática, e o medicamento precisa ser importado.

Márcia, na mesa-redonda Informação e Comunicação em Saúde, ocupou o microfone para dizer que a quantidade de pacientes que sofrem de uma doença determina a atenção do governo. “Os pacientes de doenças raras acabam esquecidos, como se o drama fosse menor por serem minoria”, disse.



## A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

# “Saúde é renda, emprego, alimentação, educação, moradia, saneamento”



A necessidade de juntar pessoas dos mais variados segmentos num mesmo espaço se deve ao fato de que, para o setor saúde, a qualidade de vida depende de um conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. Não depende apenas de cuidar da doença. O desafio é, conforme definiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reconhecer que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Daí, a importância do eixo temático A Intersectorialidade das Ações de Saúde”.

O debate, coordenado por Neimy Batista da Silva no Auditório Eric Jenner, reuniu representantes de vários segmentos, como Michele Caputo, secretário de Saúde de Curitiba, e Jurandi Frutuoso Silva, secretário de Saúde do Ceará, Amélia Cohn, da Faculdade de Medicina da USP, Edmundo Ferreira Fontes, da Confederação Nacional de Associação de Moradores, e o ministro das Cidades, Olívio Dutra.

O tema, segundo relatório do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), caracteriza-se pelo estabelecimento de redes de solidariedade para a construção de novas práticas sociais visando o desenvolvimento social e a promoção da saúde da população como qualidade de vida. Segundo o relatório consolidado de propostas

para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, “como prática de ação política e de gestão, a intersectorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes”.

Primeiro palestrante da mesa-redonda, Olívio Dutra destacou a necessidade de integração entre os vários setores políticos e sociais para a produção e a manutenção da qualidade de vida, e ressaltou as ações de saneamento básico e moradia para o desenvolvimento urbano. Lembrando que compete à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a execução de um sistema de 12 ações, entre elas a de promover programas de construção de moradia e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, o ministro das Cidades resgatou a Constituição Federal no que se refere ao desenvolvimento da cidade e da população.

### CUMPRINDO A CONSTITUIÇÃO

“Reconhecer a necessidade nacional de integração de esforços e de recursos públicos para expandir, por exemplo, a oferta de moradia e de serviços de saneamento básico, oferecendo qualidade de vida à população, significa fazer cumprir os dispositivos legais determinados pela Constituição Federal de 1988, artigos 21, parágrafo XX”, ressaltou. A lei estabelece que “compete à União instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos”.

Ao contrário do que determina a Constituição, segundo Dutra, o que ocorreu nos últimos anos foi um processo de desmonte de empresas públicas responsáveis pelo saneamento básico de muitas cidades. “Encontramos, ao assumir o novo governo, os serviços de saneamento dispersos em 80 ações”, citou. Hoje, no entanto, busca-se mudar essa realidade, aumentando o orçamento que era de R\$ 200 milhões para R\$ 2,9 bilhões. “Recursos esses consideravelmente maiores, porém ainda aquém dos R\$ 3,6 bilhões necessários para atender à demanda de ações de saneamento do país”, disse.

Responsável por orientar e distribuir tais recursos a estados e municípios para ações em saneamento, o Ministério das Cidades, conforme citou Dutra, busca atender parte dos 83 milhões de cidadãos que não contam com sistema de esgoto, dos 45 milhões não-atendidos por rede de água potável, retomar as mais de 1.300 obras de saneamento básico que estavam paralisadas ou ameaçadas de parar e recuperar as empresas estatais responsáveis por tais ações. Em ação integrada, agirão os ministérios das Cidades, da Saúde e da Educação, a Casa Civil, a Caixa Econômica Federal e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), visando programas de saneamento ambiental nas áreas urbanas e rurais. “Pretendemos aplicar para tanto cerca de R\$ 18,3 bilhões de recursos, e iniciativas como essas servem para mostrar a necessidade de trabalharmos de forma intersectorial”, disse.

Para Dutra, somente pelo trabalho integrado será possível combater muitos outros problemas que o país enfrenta, com vistas à melhora da qualidade de vida da população. Ele deu como exemplo o grupo de quase 12 milhões de pessoas sem serviços adequados de coleta de lixo, os 65% de municípios que têm resíduos de lixo depositados em lixões a céu aberto e as áreas rurais em que mais de 80% das moradias não têm abastecimento de água suficiente.



Caputo, Edmundo, Olívio Dutra, Neimy, Amélia e Jurandi

Além disso, destacou a situação dos esgotos industriais e domiciliares lançados sem tratamento diretamente em mananciais de água. "Para melhorar o abastecimento de água, o país precisará, segundo estudo do Ministério do Meio Ambiente, de R\$ 168 bilhões para universalizar os serviços de água em 20 anos e tratamento de esgoto", informou. "Serão necessários R\$ 5,6 bilhões para que consigamos em 10 anos universalizar a coleta de lixo e implantar aterros sanitários em municípios com mais de um 1,5 milhão de habitantes e criar lixões em todas as cidades com população superior a seis mil habitantes".

Na opinião de Caputo Neto, a intersetorialidade deve ser de fato entendida entre ações e ministérios e não, segundo ele, como "inter-setorialidade de recursos". O alerta do secretário de Curitiba diz respeito à polêmica quanto ao uso de parte do orçamento da Saúde para ações do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Caputo acredita que os recursos da Saúde devam ser respeitados de acordo com a Emenda Constitucional 29. "Inter-setorialidade deve ser entendida pela capacidade de compartilhar saberes e poderes, de negociar, de superar conflitos e por saber respeitar a diversidade e a particularidades de cada setor participante", defendeu.

Nenhum setor sozinho consegue dar conta dos problemas existentes, disse Caputo. Como exemplo, citou o modelo colaborativo que Curitiba usou em alguns projetos sociais. Entre eles, os projetos Ambientes Saudáveis, em que se construiu uma rede de proteção à criança e ao adolescente em parceria com a sociedade

## A DURA REALIDADE



*Maria do Carmo Sales Monteiro, da Rede Feminista de Saúde-SP, no Grupo D-10 da UnB, debatendo a Organização da Atenção à Saúde*

"Todos estamos imbuídos da política racista mais eficiente do planeta, que é a brasileira. É tão eficiente que o negro fica invisível, e nem vê a si próprio. Sempre que se tenta inserir propostas relacionadas a negros e índios cria-se um clima. E olhe que se trata de lideranças da área de saúde, formadores de opinião, gente que faz as leis, que está nos governos. É por isso que é tão difícil mudar."

organizada; Mulher de Verdade, caracterizado pela integração entre setores de saúde, sociedade organizada e Justiça, para combate à violência contra a mulher; Alfabetizando com Saúde, um trabalho intersetorial entre Saúde e Educação; Rodando Limpo, em parceria com empresas que recolhem pneus em troca de alimentos, contendo dessa forma a proliferação do mosquito da dengue e estimulando a participação comunitária; e Adolescente Saudável, trabalho conjunto com a sociedade organizada e o setor de saúde para conter o uso de drogas nesse grupo populacional.

### AMBIENTES SAUDÁVEIS

Jurandi Frutuoso dedicou sua palestra à proposta lançada na Conferência de Ottawa (Canadá), em 1986, sobre políticas públicas saudáveis. Para ele, a criação de ambientes saudáveis depende da conjunção de esforços. Dois outros pontos estão relacionados ao tema: "O reforço das

ações comunitárias e o desenvolvimento das habilidades pessoais".

De fato, a saúde é um dos poucos setores sociais que vêm trazendo à tona a discussão sobre intersetorialidade. "Em 1992, a Conferência Nacional de Bogotá sobre Promoção da Saúde discutiu a integração entre saúde e desenvolvimento econômico", lembrou Frutuoso. Segundo o secretário do Ceará, é inviável pensar num país com dimensões e diversidades tão grandes sem trabalhar a integração das práticas sociais. Nesse sentido, disse, "é preciso agir para reduzir os altos índices de epidemias, a violência e a agressão ao meio ambiente".

"Se não pensarmos na integração entre os setores, vamos patinar ainda por muito tempo". Nesse sentido, completou Amélia Cohn, em sua palestra, "a intersetorialidade não pode ser realizada apenas entre ações, mas, sobretudo, entre políticas sociais que compreendem renda, emprego, educação, moradia, saneamento e saúde". (K.M.)

## Votação pacífica

A votação do eixo A Intersetorialidade das Ações de Saúde correu sem muitas polêmicas. Uma questão nessa discussão ficou bem definida: as propostas sugeridas visavam à intersetorialidade entre ações e políticas sociais, e não de recursos. Das propostas aprovadas, destacou-se a que exigia o cumprimento da Lei Orgânica 8.080/90, no que diz respeito à obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde de promoverem de maneira articulada as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população.

Uma outra proposta foi muito bem discutida pelos grupos de trabalho, levada à Plenária Final e votada por unanimidade, confirmando a importância da integração dos setores Saúde e Educação, como alertou Jurandir Frutuoso: a que pedia a integração das unidades básicas de saúde com escolas, inclusive nas comunidades indígenas e quilombolas, implantando uma política de segurança alimentar e nutricional, com projetos educativos sobre hábitos alimentares e preservação ambiental, sob orientação de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais especializados, em parceria com as secretarias de Agri-

cultura, Educação, Assistência Social e outros órgãos afins, das esferas estaduais e municipais.

Foi aprovada a proposta que sugeria a criação e a implementação de uma agenda intersetorial para a saúde da população, nas três esferas de governo, articulando ministérios e secretarias estaduais e municipais de Saúde segundo a natureza do problema a ser tratado. Foi derrotada a proposta que sugeria a articulação com outros setores sociais, como meio ambiente, educação, trabalho, cidades, agricultura, assistência social, previdência e Ministério Público, entre outras entidades.



## CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

# “A estrutura do setor farmacêutico inibe a produção de fármacos”



Cláudio Cordovil

Uma presença inesperada compôs a mesa-redonda sobre Ciência e Tecnologia e a Saúde, a mais extensa de toda a conferência, realizada no Auditório Raimundo Bezerra, na noite de 8 de dezembro: o então ministro da Ciência e Tecnologia, Roberto Amaral. Tal participação sinalizou o perfeito entrosamento entre o Ministério da Saúde e o MCT no governo Lula. Agora, ciência e tecnologia em saúde não é mais um domínio visto como monopólio do MCT. A prova foi o anúncio feito na ocasião da liberação pelo MCT de R\$ 30,5 milhões para pesquisa em saúde, um valor quase simbólico, diante dos desafios que nos aguardam no campo farmacêutico, para apenas citar uma das áreas do amplo espectro de atividades do complexo industrial da saúde.

Em seu discurso de abertura do evento, o ministro Roberto Amaral citou estudos do Ipea apontando que no último decênio, em que não houve aumento do consumo *per capita* de medicamentos, “a indústria farmacêutica elevou suas importações de matéria-prima e medicamentos acabados de US\$ 212 milhões para US\$ 1,3 bilhão, uma alta de mais de 500%”. E o ministro indagou sobre quem pagou estes aumentos, para logo responder: “O povo brasileiro”. Segundo Amaral, entre 1990 e 2002, o custo da importação de 1.032 fármacos — princípios ativos para fabricação de

remédios — passou de US\$ 535 milhões em 1990 para US\$ 1,1 bilhão em 2002.

O Brasil é pouco convidativo em termos de estrutura para a produção de princípios ativos, admitiu Amaral, obrigando-nos a importar. “A estrutura que sustenta o setor farmacêutico no país inibe o investimento na produção doméstica de fármacos. Na verdade, a maioria das empresas farmacêuticas deixou de produzir no Brasil as matérias-primas necessárias à produção de medicamentos”, afirmou.

### O MITO DOS FUNDOS SETORIAIS

Quando se pensa em como “salvar a lavoura” dos poucos recursos historicamente concedidos à área de ciência e tecnologia no país, fala-se sempre nos Fundos Setoriais, criados pelo governo anterior como se fossem uma panacéia. Jorge Guimarães, secretário de Políticas Estratégicas e de Desenvolvimento Científico do MCT, acabou com as ilusões nesse sentido. “Setenta e cinco por cento dos recursos de 2003 dos Fundos Setoriais foram dívidas do ano anterior”, revelou. Com exceção de poucos editais dos fundos de petróleo e de infraestrutura, não houve nenhum edital. “Em 2003, lançamos 76 editais com essa pequena diferença de recursos disponíveis. Em números redondos, o orçamento de todos os fundos juntos em 2003 foi de R\$ 630 milhões, e recebemos uma dívida de R\$ 450 milhões. Pagamos”.

Segundo ele, boa parte do que foi feito com esses editais resultou

de parceria com o Ministério da Saúde. Antes de soltar foguetes com os Fundos Setoriais de Saúde, uma pequena lembrança mencionada por Guimarães. “Em 2003, o Fundo Setorial da Saúde teve R\$ 30 milhões. Com isso não se desenvolve um décimo de droga alguma”, comentou, sinalizando a situação real do investimento em C&T no país.

Estes números e dados dão bem a dimensão dos desafios que aguardam um país que pretende desenvolver uma política consistente de Ciência e Tecnologia em saúde. Para se ter uma idéia das cifras envolvidas na produção de novas moléculas fundamentais para a indústria farmacêutica, basta tomar o dado mencionado por José Eduardo Pessoa Andrade, que no evento representou Carlos Lessa, presidente do BNDES. “O custo médio de desenvolvimento de uma nova molécula apregoado por empresas e laboratórios estrangeiros é de US\$ 800 milhões de dólares”, revelou. É importante ressaltar que este custo incorpora também vários insucessos no desenvolvimento da molécula. “Mas o país não pode ficar ao largo desse processo de incorporações de novas moléculas”, sentenciou.

Foi Andrade quem deu a conhecer, no evento, o tamanho de nosso déficit na área da saúde. “Temos um déficit comercial da ordem de US\$ 3 bilhões/ano na área do complexo industrial da saúde, dos quais US\$ 1,2 bilhão em medicamentos, US\$ 800 milhões em fármacos e cerca de US\$ 1 bilhão em equipamentos médico-hospitalares”. As conseqüências para o desenvolvimento do país destas cifras foram bem detalhadas. “Com isso perdemos oportunidade de emprego de qualidade, de aumento de geração de renda e um estímulo menor à área de pesquisa”, explicou Andrade.

### POTENCIALIDADES ESTRATÉGICAS

Não obstante as dificuldades, potencialidades foram vislumbradas pelos participantes da mesa-redonda.



José Eduardo, Jorge, Roberto Amaral, Renato, José Alberto, Goldbaum e Mortella



As investigações em saúde são o principal componente setorial de pesquisa no Brasil. "O país dispõe de 4.914 grupos de pesquisa, envolvendo cerca de 18 mil pesquisadores, sendo que 11 mil entre eles são doutores vinculados a estudos em saúde humana. Isto corresponde a cerca de 30% de todos os grupos de pesquisa em atividade no país", afirmou José Alberto Hermógenes de Souza, secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde.

A secretaria foi pensada e estruturada no processo de transição do governo. Uma de suas principais diretrizes é "definir, implementar e avaliar, de forma intersetorial, em particular com o Ministério da Ciência e Tecnologia, uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, a partir de ações pactuadas envolvendo centros públicos e privados, centros de pesquisa e universidades brasileiras, com o objetivo de desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam aos interesses nacionais".

Diante das dificuldades que rondam a produção de medicamentos no país, a nova secretaria aposta no desenvolvimento da produção de vacinas. "O Brasil dispõe de capacidade científica que pode ser induzida para inovação tecnológica do ponto de vista da produção de biofármacos (princípios ativos à base de proteína)", afirmou José Alberto.

Segundo o palestrante, 25 doenças infecciosas são atualmente controláveis com vacinação. Aproximadamente três milhões de vidas são salvas anualmente com vacinas. Há um alto benefício em relação a seus custos, na utilização dos imunizantes. Mas o Brasil enfrenta grandes problemas neste campo. "A oferta de vacinas é limitada; independentemente da demanda configurada de médio prazo a produção consome de três a seis meses até a entrega de um produto", disse. "O mercado internacional não tem condições de atender a grandes volumes de vacinas de forma emergencial". No campo das vacinas, a lógica econômica da iniciativa privada não atende às necessidades de saúde pública. "Um exemplo disso são os Estados Unidos: as multinacionais estão abandonando a produção de importantes vacinas de baixo valor agregado, entre elas a de sarampo".

Há crescente defasagem na utilização de novas vacinas, comparando países desenvolvidos a países em desenvolvimento. "Das 18 vacinas

lançadas nos últimos 20 anos apenas três beneficiam populações do mundo inteiro", informou. "Há desinteresse das multinacionais em produzir vacinas no Brasil, além de forte oligopolização do setor e concentração de tecnologia de produção".

Por esta razão, segundo José Alberto, os laboratórios públicos produtores de vacina têm tido ação estratégica no país. "Eles atendem a 70% das necessidades imunofisiológicas do Brasil, economizando divisas e garantindo empregos especializados", afirmou.

Na opinião de Moisés Goldbaum, presidente da Abrasco, o que se observa hoje é uma ausência de mecanismos de coordenação entre o Ministério da Ciência e Tecnologia e as políticas de saúde, que padecem de uma articulação precária.

### PRAGMATISMO ECONÔMICO

O representante da Confederação Nacional da Indústria, Ciro Mortella, que é presidente-executivo da Febrapharma (a entidade que congrega as indústrias farmacêuticas), mostrou o outro lado da moeda e tentou sensibilizar a plateia para as dificuldades com que se defronta o setor. Segundo ele, usando dados da realidade americana, US\$ 897 milhões é o montante de recursos necessários para se ter um produto farmacêutico totalmente desenvolvido. Mortella afirmou que de cada 10 remédios lançados sete

não têm seus custos de pesquisa cobertos pela venda.

O mercado farmacêutico brasileiro é pouco atrativo internacionalmente, segundo ele. "Hoje o Brasil representa 0,5% do mercado mundial de medicamentos na operação de uma grande corporação", revelou, alertando que novos recursos não serão atraídos para o setor se não houver mudanças. Pare ele, as empresas precisam de mecanismos que realmente façam com que as empresas economicamente viáveis, que tenham projetos de relevância, recebam recursos. "Além disso é preciso que essas políticas sejam consistentes, sustentadas", reivindicou. "Com 12 a 15 anos para se desenvolver um produto, não dá para improvisar, não dá para ter uma política por dia". Mortella disse que ciência e tecnologia somente existem se for em médio prazo. "A visão de curto prazo nesse negócio jamais vai funcionar, e é por isso que nosso déficit comercial está do jeito que está: sempre tivemos política industrial voltada para o curto prazo".

Para o curto prazo, uma interessante proposta. Aproveitar a notável capacidade produtiva instalada para a produção de fármacos e, talvez, de até alguns farmoquímicos. "Temos cerca de 40% de ociosidade nessa capacidade instalada, e isso precisa ser utilizado para atender 'as carências que temos'", diagnosticou. ■

## Meio ambiente, a grande ausência

O biólogo André Ruschi, filho do naturalista Augusto Ruschi, um dos pioneiros na luta pela preservação do meio ambiente, tomou a palavra ao fim das apresentações para destacar a total ausência de preocupação mais detalhada com o meio ambiente na fala dos especialistas que participaram da mesa-redonda sobre Ciência e Tecnologia em Saúde. De fato, a expressão meio ambiente não foi mencionada em nenhuma das intervenções, nas quais palavras como sustentabilidade e biodiversidade apareciam com raridade preocupante.

Ruschi aproveitou a ocasião para revelar que uma política equivocada de combate à dengue, a seu ver, está matando beija-flores. Isto porque o beija-flor é o maior polinizador de bromélias que, por sua vez, são receptáculos ideais para

as larvas do mosquito da dengue, por armazenarem água em sua parte central — e recebem inseticida como ação preventiva.

Renato Cordeiro, coordenador dos debates, representando a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, concordou com a argumentação de Ruschi sobre a inexplicável ausência do tema ao longo das exposições.

Já Moisés Goldbaum, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, não viu nada de anormal na omissão. "Poderíamos trazer um elenco de problemas que poderiam ser contemplados", disse. "Neste momento, devemos fazer um grande esforço para definir diretrizes em ciência e tecnologia em saúde, e o fato de não ter sido citado não quer dizer que não seja um tema importante". ■



## INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

# “Informar é importante, minha gente, quem não se comunica se trumbica”



O eixo temático Informação e Comunicação em Saúde, no Auditório David Capistrano, reuniu grande platéia e seis palestrantes ecléticos, combinação que resultou num dos mais longos debates do segundo dia da conferência, só encerrado depois da meia-noite. À mesa, coordenada por José Caetano Rodrigues, do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde, estavam técnicos em informática, educadores e jornalistas, falando a um público majoritário de agentes municipais de saúde, interessados no Cartão SUS – mas também formado por ativistas de causas tão polêmicas quanto urgentes.

A primeira palestra foi do médico Alcindo Antônio Ferla, diretor da área de Informação e Informática do SUS, que pintou com cores fortes o cenário atual da informação e da informática na saúde: centralização, pulverização, inexistência de padrões e processos integrados, deficiência de resposta a algumas clientelas, dependência tecnológica, custos desproporcionais – um conjunto de males que impede o fortalecimento do SUS.

Alcindo disse acreditar que, nesta área, o cumprimento da legislação já seria uma grande inovação e um forte impulso para o SUS. Ele informou que, em busca disso, o ano de 2003 foi de muito trabalho para o Datasus: entre fevereiro – quando o governo decidiu implementar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde para o SUS – e

novembro, quando saiu a primeira versão do documento (a versão 1.3 está disponível para consulta no Datasus, no endereço [http://politica.datasus.gov.br/politicainformacaosaude1\\_3\\_27Nov2003.pdf](http://politica.datasus.gov.br/politicainformacaosaude1_3_27Nov2003.pdf)), houve um sem-fim de consultas a documentos legais e relatórios das três últimas conferências e das plenárias de conselhos em todas as esferas.

A Plenária Final da 12ª CNS aprovou, entre outras, três propostas que reforçam este precioso trabalho do Datasus: viabilizar a rede de informação em saúde como forma de materializar uma política de comunicação ampla, plural, horizontal e descentralizada; promover até 2005 a 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde e definir recursos para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o país.

### MAIS COMPROMISSO COM A SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim, secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS, defendeu em sua palestra o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, hoje de má qualidade e concentrada no Sudeste: estão na região, por exemplo, 61,67% dos programas de residência médica, contra 2,9% no Norte.

Ceccim lembrou que há quase 3 mil cursos de formação em saúde, mas a maioria não tem compromisso com a saúde pública e está conectada a um sistema de avaliação que também não considera critérios de saúde pública.

Para Ricardo, esta formação deve ter relações próximas com os serviços de saúde, incorporar a agenda ético-política da reforma sanitária e construir novos modos de fazer saúde.

A palestra seguinte foi da pediatra e sanitarista Zilda Arns Neumann, co-fundadora e coordenadora nacional da Pastoral da Criança, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, e sua representante no Conselho Nacional de Saúde. A Pastoral da Criança é modelo de informação de saúde: desde a fundação, em 1983, sempre se preocupou em avaliar os resultados das ações desenvolvidas, para definir objetivos e motivar os voluntários. Seu sistema de informações, considerado um dos melhores do mundo, é capaz de emitir relatórios permanentes sobre a situação de saúde de crianças e gestantes das mais de 32 mil comunidades onde atua.

O processo é simples: os líderes comunitários preenchem a Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade (FABS), relatório enviado todos os meses à coordenação nacional, em Curitiba, que digita as informações, sistematiza, analisa e devolve às comunidades, a cada trimestre, um relatório com mensagens dirigidas – ou parabenizando pelas conquistas alcançadas ou dando orientações para a melhora dos índices.

“Informar é muito importante, minha gente, quem não se comunica se trumbica”, resumiu Zilda Arns, que fazia perguntas à platéia como num programa de auditório. “O principal é querer fazer, e depois informar”. Ela elogiou o cartão do SUS – “Todo mundo está feliz com ele no Paraná” –, a criação da Ouvidoria do SUS – “Coisa nova, muito boa” – e lembrou que não existe um sistema como o SUS no mundo. “Todos devem levar para casa o dever de difundir a saúde”, recomendou. “É preciso informar sobre as coisas boas, senão os jornais só falam da mulher que pariu na pia.”




Ricardo, Wilma, José Ivo, Zilda Arns, Alcindo e José Caetano

O médico e professor José Ivo Pedrosa, coordenador de Educação Popular do Ministério da Saúde, primeiro reclamou do ostracismo a que fora relegada a educação — “Não constava de eixo nenhum” — e depois comoveu a platéia ao descrever a relação entre o profissional de saúde e o paciente. “Um entra com o saber, o outro com o sofrer. Vamos temperar essa relação com um pouco de afeto e carinho”. Para isso, o SUS precisa de profissionais de saúde engajados nos movimentos sociais e comprometidos com a comunidade, para que ouçam grupos que nunca foram ouvidos, para que reconheçam o outro — o usuário —, para que a participação desse usuário nas ações de saúde resulte em novas modalidades de gestão participativa, para que o usuário se sinta afinal cuidado pelo sistema de saúde.

Em sua palestra, Wilma Madeira, do Grupo de Trabalho Saúde e Comunicação da Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), fez balanço negativo da comunicação em saúde no país, começando sua crítica pelas contradições do sistema: tem discurso de gestão participativa e prática de centralização, o governo sempre com a última palavra.

Ela lembrou que a 8ª Conferência definiu a liberdade de expressão como um dos pressupostos do direito à saúde e que a 11ª estabeleceu a criação de redes de informação e comunicação entre as várias instân-

## VÍDEOSAÚDE EM AÇÃO

Em ação na Doze uma das duas equipes do VídeoSaúde, a distribuidora de vídeos da Fiocruz (Departamento de Comunicação em Saúde): 36 fitas, 22 horas, 1.306 minutos com imagens e sons da conferência, para o documentário de 50 minutos *Participação Popular em Saúde* e um vídeo menor. O material estará pronto ainda neste semestre. 




cias de controle social, o que considera essencial para a promoção da saúde e da cidadania. Para Wilma, descentralizar a comunicação em saúde é um dos grandes desafios do SUS.

### VÍRUS NÃO TEM FERIADO

O último palestrante da noite, e o mais aplaudido, foi o veterano jornalista Alberto Dines, editor do *Observatório da Imprensa*, que fez pequena provocação aos organizadores da conferência: que se evite a criação no Brasil de uma cultura de eventos, eventual. “Precisamos de compromissos com a ação”, disse. Ele reconhece que os problemas do país exigem um trabalho precursor de mapeamento e, sobretudo, de debates. “Mas atribui-se a um evento — grande ou pequeno — o poder mágico de produzir soluções”, disse. “O verbo é o princípio mas, em excesso, pode ser o fim”.

Dines aproveitou como exemplo o Dia Mundial da Luta contra a Aids, em 1º de dezembro. Durante duas semanas, a mídia revelou a extensão do desastre. Mas, argumentou, é preciso que o Dia Mundial da Luta contra a Aids ocorra todos os dias — em 3/12, porém, desaparecia do noticiário. “O espírito da efeméride e os eventos que provocou devem ser acompanhados ao longo do ano, ou teremos uma luta desigual, já que o vírus não tem feriado, nem se deixa impressionar pela discursória”, disse, sob intensos aplausos.

Dines concluiu com uma proposição, “quase um desafio”: a substituição do triângulo doença-doente-informação por um quadrilátero, acrescentando-se o produtor de informações. “Se não capacitarmos os jornalistas para cobrir a área de medicina e saúde estaremos condenados a conviver com doenças informativas e doentes desinformados.” (M.C.) 

## Aids, momentos de embate

O eixo temático Informação e Comunicação em Saúde atraiu barulhentos militantes de campos opostos: pró e contra o uso da camisinha. Quando os debates foram abertos ao público, dois delegados em especial, Eduardo Barbosa, presidente do Fórum ONG-Aids de São Paulo, e Alexandre Martins, do Grupo Arco-Íris de Florianópolis, mandaram recados contundentes à CNBB, pelas campanhas contra o uso da camisinha.


Eduardo disse que a Igreja presta desserviço ao cidadão ao combater o uso de preservativos. Alexandre citou o exemplo da vizinha Argentina, que só começou a falar em prevenção há dois anos e agora se vê mergulhada numa epidemia de Aids.

Ambos foram vaiados pelos militantes favoráveis à abstinência se-

xual fora do casamento, a maioria ligada a igrejas diversas, mas Zilda Arns mostrou por que conquista respeito até entre ateus - e não apenas porque de seu currículo constam 1,7 milhão de crianças atendidas pela pastoral que dirige. “Verdade é verdade”, disse, quando retomou a palavra. “A vida é o que mais vale.”

Os delegados talvez não soubessem, mas Zilda Arns, que prometeu levar o recado à CNBB, é voz dissonante entre os católicos nesta questão. “Eu prefiro seguir o caminho da Igreja, mas a consciência do casal, que deve ser bem-informado, é a suprema lei”, defende sempre. A polêmica sobre a camisinha se acirrou um mês antes da 12ª CNS, quando o cardeal colombiano Alfonso Lopez Trujillo questionou a efi-

cácia do preservativo como medida de precaução contra a Aids. Em resposta, organizações brasileiras promoveram atos de protesto em novembro, e lançaram o vídeo *Perdão*.

Criação de Flavio Waiteman, o vídeo diz, em meio a imagens fortes da Inquisição, dos campos de concentração e das vítimas da Aids: “Depois de séculos, a Igreja pediu perdão pela Inquisição; depois de décadas, a Igreja pediu perdão aos judeus por ter se calado frente ao nazismo; quanto tempo vai levar para a Igreja pedir perdão pelas vítimas da Aids?” A última cena mostra uma camisinha e a frase-slogan “Pecado é não usar”. A CNBB recorreu à Justiça para que o vídeo fosse retirado do ar, e as entidades também interpuseram ação judicial. 



## DIREITO À SAÚDE

# “Há distância entre o direito à saúde tão falado e o que alguns exercem”



O debate sobre o eixo-temático Direito à Saúde, que ocupou o Auditório Sérgio Arouca, permitiu uma discussão ampla sobre como fazer valer o que está garantido pela Constituição Federal de 1988, estabelecendo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Na mesa-redonda que apresentou a temática, coordenada por Antônio Sousa, chefe de gabinete do Ministério da Saúde, os palestrantes foram unânimes em afirmar que a validade desse direito, que é fundamental ao homem, depende de ações e serviços de saúde eficazes e da participação da sociedade, exigindo o cumprimento dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade.

Para o primeiro palestrante, Humberto Jacques de Medeiros, procurador da República no Rio Grande do Sul, em matéria legislativa tudo já foi feito no que diz respeito a esse direito. “O movimento sanitário brasileiro não se contentou em ter o direito enunciado na constituição, mas moveu as casas legislativas para que produzissem normas, leis que detalhavam e davam consistência a esse direito, como a Lei Orgânica 8.080, que criou o SUS”, disse. De acordo com o procurador, no plano formal jurídico praticamente nada ou muito pouco falta. O problema, porém, é tornar o direito à saúde uma verdade plena e absoluta, como sempre foi sonhado pelo movimento sanitário. “Há ainda uma distância entre o direito à saúde de que nós falamos e o que alguns exercem”, ressaltou.

Humberto reconheceu que a validade do direito depende de políticas públicas eficientes, orçamento público adequado e, sobretudo, participação social democrática. A maior responsabilidade hoje do governo e de toda a sociedade é manter esse direito, estendê-lo cada vez mais e incluir as clientela diminuídas e excluídas. Para ele, a manutenção significa a difusão e a conscientização, da totalidade dos brasileiros, de que saúde é um direito. “E, para que se torne irreversível, devemos clamar e provocar o legislador para que faça desse um direito intocável”. Humberto lembrou que o que faz de um direito jurídico um direito prático é a existência da democracia e do controle social.

## A LIÇÃO DE GANDHI

“É como disse Gandhi, em carta à ONU, que aprendera de sua mãe analfabeta, que para todos os direitos há também correspondentes deveres”, continuou. “E os deveres que nós temos como titulares do direito à saúde é o dever de participação, de exercício da cidadania numa democracia sanitária que impeça qualquer retrocesso e garanta a extensão, a densificação e a irreversibilidade desse direito”.

Na opinião do palestrante Rafael Guerra, presidente da Frente Parlamentar de Saúde (hoje composta por 238 deputados e 23 senadores), avançar com o direito à saúde significa democratizar o acesso a ações e serviços de saúde. “Devemos reconhecer

que o Ministério da Saúde e, sobretudo, o atual governo têm avançado nesse sentido, implantando programas de agentes comunitários e de saúde da família, que são certamente portas de entrada e estratégias de democratização e de equidade no sistema de saúde”, exemplificou Guerra. No entanto, é preciso superar os problemas ainda existentes quanto ao atendimento de urgência e emergência, nos quais usuários enfrentam dificuldades para encontrar serviços perto de onde vivem ou de serem atendidos a tempo e hora. Do mesmo reclamou a debatedora Maria Helena Baumgartem, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, que citou as filas no atendimento básico e a espera para tratamento mais especializado.

Muitas são as necessidades para que a saúde seja de fato um direito inalienável, e superar tais dificuldades depende intimamente da participação da sociedade. Como exemplo, Guerra citou a luta travada pelo cumprimento da Emenda Constitucional-29 (EC-29), que garantiu recursos mínimos à saúde, e a votação do orçamento da saúde. São formas de garantir as ações em saneamento nas pequenas localidades, de combater a desnutrição infantil e de ampliar o Programa Saúde da Família e os serviços de média e alta complexidade, além da distribuição gratuita de medicamentos.

“Essas são as propostas que estão, nesse momento, sendo discutidas na Câmara dos Deputados, mas nós precisamos da mobilização de toda a sociedade, porque deputado sozinho não resolve nada”, alertou. Ele informou que a Frente Parlamentar estará neste ano lutando pela aprovação do Código Nacional dos Direitos dos Usuários do SUS e pela regulamentação da EC-29. Para Maria Helena, se a emenda não for devidamente considerada não há como manter o direito de qualquer cidadão à saúde. “Queremos que as três esferas de governo cumpram a lei



Alfredo, Maria Helena, Rafael, Antônio, Humberto e Fátima

feita por todos nós. Como melhorar a saúde sem aplicar a emenda?”, perguntou.

Em sua participação na mesa-redonda, Helena mencionou a mobilização dos trabalhadores rurais na luta pela aprovação da Lei Orgânica 8.080. “Lembro muito bem de que, no Rio Grande do Sul, em 1985, mobilizamos 30 mil trabalhadores rurais na luta pela afirmação do SUS”, exclamou. Para Helena, não apenas o fortalecimento do controle social, mas a manutenção e a ampliação desse direito estão também diretamente relacionadas à formação profissional e à valorização dos profissionais de saúde. “Como fazer valer tal direito quando ainda temos no sistema profissionais trabalhando com baixos salários e sem a mínima condição de trabalho?”, questionou.

Nesse sentido, para Alfredo Boa Sorte Júnior, representando a Federação Nacional dos Médicos, discutir o direito à saúde é também falar sobre o direito dos trabalhadores. “Precisamos trabalhar pela despreciação do trabalho e pela formação e educação continuada dos trabalhadores do SUS”.

### A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Na discussão, o direito à saúde da população negra recebeu destaque. Representando a Coordenação Nacional de Entidades Negras, Fátima de Oliveira Ferreira

lembrou que hoje a população negra ainda enfrenta a mortalidade precoce e conclamou a 12ª CNS a servir como meio de exigir do governo uma política nacional de saúde para os negros, que representam mais de 45% da população brasileira. “Os negros do Brasil morrem antes do tempo em todas as faixas etárias, e o maior responsável por essa realidade é o Estado brasileiro”, reclamou. Como informou Fátima, estudo da Unicamp mostra que, no começo dos anos 90, as crianças negras brasileiras com até 1 ano de idade morriam 20% a mais do que as crianças brancas da mesma idade. E, embora a mortalidade infantil tenha caído no país nos últimos 10 anos, crianças negras ainda estão morrendo 40% a mais do que as crianças brancas. Logo após a conferência a Universidade Federal Fluminense divulgou pesquisa, coordenada pela professora de Economia Hildete Pereira de Melo, mostrando que mulheres negras brasileiras morrem mais do que homens negros e, proporcionalmente, muito mais do que as mulheres brancas.

Fátima citou também doenças que atingem com mais frequência a população negra, como a hipertensão arterial, que pode levar ao derrame cerebral e à insuficiência renal, a diabetes tipo 2, que pode levar à cegueira, e a anemia falciforme, responsável por danos em quase 6% da população afrodescendente. No caso da

### PEQUENA LIÇÃO

“O Ministério da Saúde não é banco, é formulador de políticas.”

**Jorge Solla**

Secretário de Atenção à Saúde do MS, no eixo Organização da Atenção à Saúde



insuficiência renal, o problema é ainda mais grave: a doença leva à necessidade de transplante de rim.

Não só as doenças, como também a forma de atendimento e de tratamento, preocupam quem defende a saúde desse grupo. “A população negra feminina sofre com elevada frequência de tumores uterinos”, alertou Fátima. Segundo ela, no Brasil, normalmente, é feita a histerectomia, ou seja, a remoção total ou parcial do útero, quando se descobre o tumor. No entanto, em muitos casos, o problema poderia ser combatido com medicamentos e tratamentos alternativos”, explicou.

O destaque dado à população negra serviu para reafirmar que direito à saúde significa promover a equidade, a universalidade e a integralidade na atenção à saúde, reduzindo as desigualdades regionais e sociais de gênero, raça e etnias. Para os palestrantes, este é o maior desafio para que o direito à saúde saia do papel e passe a integrar o dia-a-dia da população brasileira. (K.M.)

## Descriminalizar ou não o aborto?

Se a forma de fazer valer o direito à saúde mereceu consenso entre palestrantes e participantes, alguns pontos mais polêmicos do debate racharam as opiniões. O ponto mais controverso da noite disse respeito à descriminalização do aborto. Na mesa-redonda, Fátima Oliveira e Helena Baumgartem lembraram que o aborto é hoje a terceira causa de morte materna no Brasil. Na opinião de Fátima, aborto não é crime: imoral e antiético é obrigar uma mulher a levar adiante uma gravidez que não deseja. Afinal, observou, “a maternidade é para sempre, e ninguém pode obrigar uma pessoa a ter uma responsabilidade que é para sempre”. Fátima recorreu a um argumento forte: “Na prática, o aborto já é realizado em todo o país. O pro-



blema é que só morre a mulher pobre e negra, pois aquela que tem mil reais, por exemplo, vai à clínica e aborta com risco de saúde zero”.

Na Plenária Final, a votação pela descriminalização do aborto foi a mais acirrada, dividida entre delegados ligados aos movimentos feministas e a instituições religiosas. A proposta de número 36 sugeria:

“Respeitar o direito de livre escolha das mulheres, a laicidade do Estado brasileiro com os compromissos assumidos pelo Brasil nos espaços oficiais das Nações Unidas, em conferências internacionais da dé-

cada de 90, que servem de bases para a descriminalização do aborto no Brasil, e atendimento digno aos casos de aborto lícito, como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública”.

Foi aprovada a supressão total da proposta. Depois da votação, Fátima se queixou da aferição. “Foi muito apertada a votação”, comentou. “Por contraste, difícil dizer quem teve mais voto, mas a Mesa deu ganho de votação à Igreja, não aceitou contar os votos um a um; sequer ouviu pedidos de contagem de votos”. Mas alguma coisa as feministas festejaram: como foi aprovada a supressão total da proposta 36, ficou apenas assegurado que o tema do aborto não constaria das resoluções da 12ª CNS. “Ou seja, também não há condenação”.



## A SEGURIDADE SOCIAL EM SAÚDE

# “Quem sabe teremos este sonhado ministério na próxima conferência?”



A criação de um ministério que englobasse três áreas, Previdência, Saúde e Assistência Social, foi o assunto que norteou as principais discussões em torno do eixo temático A Seguridade Social e a Saúde, coordenada por Nelson dos Santos, do Ministério da Saúde, no Auditório Carlos Sant’Anna. Veementemente defendida por muitos, a nova pasta não saiu do papel: o destaque proposto nos grupos de trabalho acabou rejeitado pelos delegados na Plenária Final da conferência.

O coordenador-geral da conferência, Eduardo Jorge, disse em entrevista à Radis (ver página 33) que não foi percebido o efeito positivo que o novo ministério acarretaria a todo o sistema de saúde. “Os delegados não entenderam as amplas perspectivas que viriam com a unificação”, disse. Eduardo Jorge, que defende o ministério único para as três áreas desde 1993, foi além. “No meu entender, a conferência pecou por uma atitude corporativa, de manter as *caixinhas* separadas, preservando pequenos poderes,” criticou.

Maria Eugenia Cury, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS), entidade da CUT, foi uma das que se posicionaram contra o novo ministério. O ideal, para ela, seria a retomada de um Conselho Nacional de Seguridade Social. “Sei que a questão do Ministério da Seguridade é polêmica, mas penso nele como um verdadeiro paquiderme”.

A proposta recusada pela Plenária Final previa a criação do Ministério da Seguridade Social, com as secretarias nacionais de Saúde, de Previdência e de Assistência Social, que substituiriam os atuais ministérios dessas áreas. A idéia era vincular todo o orçamento da Seguridade Social a esse *superministério*. As três áreas juntas têm orçamento para este ano estimado em R\$ 208 bilhões.

O secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, disse acreditar que a integração desses ministérios favoreceria diretamente o trabalhador. “Quem se acidenta hoje tem assistência do SUS, mas precisa retirar o benefício pela Previdência”, lembrou. “A unificação facilitaria todo esse processo, e os dois sistemas co-agiriam com mais harmonia”.

O secretário-executivo do Ministério da Previdência Social, Álvaro Sólon, também afirmou que defende a unificação das três áreas há muito tempo. Sólon disse que gostaria de ver na prática a idéia da gestão quadripartite: nesse modelo, participariam as três áreas, mais um Conselho da Seguridade Social. “Seria um órgão de controle do qual fariam parte usuários, prestadores de serviços e trabalhadores”.

### SEMENTE PLANTADA

Apesar de sair de Brasília sem alcançar seu objetivo, a criação do novo ministério, a delegada Madalena Sperandio, representante da Pasto-

ral da Criança, não desanimou.

“A democracia é assim mesmo, o que vale é a vontade da maioria”, conformou-se. “Além disso, tenho certeza de que a semente foi plantada; quem sabe numa próxima conferência possamos ter o sonhado ministério?”.

Ela lembrou que em seu grupo de trabalho, que debateu propostas durante uma manhã inteira no Pavilhão João Calmon, na Universidade de Brasília, muitos se posicionaram pela criação do ministério. “Acho que seria de fundamental importância existir uma pasta oficial para tratar assuntos tão relevantes”, ressaltou.

Já o professor José Carvalho de Noronha, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cobrou uma tarefa de peso: “Precisamos recompor progressivamente o orçamento da seguridade para podermos exigir 30% disso para a saúde”.

Maria Leda Rezende Dantas, representante da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, também se mostrou favorável à criação do Ministério da Seguridade Social. “Eu quero o SUS que foi pensado pelos nossos constituintes”, resumiu. Para ela, o problema hoje não é seu teor, quase uma unanimidade entre os especialistas do setor, e sim a sua execução. “Acredito que o Ministério da Seguridade poderia ajudar nisso”.

### SUS PRONTO PARA DESLANCHAR

Ministérios à parte, o assunto seguridade rendeu diversas discussões. “Infelizmente, não temos dinheiro para fazer a seguridade que queremos”, lamentou o senador Tião Viana, representante da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

Ele afirmou, em sua explanação na mesa temática, que atualmente não existe vontade política para a realização de um bom projeto de seguridade. “O nosso Sistema Único de Saúde está pronto para deslanchar, mas infelizmente isso não acontece”. O senador citou como exemplo os



Maria Eugênia, Tião Viana, Nelson, Maria Leda, Noronha e Álvaro

destaques que vêm sendo estudados no Congresso Nacional. Há quatro emendas constitucionais no Senado que tratam de seguridade social, e todas elas estão vinculadas a alternativas tributárias. “É interessante constatar que não se vê quase nada que seja realmente estruturante em relação à Assistência e à Previdência Social”. Ele ressaltou que é como se o Brasil inteiro estivesse esperando uma saída mágica de quem está administrando o setor previdenciário do Brasil.

Viana lembrou que estados e municípios sofrem, há muito, com um empobrecimento real. Na década passada tínhamos os estados participando com 30% da riqueza nacional — hoje, esse percentual não passa de 23%. O que um estado que não tem dinheiro nem para pagar o décimo terceiro salário vai fazer para cobrir uma boa seguridade social?, perguntou “A questão hoje é discutir a recuperação financeira de estados e municípios, pois só assim poderemos cobrar o cumprimento de suas obrigações”.

Para ele, a Reforma da Previdência — aprovada no ano passado — po-

derá dar início a um novo processo de redirecionamento de verbas. “Esperamos ter uma outra estrutura orçamentária, que funcione no sentido de recuperar esses estados e municípios”.

O senador disse que atualmente a Previdência Social tem seis milhões de segurados, os trabalhadores rurais, que nunca contribuíram. “Isso demonstra que a Previdência precisa realmente ser subsidiada”, observou. “E vamos incluir agora, por sugestão do senador Pedro Simon, cerca de 40 milhões de brasileiros que estão fora do sistema: essa é uma responsabilidade constitucional”.

Mas, para essa inclusão, disse ele, o governo terá que achar uma solução. “Seja com contribuições de R\$ 1, R\$ 5 ou R\$ 10. Acho que ninguém gosta de nada de graça, chega a ser humilhante”.

### DESVIOS DE VERBAS

Viana admite que há muitas irregularidades em todo o sistema. “Se olharmos para a auditoria que vem sendo feita pela Corregedoria Geral da União em amostras de 50 municípios, veremos que os indícios de

desvios e corrupção no SUS são fortíssimos em pelo menos 45 deles”, disse. “Este é o retrato do Brasil, um país apodrecido moralmente. E para tirá-lo desses vícios vai demorar muito”.

O secretário-executivo do Ministério da Previdência Social, Álvaro Sólton, disse ser necessário um maior rigor no combate aos sonegadores. Para ele, recursos vultosos continuam sendo desviados, apesar dos esforços contrários. “Acho que o Brasil já tem maturidade suficiente para uma maior flexibilização no sigilo bancário. Em muitos casos, não conseguimos alcançar os grandes sonegadores por conta da burocracia”, sugeriu.

Maria Eugênia Cury, da CNTSS, também condenou o desvio de verbas. O dinheiro arrecadado seria suficiente para dar conta de uma boa Previdência: “Se se apertasse o cerco contra os sonegadores não teríamos um rombo desse tamanho na Previdência”, disse. “Precisamos pensar qual é o modelo social e econômico que queremos para o Brasil, pois não podemos permitir uma política que só mate a vida”. (J.X.)

## Reforma, erros e acertos

Na abertura para os debates, logo após a exposição dos palestrantes, o delegado-usuário Paulo Sérgio quis tirar dúvidas em relação à Reforma da Previdência. Aproveitou a presença de um representante do Parlamento, o líder do PT no Senado, Tião Viana, para questionar os direitos dos portadores de deficiência.

Viana admitiu que a Reforma da Previdência pode realmente conter erros, mas que se fazia necessária neste momento. “Sei que atinge alguns interesses e que pode estar sendo injusta em alguns casos”, ressaltou. “Mas considero o modelo coerente, e mesmo errando acho que era o que precisava ser feito”.

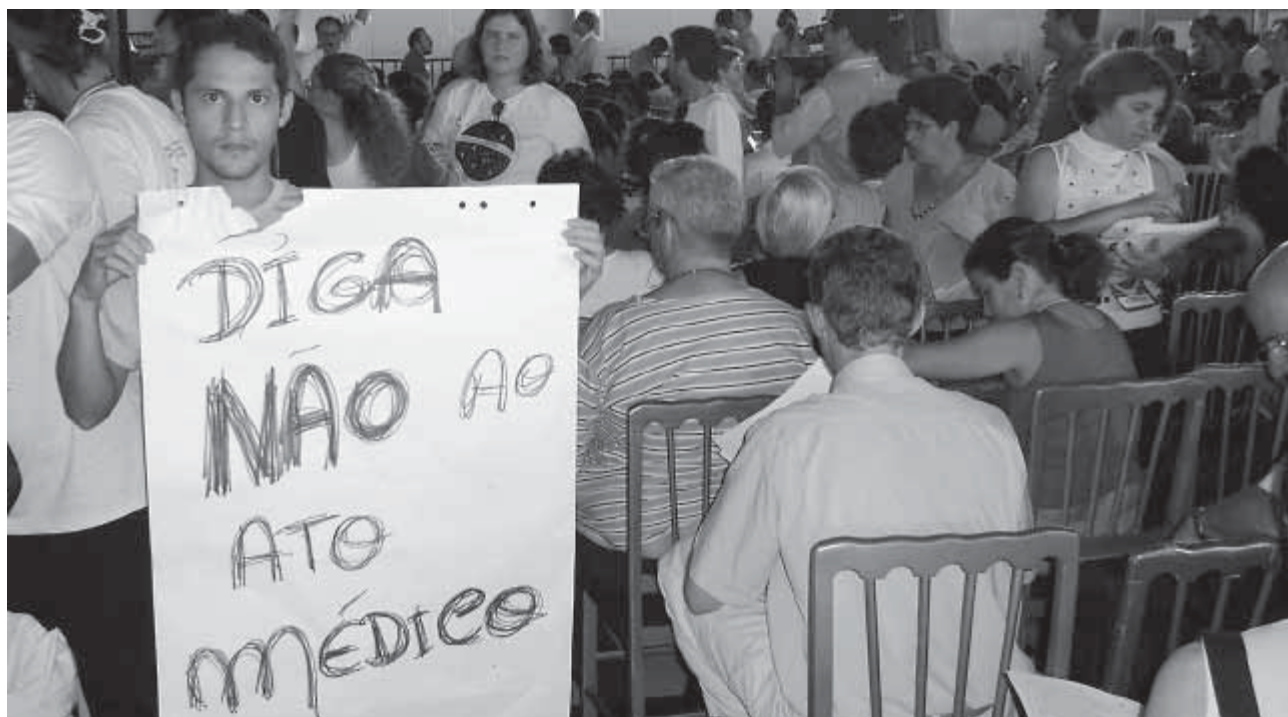
Viana fez questão de salientar, no entanto, que os portadores de necessidades especiais terão direito a isenção. Na Emenda Constitucional 77, que o Senado estava aprovando na época da conferência, os portadores de deficiência física garantirão o direito à redução de cinco anos no tempo de contagem para a aposentadoria, e os de doenças incapacitantes estarão protegidos



contra a cobrança da contribuição previdenciária, informou, arrancando aplausos dos que acompanhavam a mesa temática.

Questionado sobre a cobrança da CPMF, Viana salientou que defende a extinção do imposto. “Jamais poderemos reduzir um centavo do investimento na saúde, mas este é um imposto que

deve ser gradativamente substituído”, sustentou. “Fomos assaltados quando dos desvios das finalidades dos recursos da CPMF”, disse. “Atualmente é dito que o imposto está sendo investido na seguridade social, mas acho que ele nunca poderia ter sido desviado para qualquer outra finalidade que não fosse em saúde”.



Kátia Machado

Na Plenária Final da Doze, uma proposta esquentou os ânimos dos delegados presentes à votação do eixo O Trabalho na Saúde: a extinção do Projeto de Lei do Ato Médico, que estabelece: todo e qualquer procedimento médico só pode ser realizado por profissionais médicos habilitados.

A proposta condenava o Projeto de Lei e todas as outras tentativas de regulação das demais profissões da área de saúde, e foi aprovada por unanimidade. Os delegados alegaram que o projeto impede o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção à saúde e a atenção de forma integral. A questão será tema do seminário nacional Profissões de saúde, trabalho em equipe – limites e possibilidades, sugerido pelo Conselho Nacional de Saúde, visando a regulamentação unificada das profissões do setor.

A proposta provocou ampla mobilização de profissionais de vários segmentos da saúde, que usaram faixas e cartazes com os dizeres “Não ao Ato Médico”.

O Projeto de Lei 025 foi aprovado em dezembro de 2002 pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal, e ficou de ser analisado pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Desde então, associações, sindi-

catos, escolas e conselhos regionais vêm se manifestando contra o projeto. Um rol de críticas ao texto foi enviado em 2003 aos senadores da CAS, onde o projeto seria votado como decisão terminativa. Ou seja, se aprovado iria diretamente à Câmara dos Deputados, sem passar pelo Plenário.

Atendendo solicitação do CNS, que pedia audiência pública com a participação de todos os setores da saúde antes da votação, e com base na rejeição unânime da Plenária Final da conferência, o Senado paralisou a tramitação do PL 025. Para o CSN, esse projeto representa um retrocesso na área da saúde, uma vez que interfere no exercício profissional de várias categorias. “Entendemos que a aprovação do Ato Médico ignora as relações multidisciplinares e a integralidade da saúde”, disseram representantes do conselho na Doze.

Maria Atividade Santana, representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas), acredita que regulamentar o Ato Médico é reduzir o conceito de saúde à cura de uma doença. “Seria um retrocesso imaginar que um único profissional tenha conhecimentos humanos tão amplos para abarcar as ações de todos os profissionais de saúde em prol do bem-estar da população”, disse ela, em entrevista ao portal Psicologia online ([www.pol.org.br](http://www.pol.org.br)), em 22 de dezembro. Ela chama a atenção para profissionais, como sanitaristas, enfer-

meiros, nutricionistas e psicólogos, que trabalham segundo os princípios da multidisciplinaridade na promoção da saúde adotados pelo SUS.

O mesmo pensa Maria Elizabete de Souza, presidente do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais. Para ela, em entrevista ao mesmo portal, a concepção de saúde tem conceito amplo, que não permite dizer que somente a medicina é capaz de lidar com a saúde. “A própria sociedade tem maneiras históricas e culturais de lidar com as doenças, como curandeiros, raizeiros e benzedeiras”, enumerou.

Somente o Conselho Federal de Medicina aprova o Ato Médico. Para seu presidente, Edson de Oliveira Andrade, segundo artigo publicado no Portal Médico ([www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)) em 19 de dezembro de 2003, o Ato Médico está justificado pela importância que a medicina representa para o país.

“Hoje, temos mais de 280 mil médicos trabalhando no Brasil”, dizia o texto. “Herdeiros de uma profissão com mais de 25 séculos de existência, os médicos brasileiros necessitam de uma lei que reconheça sua efetiva importância social. Segundo Andrade, a lei não dá qualquer privilégio à medicina em relação às demais profissões da área da saúde, apenas respeita a importância que assumiu o “ser médico” na história do setor saúde, considerando o tempo e a dedicação que o curso de Medicina exige de cada aluno. ■



## RADIS ENTREVISTA

Eduardo Jorge

# “Explosão de participantes mostrou que precisamos repensar as conferências”



Jesusan Xavier

**C**oordenador-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o médico sanitário Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, 53 anos, ainda festeja o sucesso do evento. Ovacionado na solenidade de abertura, em Brasília, ele considera que houve uma explosão de participação popular nesta última edição. Por conta disso, admite, é necessário que se pense num novo modelo de conferência, com menos espaço para discurso.

Convidado pela revista *Radis* a fazer um balanço crítico do evento, Eduardo Jorge elogia a organização, mas acha que os delegados agiram com certa timidez em relação a questões que considera fundamentais para a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS). “Mas o mais importante é o respeito à vontade da maioria”. Ele ressalta, no entanto, que a conferência ainda não terminou. “Em respeito às regras do jogo, as emendas propostas — e que não foram votadas — ainda deverão ser apreciadas”. A votação, segundo Eduardo Jorge, ocorrerá por correspondência. Depois disso, ele promete lutar por um pacto nacional em relação ao que foi deliberado durante os cinco dias de trabalho em Brasília.

## Qual o balanço da 12ª Conferência Nacional de Saúde?

O sucesso na descentralização do SUS acabou gerando uma participação incrível. Se avaliarmos todas as etapas da Conferência, com debates organizados em mais de 3.600 municípios e nos 27 estados, constatamos que mais de 200 mil pessoas contribuíram de alguma forma para a elaboração de um documento que, espero, se torne a diretriz a ser seguida pelo governo em todas as suas esferas. O relatório estudado e debatido em Brasília foi elaborado de baixo para cima. Isso reflete um nível de amadurecimento

nunca antes visto. Por outro lado, essa explosão de participantes demonstrou que precisaremos repensar a estrutura das próximas conferências. Um novo modelo que tenha menos discurso e mais reflexão. Menos *caciques* e que dê mais autonomia aos delegados. Terminamos aqui em Brasília com mais de 1.000 emendas que ainda precisam ser votadas. Acho também que temos que escolher melhor os temas. Não dá para debater todos os aspectos num só evento.

## E as propostas que não foram apreciadas em Brasília?

Como disse antes, mais de 1.000 destaques não puderam ser votados. Não haveria tempo suficiente para a Plenária Final apreciar tudo. Optamos por votar as mais polêmicas e as que julgamos mais importantes. Mas assumi o compromisso de enviar aos três mil delegados todas as emendas propostas em Brasília — a votação delas acontecerá por correspondência. Apenas depois desse processo é que vamos concluir o relatório. Acredito que isso aconteça até o fim de março.

## Que avaliação o senhor faz das votações?

Acho que os delegados da conferência pecaram por uma certa timidez. Diante dos enormes desafios da expansão do SUS, poderiam ter sido um pouco menos conservadores. Por exemplo, penso que eles não entenderam as amplas perspectivas que viriam com uma unificação em torno de um Ministério da Seguridade Social. Acho ainda que poderíamos ter pensado numa política mais agressiva de novos recursos, mais agressiva também para a universalização do Programa de Saúde da Família.

## Como o senhor viu a estrutura montada em Brasília?

Foi fantástica. Reunimos três mil delegados e 1.000 observadores, que trabalharam durante cinco dias sem



FOTO DCS/FIOCRUZ

nenhum problema mais relevante. Vale ressaltar aqui a boa organização da relatoria, comandada pelo Paulo Gadelha [vice-presidente de Desenvolvimento Institucional em Formação e Comunicação da Fiocruz]. A utilização intensiva da informática foi fundamental para a fluência dos trabalhos dos 100 grupos que apreciaram o relatório. Transparência e democracia estiveram presentes em todas as fases do evento.

## O que pode sair de concreto dessa conferência?

Esse é o ponto-chave. Achei muito positivo o ministro da Saúde, Humberto Costa, ter reiterado diversas vezes que assumirá as decisões tomadas na Conferência. Acho que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho de Secretários de Saúde em cada estado (Cosems) deveriam fazer o mesmo. Vamos lutar, a partir de agora, por um pacto público nacional entre todas as esferas de governo. O ideal seria uma solenidade em que presidente da República, governadores e prefeitos assinassem um compromisso formal com as diretrizes firmadas na conferência. Apenas assim conseguiremos que nosso trabalho saia concretamente do papel. ■

## SERVIÇOS



## AGENDA 2004

**1º CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS**

O evento busca promover a troca de experiências entre profissionais, valorizando a atuação de ONGs que trabalham para a redução dos índices de transmissão vertical do HIV/AIDS.

Data: 8 a 11 de março de 2004

Local: Espaço Cultural José Lins do Rego, João Pessoa (PB)

Mais informações:

(83) 247-4424 / 247-6299 ou

[www.eventos-e-consultoria.com.br](http://www.eventos-e-consultoria.com.br)

**20º CONGRESSO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Tendo como tema "SUS é Saúde, SUS é Brasil", o congresso fará uma reflexão sobre a política nacional de saúde, com base nas decisões da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Organizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o congresso representa a oportunidade para o compartilhamento de experiências municipais de secretários e profissionais de saúde. Paralelamente ao Congresso será realizado também o I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência.

Data: 17 a 20 de março de 2004

Local: Natal (RN)

Mais informações: Conasems

(61) 315-2121, [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)

ou [xxcongresso@conasems.org.br](mailto:xxcongresso@conasems.org.br)

**I CONGRESSO INTERAMERICANO DE SAÚDE AMBIENTAL**

O evento apresenta como tema central "Saúde ambiental e desenvolvimento sustentável: perspectivas

e conseqüências". O congresso abordará os seguintes temas: a epidemiologia dos riscos ambientais, o ambiente construído e seu efeito na saúde, periferia urbana e reflexos na saúde, resíduos do setor de saúde, saúde e avaliação da qualidade ambiental, produção de alimentos e reflexos na saúde e no ambiente, crianças e idosos e exposição ambiental, avaliação dos impactos do saneamento ambiental no setor de saúde, saúde no ambiente de trabalho, proteção da saúde como responsabilidade social e política nacional de saúde e meio ambiente.

Data: 27 a 29 de abril de 2004

Local: Centro de Eventos do Hotel Plaza São Rafael, Porto Alegre (RS)

Mais informações: (51) 3226-3111,

[www.abes-rs.org.br](http://www.abes-rs.org.br) ou

[saudeambiental@officemarketing.com.br](mailto:saudeambiental@officemarketing.com.br)

**12º CONGRESSO DA ANAMT 2004**

Promovido pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho e a Associação Goiana de Medicina do Trabalho, o encontro vai debater "Saúde e segurança do trabalho no atual contexto brasileiro: novos espaços, necessidades e oportunidades". O prazo para entrega de trabalhos expirou em janeiro. Temas em discussão: câncer ocupacional, distúrbios respiratórios, ergonomia, saúde mental, riscos biológicos, educação e treinamento, trabalho noturno ou em turnos de revezamento, sobrecarga térmica, neurotoxicidade, psicofisiologia, problemas de saúde ocupacional relacionados às pequenas empresas, computação e tecnologia da informação, reabilitação.

Data: 1º a 7 de maio de 2004

Local: Centro de Cultura e Convenções, Goiânia (GO)

Mais informações: (62) 241-3939 ou

[www.anamt2004.com.br](http://www.anamt2004.com.br)

**6º CONGRESSO PAULISTA DE DIABETES E METABOLISMO**

Dirigido aos grupos de pesquisa básica e clínica e aos clínicos e especialistas interessados em apresentar e discutir temas relacionados ao diabetes melito, o evento apresenta como tema central a

"Heterogeneidade do diabetes melito: da pesquisa para a clínica".

Data: 29 a 2 de maio de 2004

Local: Campos do Jordão Arts & Convention Center, Campos do Jordão (SP)

Mais informações:

[www.eventus.com.br/diabetes/](http://www.eventus.com.br/diabetes/)

**5º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA**

Promovido pela Sociedade Brasileira de Bioética, o Congresso tem como tema Bioética e Cidadania.

Data: 13 a 15 de maio de 2004

Local: Mar Hotel, Recife (PE)

Mais informações: (81) 3463-0871 ou

[www.sbbioetica.org.br](http://www.sbbioetica.org.br)

**1º ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA**

O primeiro Encontro Anual da Associação Internacional de Avaliação Tecnológica (HTAi) traz o tema "HTA – ontem, hoje e amanhã". O prazo de envio de trabalhos expirou em janeiro. Os temas: avaliação de políticas e práticas de saúde, qualidade e custo-efetividade de serviços clínicos, administração efetiva e organização de serviços de saúde.

Data: 30 de maio a 2 de junho de 2004

Local: Krakow, Polônia

Mais informações:

[info@htai.org](mailto:info@htai.org) ou [www.htai.org](http://www.htai.org)

**6º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA**

Com o lema "Um olhar sobre a cidade", o evento pretende focar a cidade na perspectiva epidemiológica, refletindo acerca de um novo modelo de cidade, mais saudável e justa. Paralelamente acontece a 6ª Reunião Científica da América Latina e Caribe da IEA, realizada pela Associação Internacional de Epidemiologia (IEA) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Data: 19 a 23 de junho de 2004

Local: Centro de Convenções de Pernambuco, Recife (PE)

Mais informações (81) 3227-1902 ou

[www.congressoepidemiologia2004.com.br](http://www.congressoepidemiologia2004.com.br)

## PÓS-TUDO



## Doze na cabeça

*Aristides Dutra*

Uma conferência é uma reunião de pessoas para discutir e deliberar sobre grandes questões. Uma conferência é um embate numa arena de idéias de onde muitas sairão triunfantes, enquanto tantas outras serão simplesmente rejeitadas ou mesmo extintas. Nessa luta cruel pela sobrevivência, as idéias manifestam-se tanto nos espaços oficiais quanto nos não-oficiais. O

mais inusitado, belo e sutil espaço alternativo para a variedade de idéias, valores e gostos contidos nas cabeças dos participantes da Doze eram suas próprias cabeças. Em alguns casos o comprometimento era explícito, em outros as escolhas pareciam puramente estéticas. Cocares indígenas, penteados afro, turbantes, lenços, bandanas, toucas, bonés, boinas, espirais, arcos, faixas e até narizes de palhaço provaram definitivamente que cabeça não é somente para ter idéias. ■





## Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

50 anos contribuindo para a melhoria das condições  
de vida e saúde da população brasileira



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

[www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)  
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480  
sala 310 - Manguinhos  
Rio de Janeiro / RJ - 21041-210  
Tel: (21) 2598-2525 R. 2546  
Fax: (21) 2290-0484