

NESTA EDIÇÃO



Ufa! Um ano depois, fica pronto o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde

RADIS

comunicação em saúde



FIOCRUZ

Nº 28 ♦ Dezembro de 2004

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ

Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



ORÇAMENTO DA SAÚDE

Entenda como funciona para lutar melhor por ele

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

Mídia e mortalidade materna

A cobertura da mortalidade materna tem sido pequena, superficial e descontínua, e não está entre as principais preocupações da imprensa brasileira na área de saúde. A conclusão é da jornalista Marisa Sanematsu, que coordenou diversos projetos de monitoramento e análise do comportamento da mídia em temas como saúde da mulher, Aids e racismo. Em junho, ela apresentou trabalho na Conferência de Morte Materna no Nordeste, em Salvador, no qual afirma que a mídia contribui para a “naturalização” da mortalidade materna. “Muita gente ainda acha que morrer de parto é algo natural”, diz.

O tema na mídia é praticamente invisível. Para Marisa, isso ocorre porque os números da mortalidade materna se mantêm estáveis. Assim, o que deveria escandalizar a imprensa especializada em saúde na verdade a deixa acomodada: número estável não é notícia. Além disso, há números conflitantes, diz Marisa, que hoje trabalha na área de violência contra a mulher no Instituto Patrícia Galvão, em São Paulo. Desinteressados do assunto, os jornalistas não se empenham em cobrar estatísticas ou mesmo organizar as informações.

A morte materna, então, jamais é notícia? Às vezes é, mas para que chame atenção da imprensa, observa Marisa, é preciso ocorrer:

- ♦ uma alteração significativa na mortalidade materna;
- ♦ uma iniciativa em nível internacional, como o lançamento recente de um manual sobre o problema pela OMS;
- ♦ em nível nacional, uma iniciativa do Poder Executivo (por exemplo, quando o Ministério da Saúde e outras instituições lançaram o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 8 de março de 2004), do Legislativo (como a CPI da Mortalidade Materna, em 2001) ou ações dos comitês de Mortalidade Materna, da área médica e da sociedade civil organizada;
- ♦ a divulgação de dados impactantes de pesquisas produzidas por instituições de renome, com recortes e abordagens interessantes.

ELEMENTOS DA NOTÍCIA

Para Marisa, a imprensa precisa entender que, no que diz respeito à morte materna, tem em mãos um tema de grande impacto social e emocio-

nal envolvendo os seguintes itens:

- ♦ a morte, que é sempre algo forte, gera interesse e atrai atenção;
- ♦ a maternidade, que envolve as noções de dedicação e sacrifício;
- ♦ os números, que dão a dimensão do problema;
- ♦ trata-se de mortes que poderiam ser evitadas e que refletem a qualidade da assistência à saúde;
- ♦ os personagens: a própria mulher e as pessoas que ela deixou (filhos, marido, pais etc.), para mostrar o lado humano por trás dos números;
- ♦ o interesse do público conjugado ao interesse público: “as mulheres são metade da população e mães da outra metade”, como lembra o movimento feminista.



ILUSTRAÇÃO: INTERFERÊNCIA SOBRE QUADRO DE LEONARDO DA VINCI

Se a mídia souber trabalhar com estes elementos será capaz de despertar o interesse do público, diz Marisa. Afinal, lembra, a mídia informativa tem papel estratégico na formação da opinião e na pressão por políticas públicas.

Marisa convida a mídia a contribuir para a redução da mortalidade materna com as seguintes propostas:

- ♦ informar sobre a real situação da morte materna no país, divulgando números atualizados e obtidos de fontes confiáveis. Ter um olhar crítico sobre os números, comparando com as taxas de outros países, e enfatizar o problema da subnotificação, presente em muitas cidades e estados;
- ♦ apontar a gravidade da situação, ex-

plícando que não são “apenas” de 2 mil a 3 mil mortes por ano, mas que são mortes na maioria evitáveis;

- ♦ mostrar as vidas por trás dos números, revelando que, além das mulheres mortas, há também milhares de crianças órfãs e famílias desestruturadas;
- ♦ denunciar a injustiça social e a desigualdade racial e de gênero, mostrando sempre que as maiores vítimas dessas “mortes evitáveis” são mulheres pobres, negras, separadas ou solteiras;
- ♦ mostrar as causas ocultas por trás de cada morte, como um aborto clandestino realizado em péssimas condições ou um exame pré-natal ou um parto mal-feitos;
- ♦ mostrar que o Estado brasileiro já assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna no país ao assinar diversos acordos internacionais, até 2005, ainda que essa meta pareça difícil de atingir;
- ♦ comover-se e indignar-se, sem apelar para o sensacionalismo;
- ♦ provocar a mobilização pública, abrindo discussão sobre o que pode e deve ser feito;
- ♦ divulgar também as “boas notícias”, mostrando o trabalho de hospitais-modelo, as chamadas “ilhas de bom atendimento à saúde” que apresentam baixos índices de morte materna, e entrevistando profissionais competentes que realizam trabalho sério.

Para tanto, a imprensa precisa de informações, de fontes disponíveis e acessíveis, de novos enfoques e de personagens que dêem depoimentos e confirmem um lado humano à notícia. É preciso fazer o público se identificar com o problema. “É preciso o compromisso de todos e todas para alimentar a mídia”, conclama Marisa. ■

Mais informações

Site Instituto Patrícia Galvão
www.patriciagalvao.org.br/
E-mail da autora Marisa Sanematsu
msanematsu@uol.com.br

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

Orçamento faz bem à saúde

Tem gente que se opõe à ampliação do orçamento da saúde, dizendo que o dinheiro é suficiente, mas é mal gasto. Não há dúvida de que nada pode ser desperdiçado ou desviado, as prioridades têm que ser rigorosamente acompanhadas pelo controle social do Sistema Único de Saúde e qualquer irregularidade deve ser exemplarmente punida. Mas, na verdade, o gasto público com saúde por pessoa no Brasil é bem menor do que em muitos países, como se verifica na matéria de capa desta edição, que aborda de maneira bastante didática o funcionamento do orçamento da saúde e da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Mais do que aumentar os gastos para se ter um Sistema Único de Saúde de qualidade e humanizado para todos, o que está em discussão neste final de ano é justamente como definir em lei a composição das receitas desse orçamento, livrando as ações e os serviços de saúde das oscilações de interesse dos diferentes governos.

Em tramitação no Congresso, o Projeto de Lei Complementar 1/03 (PLP 1/03) regulamenta a Emenda Constitucional 29, que desde 2000 estabelece vinculação orçamentária para a saúde nos orçamentos da União, de estados e municípios. A novidade é que o projeto defendido pelo Ministério da Saúde, aprovado nas comissões de Seguridade e Família e de Finanças e Tributação, em acordo com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, estabelece um percentual das receitas cor-

rentes da União (10%) a ser destinado à saúde, utilizando o mesmo critério adotado para estados (12%) e municípios (15%). Atualmente, a participação da União é imprecisa para o planejamento orçamentário, porque se baseia na variação nominal do Produto Interno Bruto.

Outra vantagem do PLP 1/03 é que ele define claramente o que são ações e serviços públicos de saúde para efeito de financiamento do SUS, evitando desvio de receitas para o Fundo de Combate à Pobreza, o pagamento de serviços da dívida pública e o pagamento de aposentados, como ocorreu no orçamento de 2004, o que gerou protestos no Congresso e na comunidade da saúde pública, resultando na correção desta distorção já no orçamento de 2005.

O empenho do Ministério da Saúde, da Frente Parlamentar de Saúde e das principais entidades acadêmicas e de representação política do setor (veja *Radis* 27, ou entre em nosso site) é para que o PLP 1/03 seja apreciado em regime de urgência e para que a sociedade e suas organizações pressionem os parlamentares no Congresso para a sua aprovação ainda este ano.

Gastar bem os recursos disponíveis é muito importante, mas assegurar fontes estáveis e crescentes de receita é absolutamente indispensável para um orçamento saudável.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

Comunicação em Saúde

- ♦ Mídia e mortalidade materna 2

Editorial

- ♦ Orçamento faz bem à saúde 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Toques da Redação

- 7



Orçamento da saúde 2005

- ♦ Pressão social por mais verba para o SUS 8



Vigilância Sanitária

- ♦ Propaganda de remédio faz mal à saúde 12

3º Seminário Nacional em Saúde e Ambiente

- ♦ Ética e equidade diante da incerteza 14

Dengue

- ♦ Cuidado, o verão chegou! 15



Relatório Final da 12ª CNS

- ♦ Demorou, mas saiu! 16

Serviço

- 18

Pós-Tudo

- ♦ Os limites da legalidade 19

CARTUM

Desfazendo alguns mitos populares

MISTURAR MANGA COM LEITE NÃO FAZ MAL.



LAVAR A CABEÇA MENSTRUADA TAMBÉM NÃO FAZ MAL.



FAZER CARETA NO VENTO NÃO DEIXA NINGUÉM ZAROLHO.



DINHEIRO PRA SAÚDE TRAZ FELICIDADE SIM SENHOR.

TIDE

Capa e ilustrações Aristides Dutra

Agradecimentos ao Programa de Ensino Médio da Direh/Fiocruz



CARTAS

PROFESSORES E ALUNOS

Sou estudante de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia, e gostaria de explicitar minha admiração pela revista *Radis*. Parabéns pela amplitude de temas abordados em poucas páginas e que nos fazem repensar cada assunto. Utilizamos em sala muitos dos artigos publicados, para discussões em grupo e como referencial teórico em trabalhos científicos. A verdade é que meu interesse por saúde coletiva cresceu muito.

♦ Ivanlúcia Oliveira da Silva, Feira de Santana, BA

Sou professora universitária da área de Gestão do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, e tenho sempre utilizado matérias desta revista em discussões com os alunos, considerando a sua importância como material didático.

♦ Marisa Leal Correia Melo, Feira de Santana, BA

Estive num fórum em que foi usado o material de vocês, e gostei muito. Faço na Universidade Regional de

Blumenau (Furb) o curso de Serviço Social e estagio no ambulatório geral da universidade.

♦ Andréia Zanluca, Blumenau, SC

Sou professor de Sociologia com Pós-graduação em Saúde Coletiva e leciono Sociologia Aplicada para alunos de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia na Universidade de Caxias do Sul (RS). Além disso, com um médico desta universidade, faço pesquisa para, a partir das condições socioeconômicas de mulheres residentes em bairros, com o objetivo de aperfeiçoar as ações comunitárias que a UCS realiza programaticamente em bairros pobres de nossa cidade e da região. E a *Radis* ajuda nessas atividades.

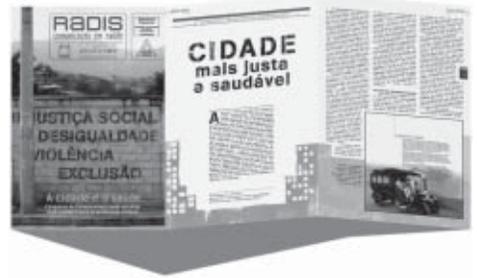
♦ Paulo Luiz Zugno, Caxias do Sul, RS

RADIS PARA JOVENS

Sou Josefa Martins de Carvalho, diretora da Escola Municipal Padre Ibiapina, localizada no interior de Pernambuco, e os alunos necessitam ter acesso a informações precisas e atualizadas sobre a saúde, assim como vocês o fazem.

♦ Josefa Martins de Carvalho, Taquaritinga do Norte, PE

EDIÇÕES ANTERIORES



Quero primeiramente parabenizar a redação da revista pelas ótimas reportagens da *Radis*. Sou estudante de Enfermagem da PUC-Minas e tenho a honra de receber a revista. Achei espetacular a edição que tinha a epidemiologia como tema principal [*Radis* nº 24]. Fui beneficiado, pois tenho a disciplina Epidemiologia e foi de suma importância para o meu entendimento a respeito da disciplina.

♦ Neimar de Ataíde Silva, Belo Horizonte

RADIS ESGOTADA

Sou aluna do curso de doutorado da Ensp/Fiocruz. Sempre leio a revista *Radis*, porém não consegui ter acesso ao número 23 (julho de 2004). Fui informada de que a revista esgotou na Ensp. Gostaria de receber, a partir de agora, a revista em minha casa.

♦ Ana Cristina Borges de Oliveira, Belo Horizonte

RADIS EM SUSPENSO

Recebia minha revista *Radis* regularmente. Há alguns meses deixei de receber. Por isso venho muito respeitosamente solicitar que verifiquem o motivo da interrupção, pois, como gestor e professor, é de fundamental importância para que possa me manter atualizado, devido à excelente qualidade do material.

♦ Dirceu Krainski Pinto, Curitiba

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 Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 43 mil exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha

Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Jesuan Xavier (subeditor),

Katia Machado e Wagner

Vasconcelos (Brasília/Direb)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e

Hélio Nogueira

Documentação Jorge Ricardo Pereira

e Laís Tavares

Secretaria e Administração Onésimo

Gouvêa e Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho e Ita

Goes (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos

Rio de Janeiro / RJ – CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9118

Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão

Editora 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.

Não gostaria de ficar sem receber um só mês essa revista de que tanto gosto e que é muito útil nos meus estudos. Parabéns pela revista, ela é ótima.

♦ Marli Paixão Soares, Rio de Janeiro

Há uns dois meses não recebo a revista *Radis*, e está me fazendo muita falta. Gostaria de receber novamente, por favor. Sou acadêmica de Medicina na UFPB, do quarto ano, sendo que minha cidade natal é Triunfo, no interior de Pernambuco.

♦ Mauriciano Ferreira, João Pessoa

Prezados amigos, estamos verificando o problema. Foram retirados do cadastro de assinantes apenas os endereços com devolução da revista.

RADIS NO TRABALHO

Adoro o trabalho de vocês, a linguagem que usam e a forma como abordam os assuntos. Como estou fazendo especialização em Saúde Coletiva, este material me ajuda a trabalhar os temas com a comunidade na qual atuo, no Centro de Saúde.

♦ Lieze Fiorese, Curitiba

Adoro receber esta valiosa publicação da Ensp/Fiocruz. Sou servidora da Secretaria da Saúde de Minas Gerais (auditora do SUS), professora universitária há 10 anos e aprecio demais a *Radis*.

♦ Maria de Lourdes Chaves, Divinópolis, MG

RADIS 20 ANOS

Quero parabenizar toda a equipe da *Radis* pela conceituada revista e pelo sucesso dessa trajetória de informação na área de saúde ao longo de todo esse período, em matérias brilhantes e estimulantes para a história do nosso país. Gostaria de receber se possível a Coletânea Radis 20 anos em minha casa.

♦ Eliton Marcio Chagas, Belo Horizonte

Prezado Eliton, o CD-ROM está sendo enviado a bibliotecas e instituições de saúde. Você pode acessar a coletânea pela internet, no site do *Radis* (www.ensp.fiocruz.br/radis), inclusive com busca no acervo (instruções: www.ensp.fiocruz.br/radis/pesq_exemplo.html).

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

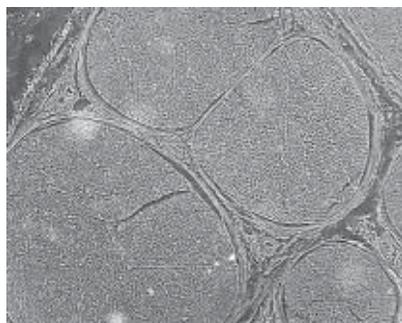
REMÉDIOS APENAS NAS FARMÁCIAS

Decisão unânime do Superior Tribunal de Justiça (STJ) proibiu supermercados de venderem qualquer tipo de medicamento — mesmo aqueles isentos de prescrição. A decisão foi tomada quando o tribunal analisou recurso do supermercado G.Barbosa & Cia. Ltda., de Nossa Senhora do Socorro, no interior de Sergipe.

A empresa recorreu à Justiça com mandado de segurança após receber comunicado da Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do estado, dando prazo de 30 dias para que retirasse todos os remédios das prateleiras. Segundo noticiou o jornal *O Dia*, em 14/10, o supermercado alegou que o ato protegia o monopólio de farmácias e laboratórios, ferindo os princípios constitucionais da livre concorrência.

O juiz de primeira instância aceitou a alegação, mas a Câmara Civil do Tribunal cassou a decisão, originando recurso ao STJ. A decisão da Primeira Turma do Superior Tribunal de Justiça cria jurisprudência para todos os casos semelhantes.

RIO USA CÉLULAS-TRONCO PARA REGENERAR CORAÇÃO



Especialistas brasileiros conseguiram comprovar pela primeira vez que é possível regenerar músculos do coração a partir do uso de terapia de células-tronco — as células mais primitivas do organismo, capazes de originar tecidos e órgãos. O estudo, inédito no mundo, segundo *O Globo* de 24/9, foi apresentado por especialistas do Hospital Pró-Cardíaco e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A médio prazo, a terapia poderá substituir as cirurgias para

implantação de pontes e mesmo os transplantes cardíacos.

Apresentado oficialmente em agosto no Congresso Europeu de Cardiologia, na Alemanha, o estudo teve início no fim de 2001, para testar a capacidade das células-tronco de medula óssea de regenerar artérias do coração. Participaram do estudo 14 pacientes em estado muito grave, sem alternativa de tratamento que não o transplante, e com expectativa máxima de vida de seis meses.

A primeira parte do estudo foi concluída em 2002 com uma constatação inédita: a terapia celular era mesmo capaz de regenerar as artérias, promovendo maior vascularização do coração dos pacientes. O aposentado Carlos Oscar Gomes Pareto, de 78 anos, que já havia sofrido quatro infartos, melhorou muito. “Agora levo uma vida tranqüila. Não sinto mais falta de ar constante, nem cansaço”.

Os médicos suspeitaram que, além de regenerar artérias, as células-tronco estariam recriando o próprio músculo cardíaco. Mas faltava a comprovação definitiva, que veio com a morte de um dos pacientes, vítima de derrame.

— A análise morfológica do coração do paciente mostrou que, além da vascularização, a terapia havia propiciado a criação de novas fibras de músculo cardíaco — contou Radovan Borojevic, chefe do Departamento de Embriologia e Histologia da UFRJ, que também participou do estudo. — Analisando as proteínas expressadas por essas células constatamos que são típicas de músculo cardíaco.

A OMS lançou em Genebra, na Suíça, um Atlas global sobre derrame e doenças do coração, que matam anualmente 17 milhões de pessoas no mundo. A organização iniciou campanha de esclarecimento com foco na população infantil: 18 milhões de crianças com menos de 5 anos são obesas no mundo. Hoje, 75% das vítimas de doenças do coração são de países em desenvolvimento. Índia e China, os mais populosos do mundo, estão entre os mais afetados.

— É essencial para a saúde das gerações futuras que o governo de cada país trate a prevenção das doenças cardiovasculares como assunto prioritário — disse Jane Voute, diretora do Federação Mundial do Coração.

ÍNDICE DNA BRASIL



DIVULGAÇÃO

Foi muito comentado na imprensa o encontro "DNA Brasil", que reuniu durante três dias, em Campos do Jordão (SP), 50 especialistas brasileiros de diversas áreas — as "melhores cabeças do país", como foram chamados —, para pensar nos desafios do país nos próximos 50 anos. No encerramento, foi divulgado o Índice DNA Brasil, que mede fatores como renda per capita, mortalidade infantil, tratamento de esgoto e lixo e taxa de ocupação formal. O país ficou com um índice de 46,8%. Ou seja, precisa melhorar 53,2%, percentual que separa "o Brasil que somos do Brasil que gostaríamos de ser".

No cenário ideal (100%), o Brasil deve ter o triplo da renda per capita atual, reduzir para padrões escandinavos a mortalidade infantil, avançar no tratamento de lixo e esgoto e ousar no gasto per capita em saúde. O índice será medido anualmente.

SUS ATENDE 88% DOS NORDESTINOS

Um total de 88% dos 49 milhões de habitantes do Nordeste são atendidos exclusivamente pelo SUS. Este é um dos dados regionais divulgados em setembro pelos coordenadores da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) no Brasil, realizada em 2003 pelo Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (DIS-Cict) da Fiocruz. Os primeiros resultados do trabalho saíram em junho (*Radis* nº 23). A média nacional é de 74%, e a do Sudeste, de 67% — ver reportagem completa, incluindo percentuais de margem de erro, na página CCS-Imprensa da Fiocruz (www.fiocruz.br/ccs/novidades/set04/pesquisa_plo.htm).

Além disso, 47,2% fazem auto-avaliação da saúde como boa ou muito boa (margem de erro de 3 pontos percentuais), abaixo da média nacional, que é

de 53,3% — margem de erro de 2 pontos percentuais. No Sudeste, esse percentual chega a 57%, com 3 pontos percentuais de margem de erro. Quanto ao estado nutricional, 29,4% dos nordestinos estão acima do peso (margem de erro de 1,6 ponto percentual), enquanto no Sudeste esse índice chega a 37,7% e, na média nacional, a 35,3%. Das 5 mil famílias entrevistadas em todo o Brasil, 1.480 estavam na região.

IMPORTAÇÃO MAIS FÁCIL PARA PESQUISA

O Senado Federal aprovou no dia 16 de setembro o Projeto de Lei de Conversão 43/04, antiga Medida Provisória 191/04, que regulamenta o Importa Fácil Ciência. A proposição isenta "cientistas e pesquisadores, devidamente cadastrados, de impostos de importação de máquinas, equipamentos, aparelhos, instrumentos e insumos para pesquisas científicas e tecnológicas". No dia 6 de outubro, a Câmara aprovou as emendas do Senado, e a matéria seguiu para sanção presidencial.

Os pesquisadores só precisam ser credenciados pelo CNPq para conseguir a isenção do Imposto de Importação, do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Adicional para a Renovação da Frota da Marinha Mercante (ARFMM), em processos de até US\$ 10 mil. Antes da medida, somente o CNPq e as entidades de pesquisa sem fins lucrativos eram isentas das taxas de importação.

ÍNDIO QUER ÁGUA DE QUALIDADE



O primeiro laboratório de controle de qualidade da água em área indígena do país já está em funcionamento desde setembro de 2004. A unidade, inaugurada pela Fundação Na-

cional de Saúde (Funasa) na Praia Brava, em Angra dos Reis (RJ), atende hoje cerca de 700 índios guaranis das aldeias Sapucaí, Araçonga, Parati-Mirim e Rio Pequeno.

Segundo o jornal *O Globo*, em 1º/9, o laboratório permite diagnosticar com segurança e rapidez doenças provocadas pela água. Há muito, médicos que trabalham com essas comunidades reclamam da contaminação das fontes consumidas pelas tribos. Inicialmente, a unidade vai trabalhar junto ao programa municipal Médico da Família, voltado especialmente para a comunidade indígena do Sul Fluminense.

TERMINA A CPI DO TRÁFICO DE ÓRGÃOS

Após seis meses de investigação sobre a atuação de organizações criminosas, a CPI do Tráfico de Órgãos concluiu em 19 de outubro seu relatório — assinado pelo deputado Pastor Pedro Ribeiro (PMDB-CE). O relator destaca que, no primeiro bimestre de 2004, o número de transplantes no país aumentou 44% em relação ao ano passado. No Brasil, há quase 60 mil pessoas à espera de órgãos — proporcionalmente, é a maior lista de espera do mundo: um paciente para cada 3.600 habitantes.

O relatório sugere 17 alterações na Lei dos Transplantes (9.434/97), faz recomendações ao Executivo, solicita ao Ministério Público o indiciamento de oito médicos (por negligência, captação e transplante ilegais de órgãos), apóia quatro projetos de lei sobre o assunto que tramitam na Câmara e pede à Polícia Federal o aprofundamento das investigações sobre os casos apurados pela CPI.

Foram incluídos no texto os sete principais casos investigados pela CPI, informa o boletim da Agência Câmara:

♦ Caso Paulinho Pavesi: em 2000, Paulo Veronesi Pavesi acidentou-se em casa e foi levado em estado grave ao Hospital Pedro Sanches, em Poços de Caldas (MG), onde foi operado. O pai da criança acusou o primeiro médico que atendeu Paulinho de acionar a Central de Transplantes antes da confirmação da morte cerebral do garoto. Transferido para o Hospital Santa Casa de Misericórdia, lá sofreu retirada múltipla de órgãos, com declaração falsa de morte encefálica, denunciou o pai.

♦ Caso Athaide Patreze: o radialista de

São Paulo contou em programa da TV Bandeirantes que o médico Elias David Neto, do Hospital Sírio-Libanês (São Paulo), fez-lhe proposta de compra de um rim por R\$ 150 mil. "Não seja bobo, no Brasil só pobre fica na fila, rico, não", teria dito o médico.

♦ **Quadrilha do Recife:** o ex-major do Exército israelense Gedalya Tauber encabeçava uma associação clandestina que comprava rins de moradores da periferia do Recife por até 10 mil dólares. Os candidatos eram submetidos a exames pré-operatórios no Recife e depois levados a Durban, na África do Sul, para a cirurgia. De volta ao Brasil, passavam a captar novos doadores, e recebiam 1.000 dólares por voluntário captado. Em dois anos, a quadrilha promoveu 38 transplantes.

Mais quatro casos são citados no relatório: o de um menino de Brasília, o dos quatro médicos de Taubaté (SP) acusados de eutanásia e transplantes ilegais — denunciados por homicídio pelo Ministério Público —, o da venda ilegal de cadáveres em Franco da Rocha (SP) e o da importação de córneas. A CPI adverte o Ministério da Saúde de que a importação de córneas é crime e solicita ao MP o indiciamento de funcionários envolvidos em tal esquema comercial.

PRECONCEITO E HANSENÍASE

A hanseníase e o preconceito caminham juntos. No centro da crise política que resultou na troca do ministro da Defesa, em 4 de novembro de 2004, a mágo do cabo reformado José Alves Firmino. Nos anos 1990, servia como informante do Exército, espionando os encontros de partidos de esquerda. Mas contraiu hanseníase, e sua carreira desandou. Tentou se aposentar, mas teve o pedido negado, sendo transferido de Brasília para Goiânia. Sentindo-se discriminado e perseguido, resolveu guardar arquivos secretos sobre prisões e tortura na ditadura, revelados recentemente pelo *Correio Braziliense*. A reportagem provocou nota oficial do Exército escrita em termos incompatíveis com a democracia, gerando a crise no governo e a demissão do ministro José Viegas, da Defesa. ■

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



toques da redação

TATUAGEM DE HENNA, UM RISCO —

Engana-se quem pensa que a tatuagem de henna é inofensiva. A henna é uma tinta de origem indiana, de cor marrom ou ferrugem, antes usada nos cabelos e agora adotada em tatuagens provisórias. A tatuagem, feita com um cone semelhante à bisnaga de confeitiro, dura de uma a duas semanas, e por isso tem atraído principalmente as crianças. Pois esse material está causando irritação, inflamação e até infecção. Recentemente, a *Radis* conferiu, nas costas de uma criança de 11 anos, uma ferida séria, infeccionada, no local do desenho de uma aranha feito com a tinta. Se o processo da tatuagem foi simples e rápido, o mesmo não aconteceu com o tratamento: nosso pequeno tatuado teve que tomar anti-inflamatório por 10 dias, além de aplicar pomada no local e ficar sem tomar sol enquanto houver vestígios do ferimento. Esse é um alerta para as muitas mães que desconhecem o perigo de uma tatuagem de henna, porque o episódio não é isolado. A médica que tratou nosso paciente afirmou já ter visto outros casos.

A PORTA DO INFERNO — Leitura imperdível: a repórter Conceição Lemes, do site nominimo (<http://nominimo.ibest.com.br/>), passou os meses de abril, maio e junho testando o duplo atendimento (para pacientes do SUS e pacientes de planos de saúde) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e no Hospital São Paulo, da Unifesp/Escola Paulista de Medicina — reconhecidos centros de excelência em ensino, pesquisa e assistência. Pela porta 1 entram os usuários do SUS, conta ela. "Outra entrada menos visível, sem filas e em preocupante processo de expansão: a porta 2, restrita aos convênios e pacientes particulares." A *Radis* n° 19, de março de 2004, tratou do assunto.



DIREITOS DO PACIENTE — Os pacientes de paralisia, câncer, hanseníase, Aids e várias outras doenças total ou parcialmente incapacitantes têm muitos direitos, entre eles, isenção de impostos e taxas, descontos, passe-livre no transporte coletivo, remédios gratuitos. Esse paciente pode requerer: direito a remédios gratuitos e atendimento médico domiciliar; aposentadoria integral; isenção de IR, CPMF e contribuição previdenciária; isenção de IPI, ICMS, IOF e IPVA (esta, vitalícia) na compra de carro especial; direito a saque integral de FGTS, PIS/Pasep; direito à quitação do financiamento da casa própria. A advogada pernambucana Antonieta Barbosa consolidou todos esses direitos no livro *Câncer: direito e cidadania* (Editora ARX).

CT&I ONLINE — A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) lançou em outubro um serviço de grande utilidade para pesquisadores, gestores e profissionais da área de ciência, tecnologia e inovação (CT&I). Trata-se do Fapesp.Indica (www.fapesp.br/indicadores/index2.php), que consolida os muitos sistemas de informação existentes. O serviço é dividido em três partes:

♦ **INDICA.ORG**, para pesquisa de fontes primárias de informação sobre indicadores de CT&I — um banco de dados sobre instituições e mecanismos de ação, públicos ou privados, nacional ou internacional, que produzem, processam e/ou difundem estatísticas, documentos técnicos ou indicadores de CT&I.

♦ **INDICA.BIB**, para pesquisa de fontes documentais — um banco de dados bibliográfico com referências das principais publicações, documentos técnicos e bases de dados online relativos a indicadores de CT&I de entidades nacionais e internacionais.

♦ **INDICA.TAB**, para pesquisa de indicadores de CT&I — um banco de dados que contém séries de dados consolidados e pré-formatados relativos aos principais indicadores de CT&I do estado de São Paulo, do Brasil e internacionais, indexados por variáveis diversas. ■

ORÇAMENTO DA SAÚDE 2005



PRESSÃO SOCIAL POR MAIS VERBA PARA O SUS

Wagner Vasconcelos

Um capítulo histórico para a saúde brasileira começou a ser escrito no Congresso Nacional neste finzinho de 2004. Depois da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o próximo ano, os parlamentares se debruçaram sobre a Lei Orçamentária Anual (LOA), que prevê para 2005 um montante de quase R\$ 40 bilhões para a saúde. O toque diferente em relação a outras votações de verbas para o setor cabe à tramitação paralela do Projeto de Lei Complementar 1/03, regulamentando a Emenda Constitucional 29 (EC 29), tão cara aos que lutaram pela reforma sanitária brasileira. Sua aprovação, garantem os especialistas em orçamento, pode ser comparada à criação revolucionária do SUS, há quase 15 anos: a área da saúde terá dinheiro como nunca em nossa história.

Aprovado, o PLC 1/03, que estabelece para a saúde 10% das receitas correntes brutas da União, vai derramar sua influência sobre os orçamentos futuros. E haverá mudança profunda não só no destino dos recursos, mas sobretudo nas relações entre população e governo e entre o governo federal e as outras duas esferas de poder.

Na contagem regressiva à espera da votação da LOA e do PLP 1/03 (siglas, siglas...), Brasília se transformou numa espécie de antena de rádio que capta as mais variadas ondas eletromagnéticas vindas de todos os pontos do Brasil. A frequência e a amplitude dessas ondas têm um nome comum: pressão social. Os agentes que lutam pela melhoria do Sistema Único de Saúde, hoje como em outros momentos históricos, quando surfam nessas ondas ganham o poder mágico de decidir o tratamento que o Brasil dará à saúde do povo nas próximas décadas. Palavra dos especialistas.

É sempre assim: quando viramos a folhinha do calendário para o mês de dezembro fazemos promessas — quase sempre as mesmas: começar um regime, pintar a casa, fazer exercício, conhecer a Bahia... enfim, promessas geralmente associadas à esperança em dias melhores. Também fazemos contas, que parecem nunca fechar. Equilibrar o que gastamos e o que ganhamos é um complicado exercício. Com o governo, a natureza das contas é diferente, mas a essência do dilema é parecida (pelo menos o governo já conhece a Bahia!).

O Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa para os íntimos) prevê que o Ministério da Saúde tenha à disposição R\$ 39,2 bilhões em 2005. O exercício de 2004, ainda não encerrado, deve fechar em R\$ 36,5 (a explicação disso vem abaixo). O aumento de quase R\$ 3 bilhões em relação a este ano ainda decorre da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) — critério que, caso seja aprovado o PLP 1/03, deixará de existir.

O orçamento da saúde sempre instiga embates. Por isso a *Radis* decidiu fazer uma radiografia desse normalmente árido assunto e, para isso, conversou com Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, diretor de Programa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, e Elias Antônio Jorge, diretor de Economia da Saúde do ministério.

QUE BICHO É ESSE?



Antes de mais nada é preciso entender o que é orçamento. Esqueça, por enquanto, números gigantes e cálculos complicados. Concentre-se em sua rotina doméstica. Seu salário, ganho com o suor de seu trabalho, é usado para manter as despesas da casa e garantir comida, lazer, saúde, escola, condução, roupas etc. O governo também tem seu “salário”, que ele chama de “receita”. A receita é decorrente de todos os impostos que nós, os brasileiros inseridos na economia formal, pagamos. Assim como planejamos o uso do salário segundo nossos compromissos, o governo também faz sua programação. Pronto. Agora você já sabe o que é

orçamento — o planejamento dos gastos de acordo com as receitas.

“A lei orçamentária traz dentro dela o orçamento”, já vai explicando Elias Antônio Jorge. As pessoas costumam tratar o orçamento como um produto, mas ele considera o orçamento um processo, porque o que aconteceu neste ano determina o que vai ocorrer no ano seguinte.



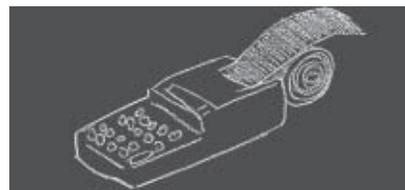
“O que não é diferente das finanças pessoais”, afirma. “O que você arrecadou e gastou no mês anterior tem repercussões neste mês atual, que por sua vez terá repercussões sobre o mês seguinte”.

Mas como é construído o orçamento? Pois o primeiro passo é a elaboração, por parte do Executivo, de um Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias — que, ao ser aprovado, passará a se chamar Lei de Diretrizes Orçamentárias, a tal da LDO citada no início desta matéria. Esse projeto é enviado à avaliação no Congresso até o dia 15 de abril, e precisa estar aprovado antes do recesso parlamentar do meio do ano. Nem sempre ocorre assim: quem acompanha essa questão sabe que enquanto o Congresso não aprova o Orçamento os parlamentares ficam de castigo (ainda que remunerado...), sem poder entrar em férias. Neste 2004, a aprovação da LDO ocorreu em 13 de julho, e o presidente sancionou a lei em 15 de agosto.

Um detalhe importante: projeto de lei orçamentária tem tramitação diferente dos demais projetos. A LDO não é votada em dois turnos separados na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. É tudo ao mesmo tempo. Complicado? De forma alguma. É matéria típica de avaliação mista, ou seja, de deputados e senadores em conjunto, num total de 594 parlamentares (513 deputados e 81 senadores). Depois de ser discutido e de receber emendas, o projeto é votado em turno único.

Aprovada, a nossa LDO estabelece não os valores, mas a forma pela qual o governo vai gastar o dinheiro no exercício seguinte, ou seja, no ano que vem. A importância da LDO é que ela serve de base para a elaboração da Lei Orçamentária Anual, aquela simpática LOA, lembram? Essa, sim, fala de dinheiro propriamente dito. E ficou aguardando o exame no Congresso, porque os dois turnos das eleições municipais mantiveram os parlamentares em suas cidades. A LOA, por lei encaminhada pelo Executivo ao Congresso até 31 de agosto, precisa ser votada até 15 de dezembro — senão os parlamentares ficam de novo de castigo.

O DINHEIRO QUE NOS INTERESSA



Embora com a previsão de R\$ 39,2 bilhões para o orçamento total da saúde, isso não queria dizer que todo esse dinheiro seria investido em ações e serviços de saúde. Desse montante, ainda seriam descontados o pagamento dos aposentados, o serviço da dívida e as parcelas do Fundo de Erradicação da Pobreza. Para os aposentados iriam, em 2005, R\$ 3,1 bilhões. O serviço da dívida, isto é, o pagamento dos juros pelos empréstimos que a área de saúde tomou, deveria chegar a R\$ 600 milhões. O Fundo de Erradicação da Pobreza levaria mais R\$ 323 milhões.

Seria preciso descontar, portanto, R\$ 4,23 bilhões, a soma desses três gastos. Às ações e aos serviços de saúde restariam então cerca de R\$ 35,2 bilhões. No linguajar técnico, esses descontos eram justificados assim: “Para fins de cumprimento da emenda”. A emenda, claro, é a nossa célebre e querida EC 29, que estabelece o que é e o que deixa de ser ação e serviço de saúde. A pressão social evitou esses desvios, como veremos adiante.

Para o ano de 2004, o orçamento total previsto é de R\$ 36,5 bilhões. Para “fins de cumprimento da emenda”, ou seja, descontados os gastos extra-SUS, o montante final fica em torno de R\$ 33,2 bilhões. “Na verdade, quando se comparam esses dois elementos (2004 e 2005) a gente tem um crescimento aquém da expectativa da variação nominal do PIB. Isso deve, necessariamente, gerar um processo de discussão no governo, no Congresso e na sociedade”, prevê Elias.

De acordo com ele, os valores previstos para o próximo ano, em comparação a 2004, representam um crescimento inferior a 10%, e a variação nominal do PIB de 2003 para 2004, ao que tudo indica, deve ser superior a 10%. Explicando: a variação nominal do PIB quer dizer o crescimento real do PIB mais a inflação. Como o crescimento real está previsto para um valor entre 4% e 5%, e a inflação deve superar um pouco os 6% ou 7%, está explicada a preocupação.

“Mas isso não é inconstitucional?”, perguntamos todos. “Não necessariamente”, responde Elias. E explica:

— Depende do que acontecer no dia 31 de dezembro. Esses R\$ 33,2 bilhões



são a previsão do que será executado até o último dia de 2004. Caso os R\$ 33,2 bilhões sejam realmente executados, aí os R\$ 35,3 serão insuficientes para atingir o cumprimento da emenda.

Lembrem-se de que precisamos somar aqueles três gastos já mencionados. Para facilitar: supondo que para 2005 seja aprovado um total de R\$ 35,2 bilhões, e que em 2004 sejam executados os R\$ 33,2 bilhões, o que acontece? "Para não se cair numa ilegalidade vai ter de ser usado o recurso da suplementação orçamentária ao longo do exercício seguinte", esclarece Elias.

A LOA então deve ser votada antes do prazo para aplicação dos recursos de 2004. Elias explica que, exatamente por isso, no debate da regulamentação da EC 29 foram discutidas algumas hipóteses sobre a vinculação dos recursos federais distinta da variação nominal do PIB, porque a própria variação nominal do PIB de 2004 sobre 2003 só será conhecida ao longo do exercício de 2005 (o PIB varia, e o que se previu ontem não se realiza hoje: esse fantasma tem assombrado o ministro da Saúde ao longo do ano).

A lei obriga que estados e municípios vinculem os investimentos em saúde às receitas. Estados, 12% do total dos impostos estaduais; municípios, 15% da receita. A 12ª Conferência Nacional de Saúde aprovou, e o PLP 1/03 defende exatamente isso, que a União, em vez da traiçoeira variação nominal do PIB, aplique na saúde 10% das receitas correntes brutas. "Aí teríamos um grau de precisão maior, porque o Congresso estaria votando uma previsão de receitas e, portanto, uma previsão de recursos para a saúde da mesma forma que se exige de estados e municípios", diz Elias.

— Isso daria um espectro mais isonômico. A Ploa que está no Congresso não levou em conta isso. Levou em conta a estimativa atual de variação nominal do PIB.

AVANÇOS E PODERES



O avanço em relação à LDO para 2005 é que ela não veio acompanhada do que Nelsão e Elias classificam de "problema original", verificado quando da discussão da proposta

para 2004. O parágrafo 2º do Artigo 59 da LDO 2004, obedecendo à EC-29, dizia que os recursos para o Fundo de Erradicação da Pobreza, para o pagamento das dívidas da saúde e dos inativos — ou seja, os gastos extra-SUS — não poderiam ser considerados como ações e serviços de saúde. Ou seja, não poderiam ser retirados daquilo que é destinado exclusivamente ao SUS. Mas o presidente vetou esse parágrafo. A polêmica foi grande e as reclamações, devido à perda de recursos, foram generalizadas. Diante de toda a controvérsia, o governo voltou atrás e garantiu os recursos que antes do veto estavam previstos para ações e serviços de saúde. Segundo os especialistas, caso o veto tivesse vigorado, o SUS teria perdido, em 2004, cerca de R\$ 3,5 bilhões. De acordo com projeções deles, ao fim dos quatro anos de governo, as ações e os serviços de saúde teriam perdido uma média entre R\$ 20 bilhões e R\$ 22 bilhões.

Elias atenta para alguns detalhes em relação à noção de orçamento e à atenção dada a alguns aspectos do assunto. De acordo com ele, as pessoas prestam muita atenção no produto, e mais ainda ao menos importante: a discussão do projeto no Legislativo. Para ele, o que é fundamental e relevante é o processo de execução dos recursos. "Não adianta nada constar na lei se não for executado", alerta. "Nesse aspecto, é evidente que o Executivo tem muito maior importância do que o Legislativo, porque compete a ele formular a proposta original e depois executá-la".

A Lei Orçamentária, é importante esclarecer, tem caráter autorizativo. Isso quer dizer que, caso haja a receita, o Poder Executivo fica autorizado a fazer a despesa. Mas aí surge uma polêmica. Estar "autorizado" não significa estar "obrigado". E já existem discussões avançadas em relação a isso. De acordo com Elias, há uma proposta em discussão no Congresso — capitaneada pelo senador Antônio Carlos Magalhães (PFL-BA) — de criar a figura da "obrigatoriedade".

"Em 1990, foram introduzidas emendas no orçamento para que, em alguns tópicos, em vez do uso do termo *fica autorizado a* fosse usada a expressão *fica obrigado a*", lembra. A iniciativa, no entanto, não prosperou, embora o relator a tenha acatado. O que ela traria como consequência? A quebra do poder

e da supremacia do Executivo em relação ao Legislativo.

— No dia em que se tornar alguma parte do orçamento obrigatório, em vez de autorizativo, será mudada a correlação de forças na questão orçamentária entre esses dois poderes. Diminuirá a importância do Executivo e aumentará a do Legislativo. Isso, numa determinada medida, pode ser bastante saudável para a vida política nacional que trata da coisa pública.

OS PASSOS DO DINHEIRO



Empenho, execução, liquidação e outros termos herméticos assim sempre estiveram ligados às notícias sobre orçamento a que tivemos acesso. Mas agora chegou o momento de entendê-los. Para isso, nada melhor do que mais um exemplo da nossa vida prática, dado pelo próprio Elias, que é, lembre-se, diretor de Economia da Saúde do Ministério da Saúde.

Suponha que você entre numa loja e, bem-atendido por um sorridente vendedor, escolhe um produto: uma geladeira. Se escreve no canhoto do talão de cheque o valor do produto, você ainda não entregou o cheque ao vendedor, mas já está abatendo o preço da geladeira de seu saldo bancário. "Orçamentariamente" falando, você "empenhou" sua palavra com o vendedor de que vai fazer aquela compra.

O vendedor, então, faz alguns acertos com você e manda entregar o produto em sua casa. Quando você assina a nota fiscal dizendo que recebeu a geladeira, parabéns, você acabou de fazer uma "liquidação". Ou seja, reconheceu sua dívida. Estando ela reconhecida, o cheque entregue ao vendedor, você não só reconheceu a dívida como deu a ele um instrumento para que possa receber o dinheiro referente ao produto. Mas o fato de entregar o cheque significa que o processo ainda está na fase de liquidação. Enquanto o vendedor não levar esse cheque no banco e o dinheiro não for transferido para a conta dele, o pagamento não foi feito.

Outro detalhe importante: se você não gastar o dinheiro com a compra fica com seu saldo intacto. Pois bem, é assim que funciona com o governo. Ele analisa onde vai aplicar os

recursos de que dispõe e empenha o dinheiro para tal investimento. Depois, ao analisar que o investimento é mesmo necessário ou promissor, faz a liquidação. "No caso do orçamento público, se não for feito o empenho aquilo não é mais considerado, pode até virar recursos para o ano seguinte, mas para aquele exercício ele está incinerado", explica Elias.

Agora que você já é praticamente um especialista em orçamento público, e deve estar se perguntando sobre os dados referentes ao que foi gasto ao longo deste ano, vamos a eles. Bem, como o ano ainda não terminou, os dados não estão fechados. Uma simples consulta à página do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/>) pode ser bastante útil. Lá se sabe, por exemplo, que até junho deste ano foram liquidados R\$ 15,5 bilhões, o que corresponde a 42,44% do orçamento do Ministério da Saúde. Até o fechamento desta reportagem da *Radis*, uma reunião do CNS, na qual dados mais atualizados seriam discutidos, ainda não havia sido realizada.

No boletim *Em Questão* de 8 de outubro, entretanto, a Secretaria de Comunicação da Presidência da República informa que até 30 de setembro haviam sido comprometidos 78,4% dos recursos reservados aos ministérios para custeio e investimento em 2004, "a melhor execução orçamentária desde 1998". No Ministério da Saúde, para empenho até dezembro havia R\$ 29.009.955; empenhados, 23.638.810, e liquidados, R\$ 20.152.556. Por sinal, é grande a diferença entre os recursos da saúde e os das demais áreas do governo: a Educação tem verba empenhada cinco vezes menor (R\$ 6 bilhões); o Desenvolvimento Social e Combate à Fome tem R\$ 5,8 bilhões empenhados, e a Defesa, R\$ 4,6 bilhões. Ainda assim, o investimento do Brasil na saúde é baixo, se comparado a outros países (ver quadro).

Nelsão prevê que, assim como novembro, dezembro será um mês de grande execução orçamentária. Deve ficar como *restos a pagar* um volume significativo de recursos. Se esses recursos não forem utilizados nem entrarem como *restos a pagar*, corre-se o risco de "incineração" desse dinheiro. Restos a pagar, esclarecendo, é o que não foi pago durante um exercício, mas que foi executado do orçamento presente. "Por exemplo, você tem R\$ 30 bilhões e empenha R\$ 25 bilhões: os cinco que você não empenhou desaparecem; mas, se empenha R\$ 25 bilhões e paga R\$ 20 bilhões, esses cinco que não foram pagos viram



restos a pagar", ensina Nelsão. "É dotação orçamentária deste ano, mas que será executada financeiramente no ano seguinte".

OS 54 TELEFONEMAS



É no grau de mobilização e organização da sociedade civil que Nelsão ampara sua esperança na aprovação do PLP 1/03. Essa mobilização resulta em pressões populares e de entidades representativas, que favoreceram, por exemplo, a aprovação dos princípios da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS em 1990. "Isso voltou a acontecer em vários momentos de crise nos anos 90, mas com muita clareza no ano 2000, com a aprovação da emenda 29", lembra Nelsão. O grau de mobilização e organização pela EC 29 foi muito menor do que lá trás, quando da criação do SUS, "mas foi suficiente para descolar a aprovação dela, que sofria resistências do rolo compressor do governo da época — Ministério da Fazenda, Casa Civil e Palácio do Planalto".

Sobre isso, Nelsão conta um caso, que ficou conhecido como "os 54 telefonemas". O Ministério da Fazenda fez 27 telefonemas para 27 secretários estaduais de Fazenda e, em seguida, 27 telefonemas para os 27 governadores. A idéia era fazê-los pressionar suas bancadas a não aprovarem a emenda, do contrário, o governo não rolaria a dívida dos estados. "Do outro lado, a sociedade se organizou e se mobilizou, os conselheiros conseguiram sair do seu isolamento e conseguiram se empolgar, mobilizar as diretorias de suas entidades", lembra. Não só os trabalhadores da saúde, mas as entidades que

representavam os usuários, os pacientes e até do empresariado, como a Federação Nacional de Agricultura, a CNI. A partir daí, parlamentares eram abordados nos fins de semana em suas casas, em suas cidades e nos corredores do Congresso. "E isso foi feito de monte: tínhamos plenárias de saúde com 800 conselheiros, a CNBB mantinha seis bispos rodando pelos corredores do Congresso, ao lado da CUT, da CGT, da Força Sindical, da Contag", continua Nelsão. "A emenda 29 foi a sociedade civil mobilizada".

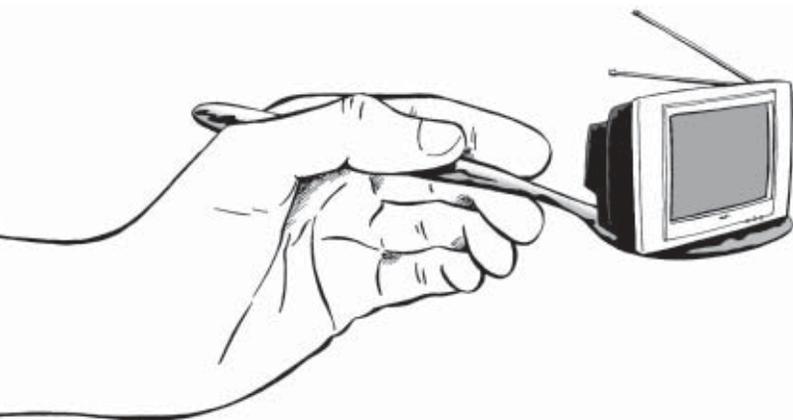
Na opinião dele, depois do processo eleitoral já é necessário dar muito subsídio para essa mobilização. "E não só para aprovar o projeto, mas para aprová-lo em caráter de urgência" — seguindo diretamente para o Plenário da Câmara. O pedido de urgência, da Frente Parlamentar de Saúde, não encontrou eco até 10 de novembro, quando foi aprovado pela Comissão de Finanças e Tributação. Diz Nelsão:

— Pela primeira vez um projeto separa e identifica com clareza o que são ações e serviços públicos de saúde e o que eles representam para efeito de financiamento do SUS. Isso quebra um grande sofisma, porque tudo interessa à saúde: educação, alimentação, transporte, trabalho e merenda se refletem na saúde, mas são de outros setores do Estado e de governo. Não é porque determinam condições de saúde que devem entrar no orçamento do SUS.

Empolgado com os 15 anos que o SUS completa no ano que vem, Elias Antônio Jorge diz que, como o sistema vai debutar em 2005, seria uma excelente valsa a aprovação do projeto que não trata apenas da quantidade de recursos, mas sim de "uma reflexão sobre essa fantástica experiência que é a tentativa de implantação e construção do Sistema Único de Saúde". Nelsão concorda: "A aprovação do projeto é o renascimento do SUS".

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Propaganda de remédio faz mal à saúde



Jesuan Xavier

A indústria farmacêutica investe mais hoje em propaganda e marketing do que em pesquisa. A constatação é da advogada Ana Paula Dutra Massera, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ao lado de outros especialistas no assunto, ela participou em outubro do seminário Propaganda de Medicamentos no Brasil, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro.

Segundo Ana, que chefia a Unidade de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Anvisa, dos cinco remédios mais consumidos no Brasil, três dispensam receita médica — Novalgina, Neosaldina e Cataflan (versão spray e pomada). Ou seja, o consumidor, influenciado pelo marketing, acaba comprando medicamentos às vezes sem nem precisar. “Não estou dizendo que é o caso específico desses remédios, mas o consumidor, por causa da propa-

ganda, compra, sim, medicamentos de qualidade e efeito duvidosos”.

Entre os remédios que considera “pouco confiáveis”, destacou, estão principalmente os que prometem emagrecimento rápido e de combate à disfunção erétil. “São os chamados remédios milagreiros”. De acordo com dados da Anvisa, o Brasil está entre os países que mais consomem medicamentos no mundo. O país ocupa atualmente o 10º lugar no ranking mundial do mercado farmacêutico, com média de 1,6 bilhão de caixas vendidas anualmente.

Pior do que isso, dos remédios de venda livre, amplamente propagandeados em revista, rádio, TV e jornal, 20,5% não apresentavam sequer informações sobre contra-indicação — item obrigatório pela legislação brasileira —, segundo levantamento feito pela Anvisa no ano passado. “Essa infração, seguida de perto pelos produtos que nem têm registro no Ministério da Saúde, é a mais freqüente”.

Ana citou outros abusos na propaganda de remédios. “A do Viagra, por exemplo, dava conotação de uso recreativo do produto”, lembrou. “Isso era um absurdo. Esse tipo de

remédio deve ser utilizado apenas por um público específico, que realmente tenha problema fisiológico, e por indicação médica”.

Outro artifício recorrente da indústria farmacêutica, na tentativa de ludibriar o consumidor, é o símbolo ISO 9000, que a indústria banalizou como suposta prova de excelência. “Isso nem deveria constar das embalagens de medicamentos. Não faz parte dos requisitos exigidos pela Anvisa”, explicou.

Ana Paula ressaltou que a Anvisa, dentro de suas possibilidades, tenta coibir esse tipo de propaganda. “Sabemos que ainda é pouco, mas já temos observado algum progresso: atualmente, aqueles folhetos de preços que são distribuídos nas farmácias não podem ter qualquer artifício de marketing”, contou. “Esse já foi um grande passo no combate ao abuso”.

Para corroborar sua afirmação, ela exibiu dados do Ministério da Saúde, pelos quais se pode constatar a evolução nos autos de infração. “Se pegarmos o ano corrente até setembro, verificamos que houve 254 notificações de infrações; em 2000, esse número foi de apenas 36”.

MULTAS IRRISÓRIAS

Ao seu lado na mesa de debates, o jornalista Álvaro Nascimento, da Ensp/Fiocruz, defendeu uma ampla reformulação na lei que regula a propaganda de medicamentos no Brasil, porque a atual é insuficiente. “Já ficou demonstrado que muitas irrisórias e posteriores à veiculação do produto na mídia não resolvem. O modelo regulatório é errado, pune depois, quando o mal já está feito”.

Segundo ele, a indústria farmacêutica investe em publicidade no país cerca de R\$ 3 bilhões anualmente – 20% do faturamento do setor. “Se pegarmos dados da própria Anvisa, as multas aplicadas entre 2001 e 2004 chegaram a R\$ 9 milhões”, informou. “Ou seja, não representaram nada para essas empresas que gastam tanto em propaganda”

Em sua dissertação de mestrado, Álvaro analisou 100 anúncios, entre outubro de 2002 e julho de 2003. “Nenhum deles cumpria todas as recomendações da Anvisa”. Segundo sua pesquisa, a maior parte dos anúncios não mencionava contra-indicação. “Quando tinha, limitava-se apenas a ‘esse medicamento pode causar hipersensibilidade aos elementos da fórmula’. O que diz isso ao consumidor? Simplesmente nada”. Na TV, reclamou, a contra-indicação, quando existe, aparece em letras minúsculas, ultra-rápido, impossível de se ler”.

Álvaro constatou a correlação entre a falta de uma boa informação ao consumidor e os casos de intoxicação por medicamento: em um ano, segundo dados do Ministério da Saúde de 2001, 12 mil pessoas foram intoxicadas por remédios. “Isso quer dizer que, a cada 40 minutos, uma pessoa dá entrada no SUS por causa disso”.

O jornalista condenou a tradicional frase “A persistirem os sin-

No vácuo do Vioxx, o oportunismo

A suspensão da venda do antiinflamatório Vioxx (laboratório Merck) em 80 países, por gerar risco de enfarte e derrame, mostrou como a indústria farmacêutica pode ser oportunista. Na ânsia de conquistar o público que ficou órfão de um dos remédios mais consumidos no mundo, algumas empresas tentaram se aproveitar desse vácuo e erraram a mão.

No Brasil, foi o caso do laboratório Roche, cujo anúncio do naproxeno sódico 275 mg (Flanax) foi suspenso logo que passou a ser veiculado na mídia. “A Anvisa abriu processo contra a Roche por considerar que a propaganda poderia confundir o consumidor”, informou Ana Paula Massera.

O anúncio “Existe uma alternativa confiável contra as inflamações” foi publicado em revistas e jornais, e sugeria que o naproxeno não traz risco algum. “O que não é

verdade, já que se houver abuso ou mau uso pode causar úlcera ou hepatite”, disse Ana. A Roche terá prazo de defesa e, se mantida a decisão da Anvisa, deverá ser multada em até R\$ 1,5 milhão.

O Vioxx foi retirado das farmácias em 30 de setembro, após divulgação de estudos recentes da FDA (a Anvisa americana). O medicamento pode ter provocado 27 mil ataques cardíacos e derrames nos Estados Unidos – alguns resultando em mortes.

A agência americana liberou o remédio antes do término desses estudos. Por que a Anvisa também liberou o Vioxx?, perguntou a Radis. “A liberação de um remédio como esse se dá com base em estudos científicos”, disse Ana. “E todos os estudos feitos com o Vioxx, na ocasião do lançamento, indicavam que o medicamento era confiável. Tanto que era vendido em dezenas de países.”

tomas, o médico deverá ser consultado”, presente nas embalagens dos remédios por exigência da lei: “A indústria farmacêutica não conseguiria melhor se tivesse pedido tal frase a seus publicitários: é uma grande peça publicitária, pois acaba estimulando o consumo do produto”.

O ASSÉDIO AOS MÉDICOS

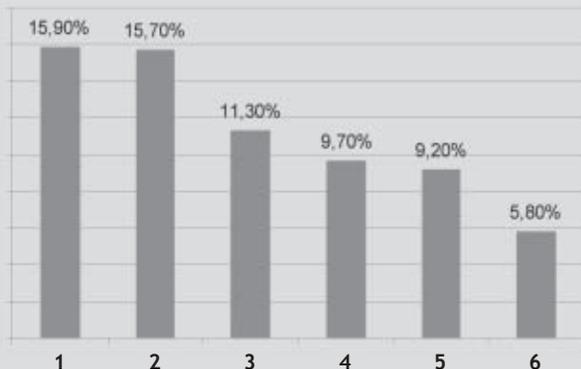
A pesquisadora Rita de Cássia Alves Vieira, da Universidade Federal de Juiz de Fora, foi além. Para ela, os profissionais de saúde estão sendo assediados vergonhosamente pela indústria farmacêutica. “Agentes de propaganda bombardeiam os consultórios com folhetos muito

bem-elaborados e de visual atraente”, denunciou.

De 87 medicamentos em propagandas captadas por ela em consultórios médicos de Juiz de Fora, para sua dissertação de mestrado na Uerj, nem 10 tinham sequer registro do Ministério da Saúde. “O que torna o absurdo ainda maior, visto que as propagandas estavam sendo distribuídas em consultórios, lugares tidos como de ‘credibilidade’.”

Atualmente, o nível de intoxicação por medicamento no Brasil supera os casos de acidentes com animais peçonhentos, produtos químicos e pesticidas. “A contra-indicação, quando presente na bula, sempre minimiza os riscos.”

Infrações mais frequentes



- 1 Não menciona a contra-indicação principal
- 2 O produto não é registrado
- 3 Apresenta mensagens como “aprovado”, “recomendado”
- 4 Sugere ausência de efeitos colaterais
- 5 Realiza comparações sem embasamento científico
- 6 Sugere menor risco

3º SEMINÁRIO NACIONAL EM SAÚDE E AMBIENTE

Ética e equidade diante da incerteza



do conceito de ambiente, ou seja, de sobrevivência das espécies. Mas o conceito avançou com a geografia, “ganhando um enfoque jurídico-político, ou seja, ligando a idéia de Estado e território, e um enfoque etológico, que explica a territorialidade humana”, disse (a etologia estuda os hábitos dos animais e sua acomodação às condições do ambiente). No caso, os hábitos do homem. E conhecê-los é essencial para que as autoridades de saúde distribuam cada serviço ou unidade, disse Maurício Monken. Colocar em prática tal idéia, prosseguiu, exige que o SUS incorpore recursos metodológicos de reconhecimento de divisões espaciais, e que pesquisadores e profissionais, que estudam as condições ambientais e de saúde ou atuam na área, aperfeiçoem seu trabalho de campo.

NOVAS TECNOLOGIAS

No que diz respeito ao impacto das novas tecnologias na saúde das populações, Marcelo Firpo, pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, também da Fiocruz, chamou a atenção para os riscos complexos e incertos que podem ser gerados na saúde da população. São eles: “Os riscos extensivos em geral”, como os ecológicos globais decorrentes da poluição química; “os sistemas agrícolas intensivos”, que se restringem a 15 espécies vegetais e a oito animais, totalizando 90% da produção mundial de alimentos; e “a biotecnologia e a soja transgênica”. Algumas perguntas que o palestrante sugere que a sociedade indague: tais produtos concentram renda? Ajudam a alimentar pobres do Brasil ou animais dos países ricos?

Se muitos são os riscos, e muitos deles desconhecidos, Marcelo Firpo acredita na necessidade de uma ciência que promova a saúde e a justiça ambiental, que dê conta da sustentabilidade do ambiente e dos grupos vulneráveis. “O modelo atual de ciência, bem como as instituições

técnico-científicas, não consegue analisar e responder adequadamente aos problemas envolvendo riscos complexos e incertos”, alertou Firpo.

Para ele, as tecnologias são construções sociais, que expressam intenções, visões de mundo, conhecimentos e ignorâncias. “Como citam os autores Turner e Pidgeon, as organizações e os projetos tecnológicos estão relacionados a certas intenções, e sua execução e os muitos riscos e desastres são produtos dessas intenções”, disse o pesquisador.

Assim, o maior entrave nesse debate, na opinião do pesquisador, é: quem decide o que é o melhor, e sob quais critérios? Quem ganha e quem perde com a entrada de novas tecnologias e quem gerencia os riscos por ela gerados? Marcelo Firpo acredita que as respostas a tantos questionamentos podem estar num reencontro da prática científica com os movimentos sociais, “agregando valores éticos, saberes populares e ancestrais dos povos oprimidos”. Para ele, avaliar tais riscos cabe a uma ciência aberta ao diálogo e que promova o direito à vida, à saúde e à liberdade como elementos essenciais na produção do conhecimento.

OS PILARES DO DEBATE

Renaud de Plaen, especialista em saúde ambiental do IDRC (International Development Research Centre) do Canadá, em sua palestra questionou além: “Quem da comunidade tem acesso ou é impactado pelas novas tecnologias?”. Seja qual for a resposta, Plaen acredita que a questão-chave é a “busca da equidade”. Para ele a tecnologia em si não é suficiente. “O importante é saber como ela pode contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável”, ressaltou. Nesse sentido, três são os pilares do debate: a transdisciplinaridade; a participação das várias partes interessadas; e a equidade social.

O desafio é amplo, as perguntas são muitas, o que só reforça a necessidade de que o debate continue. (K. M.)

O território em que vivemos e o impacto das novas tecnologias em nossa vida estiveram no centro dos debates do 3º Seminário Nacional em Saúde e Ambiente, realizado em setembro pela Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente, da Fiocruz. Afinal, conhecer o processo de saúde-doença de uma população é também conhecer o ambiente em que ela vive. Esta é uma relação cada vez mais estreita para os estudos na área da saúde.

Especificamente, para a saúde, o território é a base para a organização do SUS, pois ajuda a explicar como se dá a produção dos problemas e das necessidades de saúde de certos grupos e de suas potencialidades. Maurício Monken, pesquisador do Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (EPSJ), destacou a importância do território como referência para análises em saúde e ambiente, mostrando como o território vem sendo compreendido na saúde.

Segundo ele, no século 18, o território estava ligado à noção original

DENGUE

Cuidado, o verão chegou!

Joana está com febre e dores no corpo; chega ao posto de saúde e o diagnóstico é batata: dengue. Transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a dengue é um problema de saúde pública no mundo. A OMS diz que 80 milhões de pessoas são infectadas por ano, umas 550 mil vão parar no hospital e pelo menos 20 mil morrem da doença, presente em mais de 100 países — todos nas regiões tropical e subtropical do planeta, justamente onde o clima convida o mosquito a se instalar. A Europa tem sorte: o *Aedes* não gosta de frio.

No Brasil, onde a temperatura é ideal para a proliferação do *Aedes* e há muita chuva no verão, a dengue já fez história. Em 2002, ano de maior incidência da doença, o país registrou 794.219 casos, dos quais 2.714 de febre dengue hemorrágica (FDH). Em 2003, quando o governo e o povo se mobilizaram nas ações de prevenção e controle, o número de casos caiu em 57,2%. Ou seja, 339.630 casos registrados de dengue, incluindo 709 de dengue hemorrágica. Até setembro de 2004, a redução no número de casos é de 73,3%. A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde (SVS/MS), responsável pelo controle da dengue, registrou 84.535 casos de dengue (48 de dengue hemorrágica) e uma morte, em Minas Gerais.

Pois o calor está de volta, é hora de cuidar dos vasinhos de plantas, do lixo e dos objetos no quintal, do terreno abandonado. Para a SVS, a queda do número de casos é consequência direta de ações concretas de controle e prevenção. Não há outra saída: somente o trabalho conjunto dos governos federal, estadual e municipal, de setores públicos como a limpeza urbana, e a mobilização da sociedade pode manter a doença sob controle. Afinal, todos sabem que o mosquito deposita seus ovos (e suas larvas se desenvolvem) nas águas limpas acumuladas em locais abertos, como caixas d'água. Mas, aparentemente, muitos esquecem disso ao longo do ano, e o mosquito reaparece.

O MS vem promovendo reuniões periódicas com gestores municipais e estaduais, para identificar problemas,

necessidades e avanços dessa política. Em 2004 foram liberados R\$ 55 milhões para ações de prevenção. "Havia cidades sem pessoal suficiente para visitar as casas de dois em dois meses, como recomenda o ministério", informa Fabiano Pimenta Júnior, diretor técnico de Gestão da SVS.

Além disso, a sociedade civil organizada vem criando comitês de mobilização contra a dengue, e os especialistas formam comitês técnicos de assessoramento, para avaliar as medidas de combate à doença. Se cada um fizer a sua parte o *Aedes* vai bater asas em outra freguesia.

UM BALANÇO NACIONAL

Na Região Sudeste, até setembro tivemos 29.350 casos da doença (29.084 só nos seis primeiros meses do ano), e 12 de FDH. Em relação a 2003, a região conseguiu diminuir em 64,9% o número de casos. Os estados de maior incidência foram: Minas Gerais, com 18.644 casos, 5 de FDH; Espírito Santo, com 6.381, sem registro de dengue hemorrágica; São Paulo, com 2.996; e Rio de Janeiro, com 1.329 e 7 casos de FDH confirmados — queda de 85,3% comparada ao ano passado.

Na Região Nordeste foram notificados 28.154 casos, 25.110 só no primeiro semestre de 2004 - redução de 83,4%. Os estados com maior número

de casos: Bahia, 7.393; Alagoas, 5.429; Pernambuco, 5.308; Ceará, 2.396; Rio Grande do Norte, 2.218; Maranhão, 2.209; e Paraíba, 1.594 casos. Desse total, 17 casos foram notificados como FDH: 7 no Ceará, 7 em Pernambuco, 2 em Alagoas e 1 caso na Bahia.

Na Região Centro-Oeste, foram notificados até o momento 12.896 casos, com 19 casos de FDH — redução de 57,8% em relação a 2003. Goiás apresentou o maior número de casos (7.841), sendo 18 FDH, seguido de Mato Grosso (2.804).

Na Região Norte houve 13.813 casos — a maioria, 12.928, no primeiro semestre. A redução — a menor do país —, comparada ao ano passado, foi de 50,6%. Destacaram-se o Pará, com 4.786, Amapá, com 2.492, Tocantins, com 2.029, e Rondônia, com 1.956 casos.

O recorde positivo é da Região Sul, com 322 casos de dengue: Rio Grande do Sul e Santa Catarina — se não se tratar de subnotificação, que maravilha! — não tiveram um registro autóctone sequer (isto é, dengue contraída na própria região). Santa Catarina registrou 138 casos importados de outros estados (o paciente trouxe a doença de fora) e o Rio Grande do Sul, 98. A redução foi, respectivamente, de 79,3% e 78,8%. No Paraná, 86 pessoas tiveram dengue (o último registro é de julho). (K. M.)



O que fazer para evitar

Na guerra contra o *Aedes*, não adianta recorrer a inseticida, repelente, vela de andiroba e citronela, tela na janela ou reza forte: espantar o inseto adulto é paliativo. Portanto, veja o que você pode fazer em casa para cortar o mal pela raiz, ou seja, eliminar os criadouros do vetor:

- ♦ Mantenha os pratinhos de suas plantas com areia;
- ♦ Vire as garrafas de boca para baixo, cubra sempre os pneus;
- ♦ Ponha tampa nas caixas d'água, nos tanques e em outros recipientes de água;

- ♦ Conscientize vizinhos e comerciantes de sua rua sobre a necessidade das ações preventivas;
- ♦ Mobilize as escolas e os clubes de seu bairro para que se integrem às ações;
- ♦ Avise à Secretaria de Saúde sobre casas e terrenos abandonados em seu bairro;
- ♦ Cobre das autoridades a visita domiciliar periódica para combate ao vetor.

Mais informações sobre a dengue na Súmula nº 87, de março de 2002 (www.ensp.fiocruz.br/radis/web/sumula-87.pdf)

RELATÓRIO FINAL DA 12ª CNS

Demorou, mas saiu!



Um ano depois da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, finalmente governo e sociedade têm em mãos o relatório final do evento (ver link no fim da matéria). Conforme compromisso dos organizadores, todos os 3 mil delegados receberam em casa, pelo correio, as propostas, item por item, pendentes de apreciação. O relatório final estava prometido para março de 2004... e como demorou! Os coordenadores argu-

mentam que foi mais lento do que o imaginado o processo de votação dos milhares de destaques e emendas (cerca de 4 mil) que não puderam ser apreciados naqueles cinco dias – e noites! – de dezembro do ano passado, em Brasília. Um dos relatores responsáveis, Paulo Gadelha, vice-presidente da Fiocruz, admite: “O fechamento do texto final foi muito complicado”.

Mas ele ressalta a importância deste documento, referendado por diversos segmentos da área da saú-

de. “Na Doze tivemos uma ampla participação da sociedade, uma incrível demonstração de democracia”, argumenta. Agora, não importa se o relatório final demorou: o trabalho foi feito. “Tirar isso do papel dependerá de nós mesmos, pois a sociedade deve e precisa cobrar que o governo siga as diretrizes ali formalizadas”. Gadelha está esperançoso. “Foi o próprio Ministério da Saúde que resolveu antecipar a realização da Doze, com a intenção de ter um norte para a política de saúde do novo governo”.

Uma certeza se impõe: o modelo das conferências precisa ser modificado. Foram mais de 10 mil redações em todas as etapas da Doze: o volume de itens, a serem discutidos e votados, era enorme. “Agrupar tudo isso não foi nada fácil”. Além do excesso de “contribuições”, Gadelha aponta um problema ainda maior. “Do jeito como são hoje, as conferências votam propostas, não discutem a viabilidade delas.”

O coordenador da Doze, Eduardo Jorge, que em entrevista publicada à *Radis* nº 18 já clamava por uma ampla reformulação no modelo adotado nas conferências, desta vez preferiu não falar do conteúdo do relatório, somente de seu encaminhamento futuro: “As decisões da conferência, divulgadas ao público no site do Ministério da Saúde, vão ao Congresso, e esperamos que os parlamentares as sigam como cartilha”.

Eduardo lembrou que o ministro da Saúde, Humberto Costa, na abertura da Doze, e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no encerramento, garantiram que o governo adotaria na prática as decisões tomadas pelos delegados. “Seria algo inédito”, disse a sanitarista Sarah Escorel, em tom de ironia, no seminário *História e perspectivas do SUS no Brasil*, realizado em outubro na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro.

As deliberações das conferências não têm sido levadas adiante, afirmou. “Com certeza não é lá (nas conferências) que estão tomando as decisões: a política continua saindo dos gabinetes do Executivo, que só implementam aquilo que interessa”.

Na Doze, a sanitarista foi a mais aclamada na cerimônia de abertura. Num só coro, os 4 mil presentes exigiram que ela permanecesse à mesa, até então formada apenas por homens. “O que percebo é que, a cada conferência, recomeça tudo outra vez”, disse Sarah no seminário. “O que foi aprovado na anterior fica para trás? Ninguém nem discute se realmente foi implantado ou não, e qual o motivo por não ter sido?”.

Sarah, que assina o relatório final da Doze como relatora-adjunta, ressaltou na palestra que, da forma como são conduzidas, as conferências favorecem quem tem facilidade de se expressar. “Muitos assuntos, de extrema relevância, não são devidamente aprofundados, simplesmente por falta de tempo; vemos também que quem tem oratória acaba levando o voto da maioria”.

Apesar das críticas, Sarah defendeu a existência das conferências.



Doze na Radis



Durante todo o ano de 2003, a revista acompanhou o desenlaçar da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Mesmo antes da abertura oficial do encontro mais importante da área da saúde, a Radis procurou destrinchar as propostas que seriam apresentadas no evento. Com a série *Ecossistema da Saúde*, em 2004, a revista assumiu o compromisso de acompanhar as decisões tomadas naqueles dias. E, mesmo agora, depois da divulgação do balanço final, a Radis ainda não se dá por satisfeita. Daqui por diante, vai cobrar das autoridades: as diretrizes da Doze precisam sair do papel. É hora de fazer!

Todas essas edições (números 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 26) estão em www.ensp.fiocruz.br/radis



“Acho que o momento é de discutirmos o modelo, torná-lo mais prático e objetivo. Mas sou a favor das conferências, elas são uma festa cívica de cidadania que precisa ser preservada”.

Paulo Gadelha, que também participou do evento na Ensp, concordou em que as conferências estão muito aquém do que poderiam produzir, mas ressaltou a importância na política sanitária do país. “As decisões tomadas numa conferência servem, no mínimo, como legitimação discursiva”.

Ele citou como exemplo prático as alterações à Emenda Constitucional 29. “A expectativa é que seriam aprovadas, mas, por causa da mobilização que começou na Doze, acabou rejeitada pelos parlamentares. Isso já é uma demonstração de força da sociedade”. (J. X.)

Integra do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/28-web-01.html

O RADIS ADVERTE

Cumprir as decisões das conferências faz bem à saúde pública.



SERVIÇO

EVENTOS

4º CONGRESSO MUNDIAL DE CENTROS DE CIÊNCIA

O anfitrião do evento é o Museu da Vida, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esta quarta edição do encontro abordará temas relativos ao campo de atuação de centros e museus de ciência, com ênfase especial no papel que essas instituições desempenham no fomento da inclusão social e da equidade. O congresso será composto por três conferências e quatro plenárias, que servirão de orientação para as ações de museus e centros de ciência em todo o mundo, além de sessões paralelas, nas quais os participantes apresentarão suas contribuições. As inscrições terminam no dia 10 de abril de 2005.

Data 10 a 14 de abril de 2005

Local Fiocruz e Riocentro, Rio de Janeiro

Mais informações

Site www.museudavida.fiocruz.br/4scwc/

E-mail pamela@coc.fiocruz.br; 4scwc@gauche-eventos.com.br

3º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE



O evento, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), tem como objetivo promover uma reflexão articulada no campo das Ciências Sociais e Humanas sobre a saúde e a qualidade de vida das populações. Com o tema "Desafios da fragilidade da vida na sociedade contemporânea", serão debatidos os seguintes tópicos: Estado, instituições e políticas públicas; Sociedade civil, movimentos sociais e cultura; Ci-

ência, saber e tecnologia; Trabalho, profissões e formação profissional; Subjetividade, corpo e pessoa; e Práticas corporais, atenção e cuidado à saúde. Data 9 a 13 de julho de 2005

Local Florianópolis, SC

Mais informações

Tel./fax: (48) 248-5838

Site www.acorianaeventos.com.br

E-mail

abrasco2005@acorianaeventos.com.br

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTO — EDUSP

Enciclopédia da Língua de Sinais Brasileira, que recebeu como subtítulo "O mundo do surdo em libras", é uma coleção de 19 volumes que servirão de instrumento de ensino para os surdos brasileiros, estejam eles no ensino fundamental ou no médio. Estão disponíveis os dois primeiros volumes, publicados pela Editora da Universidade de São Paulo (Edusp) em parceria com a Imprensa Oficial. A publicação recebeu também apoio da Fundação Vitae, da Capes, do CNPq e da Fapesp. O conteúdo do primeiro volume da enciclopédia foi testado num grupo de 1.500 surdos, de 6 a 45 anos de idade.

Mais informações

Edusp, Av. Prof. Luciano Gualberto, 374, Trav. J/6º andar, Prédio da Antiga Reitoria, Cidade Universitária, São Paulo, SP

CEP 05508-900

Tel (11) 3091-4008/4150

E-mail edusp-venda@edu.usp.br

Site www.usp.br/edusp



LANÇAMENTO - EDITORA FIOCROZ

Obra completa de Adolpho Lutz, organizada pelo historiador Jaime Larry Benchimol e pela bióloga e historiadora da ciência Magali Romero Sá, ambos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é uma homenagem a um dos mais importan-



tes cientistas que o país já teve. Filho de pais suíços que emigraram para o Brasil em 1850, no auge da epidemia de febre amarela que devastou a então capital do império brasileiro, Adolpho Lutz (1855-1940) foi o precursor das modernas campanhas sanitárias e dos estudos epidemiológicos envolvendo, sobretudo, o cólera, a febre tifóide, a peste bubônica e a febre amarela. A obra traz quatro livros, cujos títulos são: "Primeiros trabalhos: Alemanha, Suíça e Brasil (1878-1885)"; "Hanseníase"; "Dermatologia & Micologia"; e ainda um suplemento com glossário, índices e resumos. Nesses, os organizadores recuperaram o arquivo pessoal do cientista e de sua filha, a bióloga Bertha Lutz — mais conhecida por sua militância como feminista — até sua morte, em 1976.

Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.365, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361

Tel.: (21) 2560-3537 / 3882-9039

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

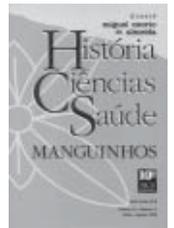
História, ciências, saúde: Manguinhos (volume 11, nº 2), publicada pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), apresenta um dossiê sobre Miguel Ozorio de Almeida, um dos maiores divulgadores científicos brasileiros da primeira metade do século 20.

A revista traz ainda artigos sobre diversos temas científicos, que vão da pedagogia à entomologia. Destacam-se trabalhos sobre antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil, o discurso da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica, uma abordagem pedagógica de promoção da vida, a ciência como rede de atores e a relação ciência e arte. Completam o livro resenhas de oito livros e resumos de teses de doutorado e de dissertações de mestrado. Versão online da revista no endereço www.coc.fiocruz.br/hscience.

Mais informações

Tel.: (21) 2209-4111/2260-7946

E-mails hscience@coc.fiocruz.br e cardosoc@coc.fiocruz.br



PÓS-TUDO

Os limites da legalidade

Samantha Buglione *

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu em 20/10 cassar a liminar do ministro Marco Aurélio de Mello [que autorizava a antecipação do parto na gestação de feto anencefálico sem autorização judicial – ver Radis nº 24], porém, ainda não votou o cabimento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), ou seja, nada está acabado. O pedido da ADPF é simples: apenas solicita que os artigos 124 e 125, caput, e 128 parágrafo I e II do Código Penal, que tratam do aborto, não seja aplicado no caso de fetos anencefálicos, simplesmente pelo fato de que não se trata de aborto.

É importante ter em mente que o STF não estará fazendo papel de legislar positivo, mas de guardião dos preceitos constitucionais. Não se pede uma nova norma, no caso um novo permissivo para a lei penal, mas, simplesmente a aplicação do texto constitucional, seja de forma direta e imediata, seja através da reinterpretação das normas infraconstitucionais, no caso o Código Penal.

O preocupante, neste caso, é que não se trata, apenas, de fundamentos jurídicos, mas subjetivos. Ocorre que o direito pode ser usado como um instrumento para legitimar “inclinações”. Nenhuma técnica é neutra. Tampouco o seu uso é ingênuo, afinal, foi através da técnica que se promoveram estragos como os ocorridos em Hiroxima e Nagasaki. Porém, o mais importante, neste caso, é que se está diante de um dado incontestável: o fator morte. Não se trata de negar o direito à vida, mas em observar que não se pode garantir este direito a quem já está morto.

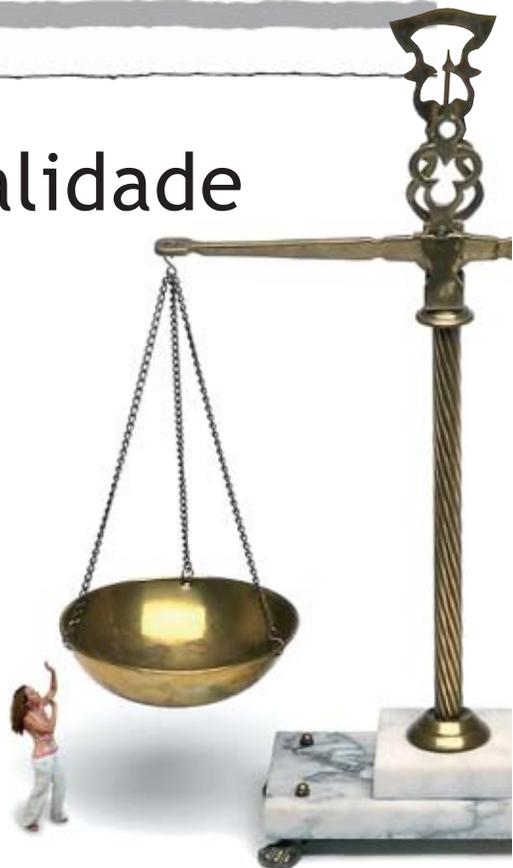
Um feto anencefálico, face sua condição, que se equipara à de uma pessoa com morte cerebral, não possui vida. A morte cerebral não é um estado que pode ser alterado, o mesmo ocorre com a anencefalia. Ao se desligarem os aparelhos de alguém com morte cerebral será possível observar um coração batendo por,

talvez, 20 minutos, mas isso não se caracteriza como vida, conforme a Lei 9.434/97, que regula o transplante de órgãos no país. A proteção à vida que está presente na Constituição Federal e no Código Civil não pode ser confundida com a proteção a uma concepção sobre vida. Vida é a ausência da morte. E, nestes casos, tanto a morte cerebral quanto a morte da anencefalia é o único dado irrefutável.

Por ser o direito originalmente político deveria garantir um espaço de mediação para questões que dizem respeito a todos. O desafio é que hoje, em sociedades plurais, não se sabe muito bem o que é de interesse comum. Por isso que o ponto central deste caso deveria ser a tolerância, e não o fundamentalismo perverso legitimado pelo Estado. Entende-se por fundamentalismo a supremacia de uma determinada concepção de mundo sobre todas as outras, ou seja, o total desrespeito à diversidade moral e à privacidade. Isso explica a espécie de “privatização da esfera pública” que se vive hoje, na qual o que se tem, em verdade, não é a conjugação de interesses comuns, mas uma arena de interesses privados.

A questão da anencefalia é emblemática quanto a isto. A sorte para muitos é que estratégias processuais são capazes de neutralizar o medo, a intolerância e o fundamentalismo. O STF terá nas mãos a possibilidade de se comprometer não com subjetividades, mas com a legalidade, pelo respeito à Constituição Federal, mais especificamente às normas que guardam a liberdade, a saúde e a dignidade humana. Obrigar mulheres e casais a levar a cabo a gravidez de um filho morto é uma ação de tortura promovida pelo Estado. A ADPF objetiva garantir que as mulheres e casais possam decidir – resguardando, inclusive, o direito de escolha daqueles que quiserem levar a gestação até o fim. O que se preza é o respeito à diversidade, não a manutenção de uma fé.

Caso o STF opte pelo silêncio com o não-reconhecimento do cabimento da ADPF, o que talvez possa ser apreendido nesta dificuldade em se



posicionar é que questões dessa natureza não deveriam ocupar a esfera pública, uma vez que são de ordem privada e dizem respeito, estritamente, às pessoas envolvidas. Essa liberdade de decisão é que deveria ser resguardada, garantindo-se, assim, o respeito à dignidade humana.

Destaca-se que, no caso da anencefalia, não se busca, apenas, resguardar a dignidade, a saúde e a liberdade, mas evidenciar que se está diante de uma situação fática que não gera conflito de direitos, uma vez que a morte do feto. Mesmo que se considere o feto como pessoa e como sujeito de direitos (numa tentativa de promover o diálogo, já que estas são categorias com vários significados e diferentes compreensões), mesmo assim não se criaria nenhum limitador à antecipação terapêutica do parto, porque o feto é pessoa morta; e a ele incidem todos os direitos desta condição. O que não se pode permitir é que a saúde e a dignidade de mulheres e casais sejam preteridas em nome do fundamentalismo ou do totalitarismo de moralidades individuais. ■

Mestre em Direito Público pela PUC-RS, doutoranda em Ciências Humanas na UFSC, professora de Introdução ao Direito, Bioética e Direitos Fundamentais.



ENSP

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca

saúde pública
INOVAÇÃO E CIDADANIA