

NESTA EDIÇÃO



GESTÃO PARTICIPATIVA

Democracia interna é destaque nos 20 anos do modelo em construção na Fiocruz

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 33 ♦ Maio de 2005

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...



Rio de Janeiro

Crise paira sobre a saúde e testa o SUS em seus 15 anos

Ciência ao alcance da mão

A *ExpolInterativa: ciência para todos*, mostra científica e cultural integrada às atividades do 4º Congresso Mundial de Centros de Ciência, que a Fiocruz promoveu em abril no Rio de Janeiro, provou que não se aprende ciência apenas em livros ou salas de aula. Mais de 50 mil pessoas, a maioria crianças e adolescentes, puderam participar das 70 atividades oferecidas no Pavilhão 3 do Riocentro por museus e centros de ciência do Brasil e do exterior. Da grandeza do céu como ele é percebido pelos índios ao pequeno mundo da nanotecnologia, os visitantes experimentaram a rotina de diferentes tipos de cientistas – astrônomos, paleontólogos, geneticistas, biólogos, físicos, bioquímicos, engenheiros, botânicos, arqueólogos. Para a criançada, a grande novidade foi poder tocar em tudo, sentir tudo. Afinal, era uma exposição interativa.



FOTOS: ANDRÉ AZ/FOICRUZ

Mais informações

CCS-Fiocruz

www.fiocruz.br/ccs/4SCWC/indice.htm



Modelos em construção

Triste beleza. A maravilhosa paisagem carioca está encoberta pela intensificação da violência nas últimas décadas e por uma profunda crise na saúde, agora mais evidente. Nesta edição, a crise é o ponto de partida para uma rica discussão sobre o Sistema Único de Saúde, como modelo ainda incompleto e que precisa de constante reforma.

Passado o momento inicial da intervenção, com base na desabilitação do município para a gestão plena do orçamento da saúde, solicitada pelo Conselho Municipal de Saúde, e no decreto presidencial de estado de calamidade pública, a situação da saúde no Rio requer envolvimento de gestores, profissionais, políticos, da academia e da população em soluções que transcendam os problemas cariocas e permitam repensar e reorientar o próprio Sistema Único de Saúde, que completa 15 anos. Com a decisão do Supremo Tribunal Federal de determinar ao Ministério da Saúde a devolução à Prefeitura de dois dos seis hospitais requisitados, a discussão sobre "o dia seguinte" fica ainda mais premente.

A crise do Rio tem contornos explícitos de irresponsabilidade e indiferença e de falta de compromisso com o SUS por parte da gestão municipal. Mas nossa matéria de capa também reúne autocríticas dos defensores do SUS sobre como se deu o processo de municipalização na capital, incluindo a falta de cuidados na descentralização de uma pesada e complexa estrutura hospitalar. O diagnóstico das fontes ouvidas converge para o que Sérgio Arouca chamava de "inampização" do SUS, com o sistema fortemente

centrado nos hospitais e a ausência de uma atenção básica resolutive. Isso e a falta de uma atenção mais humanizada e integral faziam com que o sanitarista clamasse por uma "reforma da reforma", tema retomado na entrevista desta edição por Gastão Wagner.

"Para termos certeza de que o SUS deu certo ele terá que funcionar no Rio", arrisca Maria Luíza Jaeger, do Ministério da Saúde. O que torna a discussão e as soluções ainda mais difíceis, considerada a avaliação de Gastão de que a ex-capital do Império e da República tem funcionado como "vanguarda da degradação do tecido social e do Estado brasileiro", o que o cenário da saúde e da violência tristemente confirmam.

Outro destaque desta edição são os 20 anos da gestão participativa e democrática na Fiocruz, implantada a partir da gestão Sérgio Arouca. Como o próprio SUS, também originado na redemocratização do país e nos princípios da Reforma Sanitária, este modelo de gestão ainda está em construção e requer constante análise, autocrítica e controle da sociedade para ser aperfeiçoado, mas já serve de exemplo para outras instituições públicas.

Por falar em controle social, ao fim das matérias sobre orçamento da saúde e novos projetos de lei, nas páginas 22 e 24, divulgamos o contato dos parlamentares mais envolvidos com os temas. É bom os leitores ficarem de olho e exercerem seu direito de expressão e legítima pressão sobre o Congresso Nacional.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

Comunicação e Saúde

- ♦ Ciência ao alcance da mão 2

Editorial

- ♦ Modelos em construção 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

7



Rio de Janeiro

- ♦ Crise da saúde acende alerta no SUS 8

Entrevista: Gastão Wagner de Sousa Campos

- ♦ "É preciso fazer a reforma da reforma do SUS e dar fim aos desmandos" 19

Financiamento da saúde

- ♦ O orçamento sob ataque 22

Acompanhamento do Legislativo

- ♦ Inimigos do SUS? 24



História da Fiocruz

- ♦ Vinte anos do modelo de gestão participativa e democrática 26

Direitos sexuais e reprodutivos

- ♦ SUS no planejamento familiar 33

Serviço

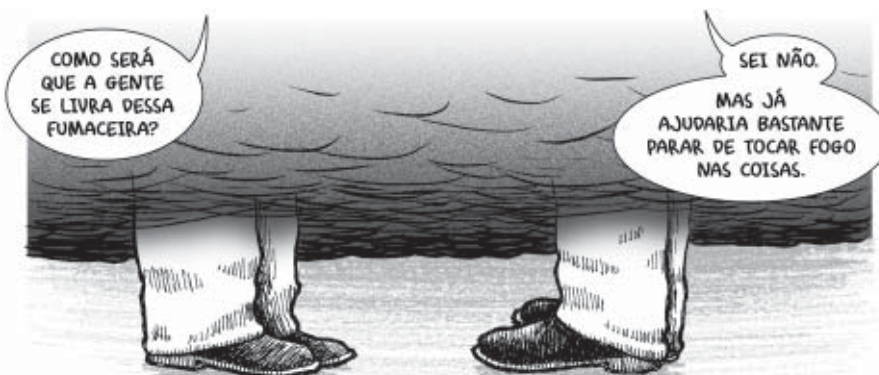
34



Pós-Tudo

- ♦ Visita genial 35

CARTUM





CARTAS

FARMÁCIAS NA UTI



A *Radis* de janeiro trouxe reportagem mostrando como está realmente o setor farmacêutico. De fato, há muitas saúvas, e poucos se preocupam verdadeiramente com a saúde da população. Sou farmacêutica e tenho minha própria farmácia, trabalho nela das 7h30 às 19h, e trabalho com amor: procuro orientar cada um, termino o dia muitas vezes visitando pacientes que já não mais podem vir até ela. Mas infelizmente estou vendo que esse tipo de profissional já não é tão importante. As grandes redes, com seus remédios de origem suspeita e descontos de até 40%, estão nos destruindo.

Pergunto: quem dará atenção farmacêutica? Somos todos carentes e necessitamos de ajuda urgente, porque estamos morrendo. Onde está o Conselho Federal de Farmácia, que não vem em defesa do profissional? E

os médicos, que não se contentam em atender doentes e salvar vidas, mas fazem parceria com essas grandes redes? A esta altura, com margem de 26% de lucro bruto, despesas fixas elevadíssimas, inadimplência, concorrência desleal, este é mais um setor às portas da UTI.

♦ Maria de Lourdes de Azevedo, Arapongas, RR

CONTRATAÇÕES NA BAHIA

Sou fisioterapeuta e quero declarar a minha indignação contra a forma que o estado da Bahia vem usando para contratar profissionais para as unidades de saúde do SUS. O que se observa é uma prática digna dos tempos do coronelismo: o critério é a afinidade ideológico-partidária ou de parentesco, e não a capacidade, o conhecimento e a desenvoltura profissional. Com isso mantém-se o velho vício do "trem da alegria", difundido em momentos não tão nobres da democracia brasileira.

Essa situação vem acontecendo em toda a Bahia, e tem angustiado muitos profissionais de saúde, pois, apesar de terem estudado, se empenhado para pesquisar e entender o SUS, não podem trabalhar nele, devi-

Aviso ao leitor

Você pode atualizar seus dados cadastrais pela internet. Acesse www.ensp.fiocruz.br/radis – escolha a opção "Assinaturas" e informe seu código de assinante (que consta da etiqueta).

A senha para o primeiro acesso é 9999, que você pode alterar posteriormente.

do aos critérios de contratação estabelecidos (ou melhor, "democraticamente" não-estabelecidos) pelo governo. Este usa um recurso legal, o Regime Especial de Direito Administrativo (Reda), para a contratação sem concurso público. Mas o número de contratações desse tipo ultrapassou o permitido na legislação (fato que tem sido alvo de denúncias do SindSaúde-BA), transformando-se num imenso instrumento de politicagem.

♦ Mauricio Pinheiro, Jequié, BA

CARTÃO AGUARDADO

A dorei a matéria sobre o cartão do ASUS (*Radis* nº 30). Seria legal que fosse uma realidade nacional. Vocês estão de parabéns pelo conteúdo abrangente da revista. Continuem nos proporcionando informações cada vez mais ricas.

♦ Hildevanda Lima de Medeiros, Rio de Janeiro

RADIS AGRADECE

Hoje me sinto dependente desta revista: sua qualidade e sua abrangência sobre a saúde são algo notável. Parabéns. Quem pretende lutar por uma saúde melhor é leitor da *Radis* com certeza.

♦ Edilson Gomes de Araújo, do Conselho Municipal da Saúde de São Carlos, SP

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 42 mil exemplares
Assinatura grãtis

(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)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,

Laís Tavares e Sandra Susano

Secretaria e Administração Onésimo

Gouvêa, Fábio Renato Lucas e

Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho e Geisa

Michelle (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.

Recebo a *Radis* periodicamente desde os tempos da graduação em Medicina, e gostaria de ser mais um a relatar a importância de vocês na formação social, política e científica não só dos profissionais de saúde, mas de todo um país, criando base para a efetivação e o aperfeiçoamento do

nosso tão desejado controle social.

♦ Rodrigo Bandeira da Lima, médico-residente em Medicina de Família e Comunidade, Recife

Meu nome é Soraia Maciel, sou servidora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Mato Grosso, lotada no núcleo de Educação em Saúde. Nós ganhamos de um colega a revista nº 29, de janeiro de 2005, e achamos muito bom o artigo sobre o amianto: ele tem sido debatido em nossas oficinas com sindicalistas e profissionais.

♦ Soraia Maciel, pedagoga, Cuiabá

Represento a ONG Abaide e o Fórum Permanente em Defesa dos Portadores de Deficiência do Sudoeste da Bahia. Quero registrar meus agradecimentos por receber a revista *Radis*, como delegado à 12ª Conferência Nacional de Saúde, e parabenizar a equipe pelas importantíssimas informações e as matérias diversificadas em saúde pública, que faço questão de divulgar ao nosso público-alvo.

♦ Damião Alves Reis, Barra do Choça, BA

Escrevo para elogiar o excelente trabalho da revista *Radis*, que tem sido de suma importância para mim, que sou aluno do curso técnico de enfermagem da Escola Técnica em Saúde ligada à Universidade Federal de Campina Grande, na Paraíba. Tomei conhecimento da revista graças ao professor de Bioética, que nos mostrou a importância deste instrumento de comunicação para futuros profissionais de saúde.

Também aproveito para dizer que as revistas estão chegando com um certo atraso. Se possível, regularizem esta situação. Só não posso é ficar sem a revista!

♦ Francisco Braz Neto, Poço de José de Moura, PB

■ *Prezado Francisco, os atrasos se devem a problemas técnicos decorrentes da troca da empresa responsável pela expedição da revista. Estamos tratando da solução.* ■

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

BRASIL ESTUDA QUEBRA DE QUATRO PATENTES



Em carta datada de 14 de março, o Ministério da Saúde solicitou o licenciamento voluntário de quatro medicamentos anti-retrovirais (para combate à Aids) aos laboratórios Merck Sharp & Dohme, Abbot e Gilead Science, para produção no Brasil. O prazo de resposta acabou em 4 de abril, e no dia 8 o MS informou, sem identificar as empresas, que um laboratório está disposto ao licenciamento voluntário, embora não nos termos propostos pelo governo brasileiro, outro quer negociar e o terceiro não abre mão da patente. O ministério reiterou que, se os laboratórios não cederem, o governo decretará o licenciamento compulsório, que equivale à quebra de patentes.

As patentes são de anti-retrovirais com os seguintes princípios ativos: lopinavir e ritonavir (Abbot), efavirenz (Merck) e tenofovir (Gilead). O licenciamento voluntário implica pagamento de royalties aos laboratórios. O ministro Humberto Costa disse que a compra desses medicamentos responde por cerca de 66% do gasto do ministério com anti-retrovirais. O aumento desses gastos pode comprometer, a médio prazo, o programa nacional de combate à Aids, que este ano deverá atender 180 mil pacientes, mas vem enfrentando crise preocupante de abastecimento.

O custo elevado, segundo o ministro, se deve principalmente à inclusão de novos itens na lista de remédios oferecidos gratuitamente pelo SUS. Atualmente, o Brasil produz oito dos 16 componentes do coquetel de remédios contra a Aids. Produzindo mais esses quatro, só precisará importar os quatro restantes. Os remédios para a Aids são fabricados aqui desde 1994. Segundo o ministro, na negociação deste ano para a compra dos anti-retrovirais o governo conseguiu desconto de R\$ 65 milhões. No ano passado foram R\$ 300 milhões. "Por isso a mar-

gem para a negociação este ano era pequena", disse.

MILHÕES DE CÁPSULAS PERDIDAS

A auditoria sobre a "máfia do sangue", da Controladoria Geral da União (CGU), descobriu que 3,2 milhões de cápsulas de saquinavir, do Laboratório Roche, perderam o prazo de validade no almoxarifado do Ministério da Saúde entre 2003 e 2004, já no período de risco de desabastecimento de remédios anti-Aids. O saquinavir é um dos principais itens do coquetel contra a Aids.

Os auditores descobriram que em 1999, quando o país amargava crise cambial e financeira, a Coordenação Geral de Recursos Logísticos, base de atuação da "máfia do sangue", comprou um lote de saquinavir 355% acima da quantidade recomendada pelos técnicos. A Roche afirma que doou ao governo 3,6 milhões de cápsulas, para compensar o prejuízo, de R\$ 5 milhões.

TUBERCULOSE É PIOR NO RIO

A incidência de casos de tuberculose no Rio de Janeiro é o dobro da média nacional. Enquanto no Brasil são registrados 49 casos para cada 100 mil habitantes, no Rio esse índice é de quase 100 doentes, informou o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, no Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose (24 de março). O Brasil está entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundiais. A cada ano, 85 mil brasileiros contraem a doença e cerca de 6 mil morrem.

ALERTA CONTRA PEIXE CRU

Trze epidemiologistas de São Paulo publicaram trabalho no Boletim Epidemiológico Paulista de março relatando casos confirmados (em laboratório) de difilobotríase notificados à Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde paulista. A difilobotríase é causada pelo cestóide *Diphyllobothrium spp*, um dos maiores parasitas intestinais do homem, conhecido como a "tênia" do peixe. Trata-se de doença comum entre populações que se alimentam de peixe cru ou mal-cozido. Até 2003 não havia regis-

tro de casos em São Paulo ou no Brasil. Na América do Sul, Argentina, Peru e Chile têm registro da doença.

Os casos notificados de 2004 a março deste ano deram início à investigação epidemiológica, que está na primeira etapa: estudo descritivo dos casos, levantamento dos elos comuns epidemiológicos, alerta a laboratórios e médicos para notificação de casos novos, análise do alimento consumido por uma paciente (salmão importado do Chile, enviado espontaneamente ao Instituto Adolfo Lutz Central), bem como inspeções sanitárias, para avaliação dos fatores de risco.

Os epidemiologistas recomendam medidas cautelares a fornecedores e restaurantes de comida japonesa, para prevenir o consumo de peixe cru suspeito de contaminação.

O *Fantástico* de 10/4 saiu em defesa dos simpáticos restaurantes japoneses, que andavam às moscas. Disse a apresentadora Glória Maria: "Se você não resiste àquele sashimi de salmão, lembre-se de que o peixe deve estar congelado a -20 graus por pelo menos sete dias." Bom conselho. Mas, nos restaurantes, como saber?

Íntegra do trabalho

www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa15_diphy.htm

"A FORMA MAIS PERVERSA DE EXCLUSÃO SOCIAL"

No dia 17 de março, no lançamento da cartilha *Orientações para o Registro Civil*, que mostra ao cidadão como proceder, passo a passo, para obter o

registro e a certidão de nascimento, o Cadastro de Pessoa Física (CPF), o Título de Eleitor e as carteiras de Identidade e de Trabalho, o ministro Nilmário Miranda, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, disse que "o sub-registro é a forma mais perversa de exclusão social". O lançamento da cartilha faz parte da mobilização nacional pelo registro de nascimento, iniciada em 2003.

Parceria entre governo, estados, associações de cartórios, movimentos sociais e organismos internacionais possibilitou que o índice de crianças não-registradas no prazo legal caísse de 24,4%, em 2002, para 21,6%, no fim de 2003. Para o ministro, a meta de erradicação do sub-registro será alcançada até o fim de 2006.

Inicialmente, 66 mil alfabetizadores receberão a cartilha pelo correio; os demais, ao longo do ano.

POUCA MULHER NO COMANDO DA CIÊNCIA

Dados divulgados pelo CNPq e pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) indicam que as mulheres obtiveram 51% dos diplomas de pós-graduação em 2003 e ocuparam 56% das vagas em cursos de graduação. O número de títulos de doutor conquistados por homens cresceu 69,2% entre 1996 e 2003; para as mulheres, o aumento foi de 80,9%. No mesmo período, o aumento da aquisição de títulos de mestrado por mulheres também foi maior (119%) do que por homens (106%), informa Marina Lemle em artigo na SciDev.Net (www.scidev.net), reproduzido pelo

Jornal da Ciência da SBPC.

O estudo mostra que as mulheres optam mais por ciências humanas e da saúde, enquanto homens preferem ciências sociais e engenharias. Na Capes, em 2005, as mulheres receberam 55% das 16.264 bolsas de mestrado e 54% das 9.858 bolsas de doutorado.

Quanto mais sobe na pirâmide acadêmica, porém, menor é a participação da mulher. Em 2005, as mulheres concentravam apenas um terço das 8.500 bolsas do CNPq para pesquisadores com doutorado ou equivalente.

O maior contraste é no topo da pirâmide, entre pesquisadores pós-doutores sênior ou professores líderes de grupo: menos de um quarto dos bolsistas é mulher. Em física, por exemplo, só 1% dos pesquisadores é mulher. José Roberto Drugowich de Felício, diretor do CNPq, acha que não se trata de preconceito, mas de reflexo da tradicional predominância dos homens na pesquisa de alto nível. O ajuste, para ele, será inevitável com o tempo.

Para a bioquímica Jacqueline Leta, da UFRJ, pode haver certo preconceito sim, advindo da falta de representação feminina em muitos comitês do CNPq, o que significa que há poucas mulheres opinando sobre quem alcançará postos sênior na carreira. As mulheres não seguem carreira científica em longo prazo pela ausência de modelos e a persistência de papéis estereotipados da mulher na sociedade, afirma.

"ALGODÃO-VENENO" AMEAÇA CERRADO

A organização ambientalista Greenpeace (www.greenpeace.org.br) denunciou, no dia 17 de março, que a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) liberou "apressadamente" (antes da iminente sanção da Lei de Biossegurança pelo presidente da República) a variedade de algodão geneticamente modificado Bollgard, da multinacional Monsanto — com gene de resistência a antibiótico e sem estudos de impacto no meio ambiente, colocando em risco a biodiversidade do Cerrado.

O algodão é uma planta de polinização cruzada, ou seja, o pólen pode fecundar outras plantas distantes. A região é centro de origem do algodão e as variedades selvagens podem ser contaminadas pelo pólen de plantas transgênicas, com perda das espécies nativas.

Para Ventura Barbeiro, engenheiro-agrônomo do Greenpeace, a aprovação antes da sanção presidencial à


Prêmio à memória



A Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) recebeu em março o Prêmio Estácio de Sá, concedido pelo Conselho Estadual de Cultura do Rio de Janeiro, por suas atividades na área da ciência. Em 2004, a COC organizou mostras como a Exposição Comemorativa do Centenário da Revolta da Vacina e a Exposição Roquette-Pinto: Um Mestre Brasileiro, com grande visitação pública.

Para a diretora da COC, Nísia Trindade Lima, o prêmio "é um reconhecimento da atuação da

Fiocruz nos campos da memória e da pesquisa histórica e científica" e marca o trabalho que a Casa de Oswaldo Cruz desenvolve, desde 1986, nas áreas de tratamento e conservação de documentação histórica, preservação do patrimônio arquitetônico de Manguinhos, pesquisa histórica, informação e divulgação científica.

Instituído em 1967 por Ricardo Cravo Albin, primeiro diretor do Museu da Imagem e do Som, o prêmio se destina a pessoas jurídicas que tenham prestado serviço relevante à cultura fluminense nas áreas de artes plásticas, literatura, teatro, música popular, música erudita, jornalismo, rádio, televisão, educação e ciência. 

Lei de Biossegurança foi ato ilegal e irresponsável. O colegiado da CTNBio passará de 18 para 27 integrantes, o que exigirá tempo maior para a composição da nova equipe — daí a pressa na liberação do algodão.

O Bollgard, conhecido como o “algodão-veneno da Monsanto”, também é chamado de Bt por receber o gene Cry1Ac da bactéria *Bacillus thuringiensis*, que codifica proteínas tóxicas, fazendo o papel de agrotóxico. A planta ainda recebe dois genes da bactéria *Escherichia coli*, que confere resistência aos antibióticos espectinomina e estreptomicina. Esses genes podem ser incorporados por bactérias, transferindo aos microorganismos resistência a antibióticos. Um gene do vírus do mosaico da couve-flor (doença que atinge vegetais) também é inserido nesse pacote.

A flor do algodoeiro atrai muitas abelhas e vespas selvagens devido à grande quantidade de néctar — estes insetos podem desaparecer pelo efeito da proteína tóxica. “No cerrado, 35% das plantas silvestres dependem de abelhas e vespas para a polinização. O desaparecimento desses agentes polinizadores pode causar a extinção de muitas plantas”, disse Barbeiro.

LULA SANCIONA LEI DE BIOSSEGURANÇA

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou no dia 24 de março de 2005 o texto da Lei de Biossegurança. Entre os sete vetos decididos pelo presidente foi derrubada a exigência de quórum mínimo de apenas 14 integrantes nas decisões da CTNBio — como a comissão delibera por maioria simples, oito votos bastariam para aprovar um produto transgênico, por exemplo. Para os assessores jurídicos do presidente, medidas que afetam toda a população brasileira não podem ser decididas por um grupo tão reduzido. O novo quórum deverá ser regulamentado possivelmente por decreto.

Também foi derrubado o dispositivo que estabelecia penas de dois a quatro anos para quem jogar no lixo resíduos de produto transgênico. Outro artigo vetado foi o que determinava um prazo de 30 dias para os ministros recorrerem das decisões da CTNBio. Agora, os ministros podem recorrer das decisões a qualquer momento. ■

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



toques da redação

OS CONFLITOS DA CTNBIO — No artigo intitulado “Seriedade”, publicado no *Globo* de 4/4 (o título original era “Reino do faz-de-conta?”), o economista Jean Marc Von der Weid, da campanha Por um Brasil Livre de Transgênicos, escreveu: “O que se espera da nova CTNBio é que seja isenta e rigorosa. Não pode agir como a anterior, que em vez de se preocupar com a biossegurança fazia apologia aos transgênicos.

O governo tem que definir claramente os casos de conflito de interesses nesta comissão. É cabível que dela participem cientistas que desenvolvam transgênicos? Não importa se são contratados da Monsanto ou da Embrapa ou de universidades. O fato é que vão julgar a liberação de produtos do mesmo tipo que estão pesquisando.

É preciso que a composição do corpo de cientistas seja feita com o critério de conhecimento na área de trabalho da comissão, que é de biossegurança e não de promoção de transgênicos.

Se o governo agir com seriedade, a nova comissão terá um papel fundamental para o futuro do país. Do contrário, ela agirá como a anterior, que estava cheia de pesquisadores de transgênicos, alguns deles, inclusive, membros de uma ONG criada com recursos da Monsanto e da Syngenta.” *Íntegra* www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=26780

DOUTOR FANTÁSTICO — O *Fantástico*, programa dominical da TV Globo, vive dando conselhos médicos. Em matéria do dia 10/4, que comentava a suspensão de anti-inflamatórios de nova geração como Vioxx (e, mais recentemente, Bextra, da Pfizer), por seus efeitos cardiovasculares colaterais, a repórter disse: “O meio científico é unânime: não existe motivo para desespero”.

Nosso repórter Inocêncio Foca ficou intrigado: unânime? Em seguida, a repórter ouviu um reumatologista, que afirmou: “Eu acho que o clínico tem de ter o bom senso de indicar a dose certa, pelo tempo certo, e mais ou menos individualizar a prescrição para cada doente”. O queixo de Inocêncio caiu: “Mais ou menos?”



REVISTA CONASEMS — “Ser saudável não significa apenas estar livre de doenças. Ter qualidade de vida, num meio ambiente em equilíbrio, é fator determinante na saúde do homem. Nunca se discutiu tanto quanto na atualidade os efeitos da devastação ambiental na sobrevivência dos seres vivos.” A frase abre matéria de sete páginas da edição fevereiro/março de 2005 da revista *Conasems*, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (www.conasems.org.br).

CAROS AMIGOS — Pergunta: “A gente poderia dizer que os chefes do crime organizado no Pará são os proprietários de terra?” Resposta: “São! Como não? São propriamente eles. É o agronegócio e dizemos assim com todas as letras”.

Trecho da “entrevista explosiva” da edição de março da revista *Caros Amigos* com Dom Tomás Balduino, da Comissão Pastoral da Terra. Ele informa dados recentes da CPT: em 2004, 34.850 famílias foram despejadas de suas terras; de 1985 a 2004, houve 1.379 assassinatos, só 75 julgamentos, só 15 mandantes condenados. Site www.carosamigos.com.br

CONASS — O secretário de Saúde de Minas, Marcus Pestana, é o novo presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), eleito em assembléia no dia 8 de abril, em Brasília. Os cinco novos vice-presidentes são: secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado (Norte); do Ceará, Jurandi Frutuoso (Nordeste); de Goiás, Fernando Cupertino (Centro-Oeste); do Estado de São Paulo, Luiz Roberto Barradas (Sudeste); e do Rio Grande do Sul, Osmar Terra (Sul). ■



Hospital de Ipanema



Hospital do Andaraí



Hospital Miguel Couto



Hospital Cardoso Fontes



Hospital da Lagoa



Hospital Souza Aguiar

RIO DE JANEIRO

Crise da saúde acende alerta no SUS



Reportagem *Katia Machado*
Fotos *Aristides Dutra*

Fruto dos ideais e das lutas do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 70/80, que resultaram na Lei 8.080, de 1990, o Sistema Único de Saúde completa 15 anos em clima de grave crise na rede pública da cidade do Rio de Janeiro.

Em fevereiro, um rol de antigas denúncias chegou à imprensa com grande estardalhaço — falta de pessoal, de remédios e de equipamentos, excesso de filas, de desatenção e de sujeira nos hospitais. Os fornecedores não eram pagos, o salário do pessoal terceirizado tinha dois meses de atraso, setores de emergência e centros cirúrgicos foram desativados em várias unidades.



Caos instalado, autoridades municipais e federais passaram a trocar acusações, enquanto as associações profissionais cobravam intervenção imediata do Ministério da Saúde. No dia 11 de março, finalmente, o presidente Lula assinou decreto declarando estado de calamidade pública na saúde carioca e intervenção em seis dos mais importantes hospitais da cidade – quatro deles municipalizados (Hospital da Lagoa, de Ipanema, do Andaraí e Cardoso Fontes) e dois municipais (Miguel Couto e Souza Aguiar). A administração dos demais hospitais passou à Secretaria Estadual de Saúde, perdendo a Prefeitura do Rio de Janeiro, por decisão do



O Ministério da Saúde esclarece que não se trata de intervenção, (expressão usada pelo próprio ministro nos primeiros dias e adotada pela imprensa, inclusive a *Radis*), mas de uma “requisição” dos seis hospitais. “A intervenção significa tomar os hospitais ou mesmo a saúde como um todo e agirmos de cima a baixo nessas unidades”, disse o coordenador Sérgio Côrtes.

Conselho Municipal de Saúde, o status de gestora plena do SUS.

“REFORMA DA REFORMA”

O Rio foi apanhado de surpresa. Os jornais se saíram bem na cobertura desse processo de ruptura: deram páginas e páginas às ações do governo federal, e até um diário carioca que vinha anunciando com insistência a saída do ministro da Saúde, Humberto Costa, não deixou de cobrir exaustivamente a intervenção, ainda que lhe atribuindo caráter partidário. Atendia ao clamor das ruas: a população só falava da crise. O prefeito “presidenciável” César Maia (PFL) reagia como se fosse candidato em outro país, sabotando as medidas de emergência (ver box nas páginas 12 e 13).

Os novos gestores organizaram miríades de atendimento nos hospitais, e os servidores, solidários, atendiam prontamente. As Forças Armadas montaram em tempo recorde hospitais de campanha em áreas próximas a unidades em crise. Enquanto os políticos batiam boca pela imprensa sobre o acerto deste recurso extremo, a resposta dos cariocas foi chocante: a corrida em massa de doentes às tendas da Marinha e da Aeronáutica, em filas que varavam a

madrugada, expôs o estado agudo de fragilidade da saúde do povo.

A intervenção do governo federal no Rio, revogada em parte pelo Supremo Tribunal Federal em 20 de abril (ver box na página 18), acendeu uma luz vermelha no painel de controle do SUS, abrindo uma oportunidade de ouro para análise do nosso modelo de saúde e reflexão sobre seu futuro. Um modelo fincado nos princípios e nas diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e descentralização, com ênfase na municipalização, na regionalização e na participação da sociedade (o controle social), pontos-chave que no Rio foram golpeados de morte. Morte, claro, dos pa-

O controle social está garantido na Lei N° 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os conselhos e as conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS nas três esferas de governo – federal, municipal e estadual. Estima-se que haja mais de 100 mil conselheiros de saúde no país. Essas instâncias são formadas por 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores e gestores de saúde.

Os nós do modelo

Nelson Rodrigues, o Nelsão, especialista em SUS, lembra que o movimento pela municipalização começou antes da criação do SUS, no contexto das lutas pela reforma sanitária e da busca de solução para os problemas sociais decorrentes da explosão demográfica, que dobrou o número de periferias pobres nos anos 70. “Os municípios e suas periferias eram o espaço mais acessível para novas práticas democráticas”, diz.

Três importantes encontros marcaram o fortalecimento desse movimento: em 1978, o encontro dos secretários municipais do Nordeste; em 1979, primeiro encontro nacional de secretários municipais, em Campinas (SP); e em 1980, o segundo, em Niterói (RJ). Quando o SUS foi criado, a proposta da municipalização já estava estruturada e foi inserida entre princípios e diretrizes do sistema, com o objetivo de aproximar as decisões das pressões da população.

Para Nelsão, dos princípios do SUS apenas a universalidade e a descentralização com ênfase na municipalização avançaram. Um está atrelado ao outro, diz Nelsão. “A integralidade, por exemplo, só acontece quando a regionalização funciona, ou seja, quando todas as ações necessárias a uma população se concentram numa região”.

O SUS herdou um modelo de oferta de serviços fincado no hospital como centro do atendimento, e por trás desse modelo estavam três segmentos, à frente dos interesses da população: os fabricantes (de equipamentos, insumos e medicamentos), a rede de prestadores de serviços (hospitais e laboratórios) e os profissionais de saúde. “A esses segmentos foi dada muita autonomia, sem regulação”, diagnosticou.

Mas, pautado na Constituição e na Lei do SUS, a 8.080/90, o modelo objetivava o atendimento das necessidades da população, que de-

veriam ser identificadas por estudos demográficos, epidemiológicos e sociais. “O mapa das necessidades de uma população serve para construir um sistema de saúde com ações integrais, voltadas para a promoção, a recuperação e a proteção à saúde do cidadão, evitando muito desperdício”, disse Nelsão. A maior parte desse desperdício teria solução. “Cuidar de um paciente com AVC é necessário, mas inoportuno, pois muitos casos seriam evitáveis com ações simples de prevenção da pressão alta”.

A intervenção no Rio só trará resultados salutaros, na opinião de Nelsão, se o MS reorganizar o sistema municipal de saúde, que não pode mais se centrar nos hospitais. Este seria o momento de resgate dos rumos do SUS dispostos na Lei 8.080/90. “Senão, muitas outras crises surgirão e muitos outros pedidos de intervenção vão ocorrer”, disse.



Hospital de Campanha da Marinha

cientes pobres, desassistidos em filas intermináveis.

Então, o momento é perfeito para um balanço do que deu certo e do que deu errado nesses 15 anos de existência do sistema, exemplo internacional de política pública de saúde que a agenda neoliberal do Estado mínimo faz tudo para acanhar. Nesse quadro repleto de complicações, não é casual que há anos os defensores históricos do SUS venham pedindo insistentemente uma “reforma da reforma” (ver entrevista na página 19). Falando à *Radis* em outubro de 2002, o médico-sanitarista Sergio Arouca repetia seu já antigo alerta para a necessidade de mudanças: “Temos que retomar o conceito da Reforma Sanitária para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo”.

A crise serve mesmo de alerta na opinião da cúpula da intervenção do Ministério da Saúde – Maria Luiza Jaeger (secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), Arthur Chioro (diretor do Departamen-

to de Atenção Especializada) e Sérgio Côrtes (diretor do Into, o Instituto de Traumatologia-Ortopedia), indicado coordenador das ações), entre outros. “Os problemas do Rio trouxeram à baila questões preocupantes para a consolidação do SUS”, resumiu o coordenador.

Quais são esses problemas? As dificuldades de um país continental, a debilidade da Atenção Básica (e o desprezo ao essencial Programa Saúde da Família), o modelo centrado nos hospitais, a difícil pactuação entre as três esferas de governo, o incipiente controle social, a não-responsabilização do mau gestor. Embora neste balanço não falemos disso, a matéria “O orçamento sob ataque”, na página 22, trata de outro obstáculo crucial ao êxito do SUS: o financiamento insuficiente da saúde. Ficamos devendo para breve (embora já tenhamos tratado muitas vezes desses temas) questões decisivas como humanização, que exige formação e qualificação profissional, e a necessidade de atração da grande

mídia para o debate em torno do controle social.

Para o médico-sanitarista Nelson Rodrigues, o Nelsão, ex-secretário-executivo do Conselho Nacional de Saúde, o que vemos é um SUS com pouca resolutividade na Atenção Básica, congestionando prontos-socorros e ambulatórios especializados. “Por isso, afirmo que a crise do Rio é apenas a ponta do iceberg”, disse. “O SUS está em crise, principalmente nas grandes capitais”. O Rio tem um dos piores quadros porque o sistema municipal foi pautado exclusivamente nos hospitais, o chamado modelo “hospitalocêntrico”, e não foi construída uma rede de atenção básica eficiente.

Antônio Ivo de Carvalho, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, que vê na intervenção uma solução de urgência, afirmou que a crise está “na cidade, na Região Metropolitana e no SUS como um todo”, justamente pela ausência da atenção básica resolutiva, que leva a população diretamente aos

hospitais. "É uma rede pautada apenas para atender a demanda, sem se preocupar com o cuidado e a prevenção", resumiu.

"O RIO É TERMÔMETRO"

Em sua análise da crise, a secretária Luiza Jaeger, do Ministério da Saúde, usou como ponto de partida a diversidade do Brasil. Para ela, é impossível um sistema igual em todos os estados e municípios num país com enormes diferenças regionais e culturais. E fez uma sugestão: que o Rio de Janeiro sirva de parâmetro e termômetro do sistema. "Para termos certeza de que o SUS deu certo ele terá que funcionar bem no Rio".



Afinal, quais eram (são) os problemas do Rio? Quem mora na cidade sabe de cor. E o governo registrou. Na reunião de 17 de março da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o ministro Humberto Costa exibiu radiografia detalhada das fraturas da rede carioca, feita em seis dias pela equipe da intervenção.

Os problemas basilares da rede assistencial: nos hospitais do Andaraí e Cardoso Fontes, setor de emergência fechado; no Hospital da Lagoa, 75% dos leitos desativados e 100% das salas cirúrgicas sem condições de uso (infiltrações e equipamentos quebrados), UTI fechada e ambulatório operando com 50% da capacidade; nos hospitais Miguel Couto, Souza Aguiar e Geral de

A CIT foi criada em julho de 1991 pela Portaria MS/GM nº 1.180, antes das Comissões Intergestores Estaduais (CIB). A comissão é formada paritariamente por integrantes do MS, do Conass (secretários estaduais de Saúde) e do Conasems (secretários municipais). CIT e CIBs definem os tetos financeiros estaduais e avaliam as Normas Operacionais Básicas do SUS.

Bonsucesso, colapso iminente da emergência (no Souza Aguiar faltava até aparelho de raios-X); no Hospital de Ipanema, 70% das salas cirúrgicas e

Os primeiros 15 dias de

A seguir, a cronologia das duas primeiras semanas da presença federal no sistema de saúde do Rio de Janeiro, em meio às dificuldades interpostas pelos gestores municipais.

DIA 13/3

♦ Profissionais de saúde, incluindo pessoal terceirizado, muitos com até dois salários atrasados, se apresentam para trabalhar nos seis hospitais requisitados, num mutirão de atendimento que o ministro Humberto Costa chama de "operação de guerra".

DIA 14/3

♦ O Ministério da Saúde (MS) consegue liminar na Justiça suspendendo decreto do prefeito César Maia que exonerava 51 funcionários dos cargos de confiança dos hospitais sob intervenção.

♦ Equipe de 15 advogados e administradores do ministério chega ao Rio para auxiliar na implantação das medidas, com apoio de dois profissionais da Advocacia Geral da União.

♦ MS consegue evitar que seja desconetado o sistema de informática dos hospitais, frustrando tentativa de funcionários da prefeitura.

DIA 15/3

♦ César Maia assina novo decreto afastando 285 servidores de cargos comissionados dos quatro hospitais municipalizados e suspende a entrega programada de kits para análise



Hospital de Campanha da Marinha

de tipo sanguíneo. O MS consegue outra liminar na Justiça suspendendo a decisão do prefeito. César Maia diz que pretendia apenas "deixar o Ministério da Saúde à vontade para definir sua equipe".

♦ A Base Aérea do Galeão recebe 16 toneladas de medicamentos para abastecer os seis hospitais sob intervenção do MS, armazenados na Fiocruz, a maior parte de antibióticos e antiinflamatórios.

♦ Auditores do MS encontram grande quantidade de medicamentos e insumos para tratamento de Aids e cardiopatias, analgésicos e lentes

intra-oculares (usadas em cirurgias oftalmológicas), com prazo de validade vencido, em sala do Hospital Cardoso Fontes.

♦ O ministro Humberto Costa anuncia a contratação de funcionários, em caráter emergencial, para suprir o déficit da rede municipal de saúde.

DIA 16/3

♦ Humberto Costa anuncia várias medidas para tentar normalizar o estado de calamidade na saúde do Rio. Entre elas: contratação emergencial temporária de pessoal, criação do Samu e aplicação, também em cará-

40% dos leitos desativados, além de sala de cirurgia ambulatorial interdita pela Vigilância Sanitária; no Cardoso Fontes, menos de 10% do total de leitos; no Hospital do Andaraí, pronto-socorro e metade do centro cirúrgico desativados (com descumprimento da ordem judicial para a reabertura).

Outros problemas, de ordem político-administrativa: desassistência em saúde bucal, baixa cobertura da atenção básica, situação de greve nos hospitais da Lagoa e do Andaraí; falta de insumos, especialmente medicamentos; contratos de manutenção e registro de preços suspensos desde junho de 2004; não-pagamento das cooperativas médicas, resultando na ausência ou na redução de médicos

na emergência dos hospitais Miguel Couto, Souza Aguiar, Salgado Filho, Lourenço Jorge.

No dia 6 de abril, em debate sobre a crise na Ensp/Fiocruz, o coordenador da intervenção, Sérgio Côrtes (ele mesmo na berlinda da imprensa, alvo de ameaças de morte e de denúncias de que o Into não anda às mil maravilhas), não dourou a pílula: a situação era gravíssima. "Assumimos as unidades numa sexta-feira, quando foi assinado o decreto de calamidade pública, e percebemos que o quadro era bem pior do que imaginávamos", disse. O Souza Aguiar, por exemplo, dificilmente funcionaria no dia seguinte, um sábado, "pois estava completamente desabastecido de medicamentos e

materiais médicos essenciais numa emergência". No Miguel Couto, operavam apenas três dos 14 respiradores da grande emergência.

"PROBLEMAS ANTIGOS"

"Os problemas no Rio são antigos", disse à *Radis* a conselheira Solange Belchior, representante dos trabalhadores no Conselho Nacional de Saúde pela Federação Nacional dos Enfermeiros. Quando era do Conselho Municipal de Saúde, há três anos, já denunciava problemas gritantes. Por exemplo, a falta de prevenção da diabetes. "As pessoas estavam indo ao Souza Aguiar para fazer amputação", disse ela, para espanto da



uma "operação de guerra"

ter emergencial, de R\$ 6.094.182 para que a Secretaria Estadual de Saúde realize cirurgias eletivas na capital.

- ♦ O ministério autoriza compra de insumos de forma emergencial, com dispensa de licitação. Para evitar fraudes, é estabelecida uma tabela própria de preços.

DIA 17/3

- ♦ Auditoria do MS anuncia que foram encontrados equipamentos de raios X e de laboratório, computadores e cadeiras de rodas abandonados no subsolo do Hospital do Andaraí.

- ♦ MS protocola três ações na Justiça para evitar problemas na rede municipal de saúde: a primeira exige o pagamento imediato dos 593 médicos-residentes que trabalham em 18 unidades de saúde; a segunda cobra o pagamento dos profissionais de 102 postos de saúde do Rio; a terceira tenta impedir que César Maia devolva, em 72 horas, 2.549 servidores federais que atuam em quatro unidades municipais.

DIA 18/3

- ♦ O MS anuncia que serão montados hospitais de campanha no Rio pelas Forças Armadas: um da Aeronáutica na Zona Oeste, com capacidade para 400 atendimentos ambulatoriais diários; um Marinha, no Centro da cidade (na área do Campo de Santana), com capacida-

de para 600 atendimentos por dia; e um do Exército. De acordo com Sérgio Côrtes, a ajuda das Forças Armadas foi decidida por sua velocidade e mobilidade em montar ambulatórios.

- ♦ César Maia entra com ação no STF para retomar os hospitais municipais Souza Aguiar e Miguel Couto, alegando que o decreto presidencial que autorizou a intervenção é inconstitucional – uma "coreografia jurídica", diz.

- ♦ Comboio de 57 ambulâncias do Samu sai de Tatuí, no interior de São Paulo, para a cidade do Rio.

DIA 19/3

- ♦ Auditores do MS surpreendem-se ao descobrir que 16 leitos do Hospital Souza Aguiar estão desativados por falta de colchões.

DIA 20/3

- ♦ MS convoca 1.140 profissionais de saúde para trabalho temporário nas emergências dos seis hospitais sob intervenção e nas ambulâncias do Samu.

- ♦ São aprovadas na Justiça três liminares: a primeira determina que a prefeitura garanta o fornecimento de kits laboratoriais aos seis hospitais sob intervenção federal; a segunda obriga o município a reiniciar as obras do Hospital Souza Aguiar e a reabrir o processo de licitação para as obras nos hos-

pitais do Andaraí e Miguel Couto; e a terceira, uma ação preventiva, tenta evitar que Cesar Maia impedisse a instalação do hospital de campanha da Marinha no campo de Santana.

- ♦ Ambulâncias do Samu chegam ao Rio e são provisoriamente guardadas na Fiocruz. O Samu funcionará com uma central de regulação, acionada pelo número 192.

DIA 21/3

- ♦ Aeronáutica monta o hospital de campanha na sede campestre do Clube da Aeronáutica, na Barra da Tijuca, com previsão para atender de 300 a 400 pessoas por dia. O local, que tem à disposição 40 médicos, entre clínicos, pediatras, ginecologistas, ortopedistas e odontologistas, foi montado com laboratório, farmácia, sala de diagnóstico por imagem, enfermaria com seis leitos, centro cirúrgico para pequenas intervenções e mini-UTI.

DIA 27/3

- ♦ Após disputa com o prefeito Cesar Maia, que alegava danos ambientais à flora e à fauna do parque, o MS consegue autorização judicial para a montagem do hospital de campanha da Marinha no Campo de Santana, que oferecia clínica-geral, ortopedia e ginecologia. No primeiro dia, a unidade superou os 2 mil atendimentos.



A mesa do debate na Ensp sobre a crise na saúde do Rio: a falta de organização da Atenção Básica foi preocupação geral

platória. “Amputar uma perna não só significa maior gasto para a saúde, como também reduz a qualidade de vida de uma pessoa”. Para evitar muitas dessas amputações bastaria distribuir hipoglicemiantes aos pacientes e dar-lhes acesso a profissionais qualificados. “Onde estavam os remédios e os serviços de atenção básica e de prevenção?”, questionou.

Solange disse apoiar a intervenção, mas ressaltou que, para a medida ser produtiva, o ministério precisa organizar e reestruturar a rede de saúde do Rio. “Senão, ao sair, tudo volta a ser como antes”.

Em sua apresentação na CIT, o ministro Humberto Costa disse que esse caos na saúde é consequência da falta de vontade política e de capacidade da Prefeitura do Rio para gerir os recursos que passou a receber a partir de 1999, quando assumiu a gestão plena do SUS. O número de leitos disponíveis e não aproveitados demonstra essa incapacidade, disse o ministro. O Rio necessita de 15.027 leitos hospitalares e tem à disposição 20.967 leitos. “Ou seja, 28% acima da necessidade”, destacou. “Mas mantém uma situação de caos, com filas e desassistência”. Necessita de 601 leitos de UTI, tem 666 leitos; das 191.808 diárias de UTI disponíveis, usou em 2004 apenas 69.402 diárias, informou o ministro.

Por seu lado, o secretário municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho (profissão: banqueiro), sempre repete à imprensa que uma das causas da crise na saúde do Rio é que os hospitais cariocas recebem grande número de pacientes de fora. Para Humberto Costa, a alegação não procede. “Apenas 18,2% das internações

em 2004 foram de residentes em outros municípios, percentual menor do que o de muitas capitais”.

PERDA POR OMISSÃO

O problema maior, segundo o ministro, foi a falta de organização da Atenção Básica, ou seja, da ausência de ações nos postos de saúde, levando à superlotação dos hospitais, que deveriam oferecer apenas serviços de média e alta complexidade, como exames e cirurgias. O atendimento de baixa complexidade é tarefa dos postos de saúde.

Dos cerca de R\$ 23,3 milhões que estavam programados para execução do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf), do Ministério da Saúde, o Rio solicitou apenas pouco mais de R\$ 2 milhões, e comprovou a execução de aproximadamente R\$ 802 mil. Das 651 equipes de Saúde da Família que a prefeitura havia se comprometido a implantar em 2004, apenas 57 estão em funcionamento, ou seja, 9% da meta, e cobertura de 3,3%. “Assim, recebeu apenas R\$ 1.915.884, quando poderia ter recebido R\$ 35.709.552”.

A mesma coisa quanto ao Programa de Agentes Comunitários: a prefeitura recebeu R\$ 3.508.440

Criado em 1991, é estratégia transitória para o Programa Saúde da Família. Para cada equipe de Saúde da Família há de quatro a seis equipes de agentes comunitários. Previne doenças informando e orientando a comunidade nos cuidados de saúde.

dos R\$ 13.344.240 programados, pois só contratou 1.038 dos 3.948 agentes previstos. Por não ter nenhuma equipe de Saúde Bucal, deixou de receber R\$ 12.872.400. “Só desses três programas, que são fundamentais para desafogar os hospitais, pois organizam a Atenção Básica, a prefeitura abriu mão de receber R\$ 56.501.868 por ano”, informou Humberto Costa.

E a Prefeitura do Rio de Janeiro ainda deixou de receber R\$ 20.532.692,32: não se habilitou ao Piso de Atenção Básica Ampliada ao não informar por dois anos a existência de eletrocardiógrafo e odontólogo; mais R\$ 4.066.856, por não informar o atendimento extra-hospitalar a pacientes de saúde mental; outros R\$ 2.098.368 por não informar sua produção no Programa Saúde da Família, o que representa 50% do que atualmente recebe na área; R\$ 14.028.000 por não ter aderido ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma das principais estratégias da Atenção Básica. Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde mais perto da família. Prioriza a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou em domicílio pelas equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde).

O Samu/192 tem como finalidade o socorro à população em casos de emergência. O serviço deverá funcionar 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas) que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

(Samu); e R\$ 6.051.393 para as cirurgias eletivas. "Um total de R\$ 36.510.963,16 perdidos por omissão somente no ano de 2004.

"OUTROS FINOS"

Para Solange Belchior, o problema não é apenas o dinheiro que a prefeitura deixou de receber, mas como ela usou os recursos que recebeu. Ela explicou: o prefeito, por aprovação da Câmara Municipal, tem a prerrogativa de remanejar até 25% de todo o montante do dinheiro da prefeitura para aplicar em esporte e lazer, urbanização, entre outros serviços. "Sendo a saúde o segundo maior orçamento, no qual 65% do dinheiro são custeados pelo governo federal e os outros 35% pelo próprio município, um montante considerável, que deveria ser da saúde, está sendo aplicado em outros fins", disse.

De acordo com Humberto Costa, a participação do governo federal no sistema municipal de saúde do Rio é grande. Nas unidades de saúde municipalizadas estão em atividade 10.433 servidores públicos federais, com custo para o Ministério da Saúde, em 2004, de R\$ 321.361.516,38. A rede conta ainda com unidades federais instaladas no Rio, como o Instituto de Traumatologia-Ortopedia (que atende 73% das internações de alta complexidade em ortopedia no Rio de Janeiro), o Instituto do Câncer (que realiza 87% do tratamento de quimioterapia, 76% de radioterapia e 53% das internações por câncer) e o Hospital Geral de Bonsucesso, que recebeu do MS em 2004 R\$ 608,6 milhões, sendo R\$ 217,6 milhões para pessoal. O pagamento de pessoal cedido à prefeitura e das bolsas de residência médica atinge R\$ 1.706.081.025,48, correspondendo a cerca de 5% de todo o orçamento do Ministério da Saúde.

A prefeitura conta ainda com dois programas federais: o Qualisus, política de Qualificação de Atenção à Saúde do SUS, pelo qual o MS, antes da intervenção, aprovou investimen-

tos de R\$ 38.042.000 – R\$ 25.243.000 serão destinados aos hospitais municipais, e o projeto de ampliação dos Leitos de Terapia Intensiva, cadastrando cinco novos hospitais (num total de 22 leitos de UTI), o que correspondeu a acréscimo de R\$ 1.249.966,08 anualmente no teto financeiro da cidade.

Os números apresentados pelo ministro aparentemente desmentem a velha queixa do secretário e do prefeito: o Rio tem problemas porque a prefeitura arca com os altos custos das unidades municipalizadas, ou seja, dos hospitais que eram federais e hoje são de responsabilidade gerencial do município. Acontece que essa queixa tem de fato fundamento: a manutenção dos hospitais federais municipalizados é cara.

Mas teria solução também, se não fosse a má vontade da prefeitura.

"SERÁ O CAMINHO CERTO?"

Afinal, o que é a municipalização? A proposta, básica para a consolidação do SUS, fundamenta-se no princípio da descentralização, entendida como a redistribuição das responsabilidades por ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo: a idéia é que quanto mais perto do fato uma decisão for tomada maior a chance de acerto.

Com esse modelo, os municípios passaram, ao longo da década de 90, a gerenciar um sistema municipal de saúde atrelado ao SUS, ganhando com isso maior responsabilidade e autonomia na implementação das ações de saúde diretamente voltadas para seus cidadãos. A partir da descentralização com ênfase na municipalização, cabe ao Ministério da Saúde pactuar ações e recursos com as demais esferas de governo, transferindo a estados e municípios o poder de fazer e o meio de fazer as ações em saúde.

Alguns questionam se esse seria o processo mais adequado. No debate sobre a crise, o sanitarista da Ensp/Fiocruz Eduardo Costa, que foi secretário de Saúde do primeiro governo Leonel Brizola (1983-1986), perguntou: "Será que estamos no caminho certo? A descentralização não deveria ter sido feita sem ênfase na municipalização?"

Na opinião de Maria Luiza Jaeger, o problema não está no conceito, mas na prática. "É preciso capacitar o município nesse processo", afirmou. Para ela, a municipalização no Rio foi malfeita quando, em 1999, a prefeitura assumiu 28 unidades fe-

derais. Solange Belchior concordou. "O decreto de municipalização do Rio foi assinado pelos dois governos, federal e municipal, sem discussão ampla na sociedade", lembrou. Os sanitaristas queriam a municipalização com a rede de saúde organizada, e a própria rede municipal dizendo quais serviços federais precisariam ser incorporados. "Mas isso nunca aconteceu, foi tudo feito à revelia dos profissionais que estavam inseridos no sistema, da população e do controle social", lastimou Solange.



"OPÇÃO MALFEITA"

Arthur Chioro, diretor do Departamento de Atenção Especializada do MS, disse que o modelo de municipalização brasileiro, único no mundo, vem funcionando em muitas cidades. No Rio, entretanto, houve esse problema típico: o grande número de unidades federais existentes na cidade, por conta de seu tempo de capital do país. E a prefeitura assumiu grande parte. "Fez-se uma opção que muitos hoje admitem ter sido malfeita", concedeu. "Devido a pressões políticas, por causa de renegociação de dívidas, fizeram com que o município aceitasse unidades que dificilmente conseguiria suportar a médio e longo prazo".

Se por um lado há o reconhecimento de que as unidades assumidas pelo Rio são caras e que o processo de municipalização conteve erros, por outro o governo afirma ter buscado alternativas. "Abrimos negociação com a prefeitura na tentativa de solucionar o problema", disse Chioro. Para ele, o primeiro grande impasse diz respeito à força de trabalho federal que está nos hospitais municipalizados. A maioria estará se aposentando daqui a cinco anos e outra parte, daqui a nove anos.

Ele lembrou que no Rio, para dar conta dessa necessidade, foi assinada pela União e a prefeitura na época da municipalização uma cláusula de compensação do teto financeiro do município para substituição do pessoal de seis das 28 unidades municipalizadas. Aos então ministros José Serra e Barjas Negri, a Prefeitura do Rio apresentou por duas ou três vezes solicitação de reposição do teto financeiro, contou Chioro. Mas em vez de pedir em relação às seis unidades que constavam da cláusula, ela insistia na reposição das 28 unidades, o que impediu o repasse, informou.

Com isso, a prefeitura deixou de captar recursos em 2000, 2001 e 2002, exatamente porque não se ajustou aos termos do contrato. "Se a prefeitura achava que, do ponto de vista político, devia lutar pela reposição nas 28 unidades, tinha duas opções: primeira, pegar o dinheiro disponível para os seis já acertados, para não prejudicar o sistema; segundo, abrir discussão com o Ministério da Saúde, tanto com o governo anterior quanto com o atual, para cobrar o resto", argumentou Chioro.

"SEM ATENÇÃO BÁSICA"

O Ministério da Saúde, para resolver o impasse, fez levantamento das perdas da prefeitura desde a municipalização e chegou a um valor de R\$ 89 milhões. Pela proposta do ministério, a primeira metade seria paga em 2006 e a outra em 2007. Outras propostas do MS: repasse de R\$ 46 milhões para despesas com pessoal dos seis hospitais que constam da cláusula contratual; investimento em 2005 de R\$ 93 milhões (R\$ 38 milhões do Programa Qualisus e R\$ 55 milhões para

equipamentos e reformas em unidades de saúde municipalizadas); devolução dos Hospitais da Lagoa e de Ipanema, como forma de reorganizar os serviços de alta complexidade de abrangência regional e aliviar o impacto dos gastos com custeio da prefeitura.

Como informou Chioro, os valores foram calculados com base em relatórios apresentados pelo próprio secretário Ronaldo Cezar Coelho, mostrando a situação de deterioração dos hospitais municipalizados. "A prefeitura, portanto, receberia R\$ 182 milhões em três anos para investimento e recuperação da rede municipal de saúde", disse.

A proposta estava condicionada a algumas ações, como esclareceu Chioro: cumprimento do pacto, expansão e qualificação da Atenção Básica, estruturação de um sistema de regulação de leitos, adoção do Samu, aplicação de recursos de comum acordo tanto na rede municipalizada quanto no pronto-atendimento.

Mas, com direito a R\$ 22,4 milhões do Proesf (os recursos para o

Programa Saúde da Família), dos R\$ 2 milhões já recebidos a prefeitura só executou R\$ 700 mil; das 200 equipes de Saúde da Família prometidas para 2003 só se efetivaram 54. "Queríamos apenas que a prefeitura expandisse a Atenção Básica, desafogando os serviços de média e alta complexidade, independentemente do modelo que fosse seguir", ressaltou Chioro, indignado ao lembrar que o Rio é a capital com a menor cobertura de atenção básica do país.

Procurada insistentemente pela *Radis*, a prefeitura não se manifestou.

"GESTÃO DETERIORADA"

Os problemas só existem na rede de saúde municipalizada do Rio? A equipe do MS garante que não. "Temos ciência de que são vários os problemas, tanto nas unidades do estado quanto nas da União", disse Chioro. "A diferença é que as esferas de governo envolvidas conseguem pactuar as ações em saúde necessárias e juntas buscam soluções para seus problemas".

Nelsão defende a criação de uma rede eficiente de atendimento básico, e lembra que na busca de soluções é imprescindível a maior participação da sociedade organizada na luta pelas suas necessidades. E a população precisa ser informada sobre essas necessidades, que não se resumem a pronto-socorro e internação. Mas ajudaria também a criação de uma central de regulação de leitos, que organiza as internações e evita a recusa de pacientes — problema recorrente na rede carioca. "Precisamos de uma central que trabalhe com visão de conjunto dos leitos existentes", defendeu o diretor da Ensp/Fiocruz, Antônio Ivo de Carvalho. "Com equipes médicas avaliando os pedidos de internação das diversas unidades, a central define o leito e a unidade mais adequada ao paciente".

Para Chioro, esta central de regulação é urgente. Lembrou ele que a oferta de leito de UTI e de clínica no Rio é suficiente para a população da cidade e da Baixada Fluminense. "Na cidade do Rio, no entanto, não há nenhuma regulação", lamentou. Para dar uma idéia do problema, Chioro disse que nas unidades assumidas pelo MS não havia sequer censo diário. "Ou seja, não se sabia quantos pacientes estavam internados, quantos tiveram alta, quantos foram para óbito ou transferidos", disse, causando espanto. "A qualidade de gestão está deteriorada".

Academia faz seu papel

Na opinião do diretor da Ensp/Fiocruz, Antônio Ivo de Carvalho, nesse momento de reflexão sobre o SUS todos os representantes da sociedade precisam dar sua contribuição. Inclusive a academia. Na busca de contribuir para o avanço e a consolidação do SUS, a Ensp formou comissão de 10 pesquisadores, especialistas em políticas públicas de saúde, que discutirá a crise do SUS. Além de promover debate sobre a crise com a equipe de intervenção do MS, organizou oficinas de trabalho que reúnem especialistas e os principais atores envolvidos na crise da saúde.

Não queremos saber quem é o culpado pela crise do Rio, se o gestor municipal ou federal", disse. "Nossa intenção como representantes da academia é discutir o futuro de nosso sistema de saúde, e é sobre os problemas que surgiram na rede municipal de saúde do Rio que a Ensp passa a refletir".

O trabalho proposto pela Ensp está pautado em três grandes problemáticas do SUS: a Atenção Bási-

ca, ainda deficiente no Rio e nas grandes capitais; a ausência de uma central de regulação, capaz de controlar a relação entre Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade; e a falta de contratos com metas internas e externas, o que melhoraria a lógica das internações nos hospitais.

"Não adianta saber que há tantos leitos, é preciso identificar quem e como pode ser feito um serviço necessário", disse. Para que isso ocorra, somente com uma central de regulação funcionando e com todas as ações, como internações e cirurgias, devidamente pactuadas. "É saber quem deve e pode fazer determinado serviço".

Acompanhe a crise

Participe dos debates da página "A crise do SUS no Rio de Janeiro" (www.ensp.fiocruz.br/crisesaude), espaço criado pela Ensp/Fiocruz para divulgação de informações e propostas alternativas para a saúde do Rio e do SUS.



A população acorreu ao Hospital de Campanha da Marinha, montado em pleno Campo de Santana, no Centro da cidade



A fria palavra do Supremo



Em 20 de abril, o Supremo Tribunal Federal decidiu, por 10 x 0 (um ministro estava ausente), que os dois hospitais municipais, Miguel Couto e Souza Aguiar, deveriam voltar à gestão da Prefeitura do Rio. Mais: a União não pode usar servidores, bens e serviços da prefeitura nos quatro hospitais federais municipalizados, requisitados pelo MS em 11 de março. Como decisão da Justiça não se discute, cumpre-se, o ministério anunciou de pronto que atenderia às determinações do Supremo.

Era o 41º dia da presença federal na saúde do Rio. A notícia da decisão publicada em 20/4 no site do STF (www.stf.gov.br) foi objetiva. Nos jornais, saiu mais fria do que sala de cirurgia. Em

contraste com as reportagens e as imagens "derramadas" das semanas anteriores, quando a mídia quase se emocionou diante do sofrimento dos cariocas que responderam em massa à ação do ministério, a "sentença" do Supremo foi como um toque gelado. A Justiça falou, a carência do povo desapareceu.

O curioso é que os ministros não evitaram a adjetivação. "É uma intervenção disfarçada, enrustida", disse o ministro Carlos Ayres Britto. Para Cezar Peluso, o ato da União estava impregnado de "nulidade radical e absoluta" (...), "fraude constitucional". O ministro Gilmar Mendes disse que a vingarem tais medidas "teríamos intervenções tóxicas, tornando o prefeito ou governador um tipo de

rainha da Inglaterra". "É um decreto calamitoso", declarou Marco Aurélio de Mello. "A persistência dele implicaria um retrocesso, passados tantos anos do regime de exceção." Carlos Velloso classificou a medida de "inconstitucionalíssima".

Não adiantou o advogado-geral da União, Álvaro Augusto Ribeiro Costa, negar que se tratasse de intervenção federal típica, e sim de "requisição administrativa" de bens e serviços amparada na Lei 8.080/90, a do SUS. Mas a decisão baseou-se em tecnicidades patrimoniais, e não em estratégias de saúde ou demandas da população. Paciência. Que o cidadão recorra aos instrumentos do controle social. (M. C.)

"PACTUAÇÃO ESGOTADA"

O projeto para criação da central de regulação de leitos está a caminho, acertado entre os governos federal e estadual, e entraria em funcionamento ainda no mês de abril para internações em UTI, CTI e cirurgias. Progressivamente serão acrescentadas áreas de atendimento médico, hospitalar e ambulatorial, tanto de alta quanto de média complexidade, num sistema de regulação e de marcação de consultas.

As soluções, no entanto, precisam estender-se ao SUS como um todo. Segundo Chioro, a barreira para

a consolidação do sistema está na pactuação entre as três esferas de governo. "Avançamos claramente rumo ao esgotamento do grau de pactuação", avaliou. "Se não repensarmos isso vamos enfrentar várias outras crises". Chioro ressaltou que há exemplos de superação de divergências de ordem tanto política quanto partidária, em que houve diálogo, capacidade de construção coletiva, de divisão de responsabilidades e intenção política concreta para enfrentar o problema. Ele se referia à crise nas Santas Casas de Belo Horizonte e de Campo Grande: estado,

município e União enfrentaram juntos o problema e obtiveram êxito.

Como destacou no debate da Ensp o médico Ruben Mattos, diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, é necessário também responsabilizar o gestor que não cumpre suas obrigações. "Os problemas surgidos nos últimos anos estão intimamente ligados ao processo de desresponsabilização do gestor público", disse. "E não tendo responsabilização não há pacto possível".

Sérgio Côrtes apoiou. Para ele, a crise que levou a segunda maior capital do país a perder o status de gestor pleno do SUS conduz à necessidade urgente da Lei de Responsabilidade Sanitária, cujo projeto está em preparativos finais no Ministério da Saúde. "A Prefeitura do Rio é responsável pela atenção básica, e o gestor estadual não tem instrumento para obrigar o município a cumprir suas tarefas, pode somente assumir o que não é feito devidamente", ressaltou o coordenador da intervenção. A Lei de Responsabilidade Sanitária é inspirada na Lei de Responsabilidade Fiscal, que prevê punição para gestores que fazem mau uso dos recursos públicos. "Hoje gastamos muito e mal com a saúde", disse o ministro Humberto Costa. "Com meios legais para punir os desmandos, o quadro vai melhorar no futuro".



Pacientes aguardam atendimento no Hospital Municipal Miguel Couto, na Zona Sul do Rio: de volta à administração da prefeitura

ENTREVISTA

Gastão Wagner de Sousa Campos

“É preciso fazer a reforma da reforma do SUS e dar fim aos desmandos”

O SUS é uma reforma incompleta, uma política que exigiu e ainda exigirá grandes mudanças tanto no modo de gerir sistemas públicos como na própria maneira como se organizam e operam os serviços de saúde”. A opinião é do médico-sanitarista e professor da Universidade de Campinas Gastão Wagner de Sousa Campos, 52 anos, tão entusiasta do Sistema Único de Saúde, para ele uma política generosa, voltada para os interesses populares, quanto crítico das práticas neoliberais, cujos porta-vozes combatem tenazmente o sistema.

Assim, são dois os obstáculos à continuidade do SUS. “Um é o contexto de ajuste econômico e de contenção dos gastos públicos na área social, paralelamente a uma expansão de gastos com serviços da dívida e manutenção de equilíbrio monetário”, resume ele. “Não haverá futuro para o SUS, para a educação pública e para outras políticas de bem-estar se o Brasil não conseguir alterar esse padrão de gasto do excedente de riqueza produzido no país”. Isso depende, na opinião dele, de um forte movimento social e da opinião pública, “bem como de um governo que tenha a grandeza de realizar essas negociações sem levar o país ao isolamento”.

Gastão assumiu a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde logo depois da posse do presidente Lula, a convite do ministro Humberto Costa. Em 10 de novembro do ano passado foi exonerado, por divergências quanto às políticas de saúde. Antes, além de ensinar, dirigiu a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e exerceu por duas vezes o cargo de secretário municipal de Saúde de Campinas. Ao deixar o ministério foi convidado a assumir o posto de representante do Brasil no Conselho Executivo da OMS, mas recusou. Preferiu “continuar ajudando na cons-

trução do SUS”, e retomou assim seu cargo de professor da Unicamp.

Nesta entrevista à *Radis*, concedida por e-mail, Gastão faz um balanço dos 15 anos do SUS e um diagnóstico das mazelas que levaram a saúde do Rio de Janeiro a esse estado de calamidade. “O Rio tem funcionado como uma espécie de vanguarda da degradação do tecido social e do Estado brasileiro”, diz. Na cidade, segundo ele, aparece mais a inércia do poder público – municipal, estadual e nacional – e há uma evidente degradação do modo de se fazer política e gestão da coisa pública. “Nem o SUS conseguiu atenuar esse fato”, afirma. “Há um caos que criou um ciclo vicioso, em que cada vez menos gente se espanta e se escandaliza com desmandos e descuidos; nesse sentido, a intervenção tornou-se inevitável”.

Para que a situação do Rio não se repita em outras cidades, Gastão defende que a “reforma da reforma” do SUS prossiga e que se coloquem limites ao desmando e à omissão dos governantes quando o assunto é política pública.

Depois de 15 anos de existência, qual o balanço que você faz do SUS?

O SUS é uma política generosa, uma das leis mais claramente voltadas para a defesa das pessoas e dos interesses populares já aprovadas no Brasil. Exatamente por esse nobre motivo, tem sido tenazmente combatida e criticada por todos aqueles que aderiram à baboseira reacionária do discurso neoliberal. Uns a classificam de populismo ou de demagogia, outros argumentam sobre sua inviabilidade – o Brasil não teria dinheiro para sustentar esse tipo de luxo. Apesar dos agourentos, o SUS encontrou um *modus operandi* moderno, racional e que inovou o modelo de gestão e de atenção. Isso explica o porquê de se conseguir prestar tantos serviços com tão pouco recurso.



No entanto, o SUS é uma reforma incompleta, uma política que exigiu e ainda exigirá grandes mudanças tanto no modo de gerir sistemas públicos como na própria maneira como se organizam e se operam os serviços de saúde.

Há grandes obstáculos à continuidade desse processo. Um é o contexto de ajuste econômico e de contenção dos gastos públicos na área social concomitante a uma expansão de gastos com serviços da dívida e manutenção de equilíbrio monetário. Não haverá futuro para o SUS, para a educação pública e para outras políticas de bem-estar se o Brasil não conseguir alterar esse padrão de gasto do excedente de riqueza produzido no país. Isso depende de um forte movimento social e de opinião pública que sustente esse tipo de projeto, bem como de um governo que tenha a grandeza de realizar essas negociações sem levar o país ao isolamento.

Outra dificuldade é a cultura fortemente clientelista e o precário funcionamento da máquina pública em todo país. A maioria dos muni-

cípios tem baixa capacidade de gestão e a sociedade civil pequena capacidade para impulsionar e para controlar o governo. Esse fato é o principal responsável pela forma heterogênea e desigual com que o SUS vem se implantando. Por último, o movimento sanitário, que teve um papel tão destacado na concepção e no desenvolvimento do SUS, nos últimos anos reduziu sua capacidade criativa e propositiva, talvez por haver se colado em excesso à perspectiva oficialista de alguns governos. Estes obstáculos foram citados de modo muito ligeiro e, com certeza, mereceriam uma compreensão mais cuidadosa.

O SUS avançou e, ao mesmo tempo, ainda há problemas graves tanto em relação à universalidade quanto à integralidade e à equidade. Está na moda referir-se à integralidade como principal desafio, alguns chegam ao exagero de medir o coeficiente de "susismo" de cada discurso pelo número de vezes em que esse conceito é referido. Na realidade, há obstáculos importantes ao acesso e, portanto, ainda falhamos diante da universalidade e em assegurar o direito à saúde. Avançou-se quanto à variedade de serviços colocados à disposição dos usuários, o programa de Aids tem sido citado como exemplar em relação à integralidade, entretanto estamos longe de garantir o projeto terapêutico adequado a cada caso ou mesmo as iniciativas de promoção e prevenção necessárias para caracterizar uma oferta integral. A equidade depende da capacidade do SUS de identificar diferenças na vulnerabilidade ou no risco de pessoas ou agrupamentos adoecerem ou sofrerem agravos a sua saúde e, em função desse diagnóstico, proceder-se à concentração de recursos necessários à proteção desta gente. O SUS ainda não tem essa capacidade de discriminar diferenças e tampouco a agilidade para agir segundo esses diagnósticos.

A crise da saúde no Rio de Janeiro seria um alerta para o SUS?

A crise do Rio de Janeiro é um sintoma exuberante desse processo interrompido de reforma sanitária. Há um forte componente político partidário nas versões divulgadas. Está em jogo a credibilidade de três prováveis candidatos à presidência da República, além, é óbvio, da atenção à saúde do povo carioca. Todas essas versões tendem a simplificar um fenômeno complexo, com uma rede intrincada de determinantes e condicionantes. O hospital é um

problema federal, estadual e municipal, do mesmo modo que o mosquito da dengue.

Com certeza há indícios de que a política de saúde da cidade é muito ruim e que mesmo a gestão do já existente – particularmente da rede

O Rio tem funcionado como uma espécie de vanguarda da degradação do tecido social e do Estado brasileiro.

de hospitais e de ambulatórios especializados – é bastante inadequada. Portanto, o governo municipal é responsável pelo descalabro sanitário carioca. No entanto, há outros responsáveis.

Sabemos que o custeio da atenção hospitalar pelo Ministério da Saúde cobre entre 30% e 45% dos custos de um hospital muito bem-

Pena que o preço pago pela maioria seja muito mais alto: os dirigentes arriscam sua sobrevivência política; o povo, sua própria vida.

administrado. Este é um componente ineludível da crise do SUS. Quem arcará com a outra metade do deficitário modelo de financiamento do

SUS? Quanto dessa diferença sairá do orçamento dos estados e municípios? Este fato tem levado vários municípios a não assumirem a gestão da rede hospitalar e de serviços especializados (dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde confirmam que, em novembro de 2004, 56,12% das unidades de internação estavam ainda com gestão estadual). Por um lado, há necessidade de o Ministério da Saúde aumentar o orçamento para o SUS, o que exigiria mudança no perfil de gastos do superávit nacional. Por outro, caberia definir-se qual a responsabilidade dos estados e dos municípios com o financiamento da atenção hospitalar e especializada.

A intervenção confirma também a inadequação do modelo de regionalização e dos instrumentos de avaliação e acompanhamento da descentralização hoje à disposição do ministério e das secretarias estaduais. Seria necessária uma reforma da reforma, criando mecanismos intermediários para que o MS e as secretarias possam acompanhar, regular e estimular a implantação local da rede básica, da vigilância à saúde e da atenção especializada e hospitalar. O modelo de financiamento poderia ser alterado de modo que uma parte dos recursos dependesse de um contrato de gestão com cada município e que deveria ser acompanhado pelas Secretarias de Estado. Hoje há o tudo ou nada: suspender a gestão plena e o repasse de recursos, que no limite penalizam a população e desobrigam o gestor local com o SUS.

Em sua opinião, por que o Rio chegou a esse estado? Foi de fato necessária a intervenção federal? E como fica a responsabilidade do gestor?

O Rio de Janeiro chegou a esse estado de calamidade por uma série de fatores locais e outra série de fatores inerentes à crise das políticas públicas no Brasil. O Rio tem funcionado como uma espécie de vanguarda da degradação do tecido social e do estado brasileiro. A inércia do poder público – municipal, estadual e nacional – diante da crise urbana, do desemprego, da educação e da saúde pública tem uma expressão mais forte no Rio de Janeiro ou em algumas capitais do Nordeste, mas é um fenômeno nacional. No Rio, há uma evidente degradação do modo de fazer política e de se fazer a gestão da coisa pública. Nem o SUS conseguiu atenuar esse fato, os hospitais do Rio não têm sequer

manutenção predial, de insumos e de equipamentos adequada.

Há problemas graves com a gestão de pessoal, um caos que criou um ciclo vicioso em que cada vez menos gente se espanta e se escandaliza com desmandos e descuidos. Nesse sentido, a intervenção tornou-se inevitável. O problema é como melhorar a atenção à população e obrigar os governos a terem uma postura institucional em que coloquem o funcionamento do SUS acima das divergências partidárias. Nenhum dos três governos é inocente. Essa situação do Rio não pode se repetir. Para isso a reforma da reforma do SUS deve prosseguir e deve-se colocar limites ao desmando e à omissão dos governantes quando o assunto é política pública.

Ainda sobre o Rio, o secretário Ronaldo Cezar Coelho alega que o dinheiro do SUS é "virtual". Isso é real ou uma forma de justificar a má administração?

O dinheiro do SUS não é virtual, o financiamento é insuficiente, conforme já comentei antes. Mesmo quando o recurso é limitado ele pode ser administrado em defesa da vida, o que certamente não foi o caso da Prefeitura do Rio. O governo local subestimou a importância política do SUS e está pagando um preço alto. Pena que o preço pago pela maioria seja muito mais alto: os dirigentes arriscam sua sobrevivência política; o povo, sua própria vida.

Fale um pouco sobre o orçamento do SUS nesses 15 anos. Quais os impasses no que diz respeito ao financiamento?

O orçamento do SUS vem crescendo nesses 15 anos, o Gilson Carvalho e o José Carlos Silva têm uma série de estudos demonstrando isso, como se comportaram os gastos de cada esfera de governo. A consolidação do SUS depende de mudanças nesse campo. Em primeiro lugar, aprovar a regulamentação da emenda 29, que vem encontrando oposição dos ministérios da Fazenda e do Planejamento do governo Lula. Depois definir a responsabilidade de cada ente governamental com o financiamento da atenção básica, especializada, hospitalar e em saúde pública. Os estados têm um grau de liberdade quase absoluto na execução do seu orçamento. Depois seria necessário criar um novo modelo de financiamento: um modelo misto que remunerasse pela capacidade de produção e por meio de um contra-

to de metas que obrigasse os municípios com extensão e qualificação do SUS. Por último, criar critérios para os investimentos novos: hoje isso depende de negociação política e emendas parlamentares em que o mérito sanitário conta pouco.

Como a sociedade civil e a opinião pública foram tão tolerantes com a degradação dos serviços e a não-criação de novos projetos?

Diante de problemas como os do Rio, qual o papel do controle social? E qual o balanço do controle nesses 15 anos?

O controle social também falhou no Rio de Janeiro. Como a sociedade civil e a opinião pública foram tão tolerantes com a degradação dos

serviços e a não-criação de novos projetos? Na realidade, há uma espécie de acomodação social com a desvalorização da vida no Rio e no Brasil. Se tanta gente morre assassinada, se a contínua degradação de serviços públicos é assistida sem reclamação, por que seria diferente com o SUS? Penso que esse debate interessa ao Brasil, mas diz respeito particularmente aos cariocas, e dentre eles aos sanitaristas. Tenho a impressão de que as lideranças do movimento sanitário se distanciaram do povo e das equipes de saúde, talvez porque se partidariaram muito e isso emburrece as pessoas, cresce a porcentagem de assuntos proibidos, comentá-los seria provocar esse ou aquele governo e com isso perder algum emprego eventual, pode ser isso também, sei lá.

Por outro lado, há um "denuncismo", em princípio sempre quando o governo tem posição distinta dos militantes. Essa postura histórica não alcança credibilidade e é incapaz de reconhecer ou de apoiar iniciativas positivas, mas que fortaleceriam políticos de outra extração. Muitos me dizem que essa partidariação, esse hábito de colocar o interesse particular antes da saúde seria um fato normal e inevitável. Eu reconheço que é inevitável que isso ocorra, mas me recuso a considerá-lo normal quando as coisas se degradam, quando o jogo político se sobrepõe ao interesse público e à lógica sanitária. (K. M.)

Radis adverte

Rigor em laboratório faz bem à saúde do planeta

Os EUA vão gastar em 2005 US\$ 50 bilhões em segurança interna, boa parte na prevenção do "bioterror". Mas foram modestos técnicos do Medicare, o sistema socializado de cuidados de saúde do Canadá, em Winnipeg, que identificaram a temível cepa A/H2N2 da gripe asiática, capaz de criar pandemia global. As amostras estavam em kits de vírus enviados pelo laboratório americano Meridian Bioscience Inc. a 3.747 laboratórios em 18 países. Os canadenses imediatamente avisaram à OMS, que expediu alerta para destruição das amostras. (Íntegra: http://resistir.info/eua/flu_pandemic.html)



FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O orçamento sob ataque



Wagner Vasconcelos

Mais uma vez os recursos destinados à saúde são alvo de polêmica e muita preocupação. Deputados e senadores da Frente Parlamentar de Saúde (FPS) reuniram-se, no dia 12 de abril, com o procurador-geral da República, Cláudio Fonteles, para tentar fazer com que se cumpra rigorosamente o que determina a Emenda Constitucional 29 – a EC-29. De acordo com números apresentados pelo presidente da FPS, deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), o orçamento deste ano – previsto em cerca R\$ 36 bilhões para ações e serviços de saúde – poderá sofrer uma sangria de R\$ 5 bilhões.

A FPS recebeu a promessa de que, após analisar os pontos levantados pelos congressistas, e se de fato forem constatadas as irregularidades, será feita recomendação ao presidente Lula para que a EC-29 seja cumprida.

Mas os problemas com o orçamento da saúde remontam a 2003, lembrou o deputado em conversa com a *Radis*, quando as contas do governo foram aprovadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com a ressalva de ter faltado o uso de R\$ 949 milhões.

Como aprendemos na matéria “Pressão social por mais verbas para o SUS”, capa da *Radis* 28, o orçamen-

to é um processo, porque o que aconteceu num ano determina o que vai ocorrer no ano seguinte. Os valores previstos para 2005, em comparação a 2004, dependiam da variação nominal do Produto Interno Bruto (quer dizer, o crescimento real do PIB mais a inflação). Isso porque, pela regra atual, a União deve aplicar o empenhado no ano anterior mais a variação nominal do PIB apurada no ano em que se faz o Orçamento. O IBGE, na época em que fizemos a matéria, previa uma variação entre 4% e 5%, e a inflação deveria superar um pouco os 6% ou 7%.

“ISSO NÃO É SUS”

Bem, em 2004 a variação ficou em 5,2%, uma diferença de cálculo que, segundo Rafael Guerra, provoca um impacto no piso das verbas da saúde de R\$ 442,5 milhões, a serem atendidos em 2005. Além disso, o orçamento de 2005 prevê que R\$ 347,3 milhões do orçamento da saúde sejam aplicados no programa da Farmácia Popular, e mais R\$ 49,8 milhões para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). “Isso não é programa do SUS”, reclama o deputado. E tem mais: no ano passado, queixasse ele, o Ministério da Saúde deixou R\$ 1,9 bilhão inscritos na rubrica “Restos a pagar” para o exercício de 2005 do orçamento da saúde.

Fora isso, Rafael Guerra critica a proposta trazida por um projeto de lei que está tramitando no Congresso, segundo o qual R\$ 1,2 bilhão do orçamento da saúde seriam usados para despesas do Programa Bolsa-Família. A soma disso tudo: R\$ 5,4 bilhões.

O projeto de lei é de autoria do Poder Executivo e, pelo entendimento de outro deputado, Roberto Gouveia (PT-SP), ainda não representa uma ameaça real às verbas da saúde. O projeto, na verdade, concede ao Ministério da Saúde um crédito suplementar de R\$ 1,2 bilhão para que se executem ações de “auxílio à família na condição de pobreza extrema, com crianças entre 0 e 6 anos, para melhoria das condições de saúde e combate às carências nutricionais, para garantir a continuidade do Bolsa-Família”, diz a minuta do projeto, encaminhado pela Casa Civil ao Senado em 3 de março.

Situação semelhante ocorreu em 2003, quando se discutia o orçamento de 2004. O presidente vetou um importante parágrafo da Lei de Diretrizes Orçamentárias: o que impedia que os gastos “extra-SUS” (pagamento das dívidas da saúde e dos inativos e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem considerados “ações e serviços de saúde”). O veto mobilizou a área da saúde e a pressão fez com que o presidente

recuasse e garantisse os recursos — na época, uns R\$ 4,2 bilhões.

A GANGORRA E A VIGILÂNCIA

No momento em que soube do projeto, o deputado Roberto Gouveia também ficou surpreso, mas tranqüilizou-se ao saber que os recursos sairão da chamada Fonte 179, que nada mais é do que o Fundo de Combate à Pobreza. “E a fonte 179 é a EC-31, e não a EC-29”, esclarece Roberto.

Mas a tranqüilidade do deputado não é absoluta. Ele diz estar acompanhando com preocupação o que classifica de “gangorra orçamentária”, algo que “sempre ocorreu no Brasil e que foi o motor da aprovação da EC-29”.

Vale recordar: antes desta emenda, não havia vinculação de recursos para a saúde. Mesmo com a vinculação criada pela EC-29, que obriga estados e municípios a gastarem percentuais pré-estabelecidos em ações e serviços de saúde, Roberto Gouveia acredita que a gangorra está voltando.

IMAGINAÇÃO FÉRTIL

Segundo o deputado, principalmente os governos estaduais estão embutindo, como gastos da EC-29, por exemplo, alimentação nos presídios, vacina de brucelose das vacas, o vale-leite, restaurante popular, aposentadoria de inativos. “E daí vai, porque a imaginação é fértil e não tem limites. Jogam outras despesas como gastos do SUS”.

Ele reconhece que a saúde é determinada por uma série de fatores, mas argumenta que para cada ação deve haver destinação e orçamento corretos. “Não se pode usar uma emenda que veio garantir o SUS no Brasil em ações típicas de saúde para tapar buraco na estrada, alegando que a ambulância passa pela estrada e, como carrega o doente, isso tem a ver com a saúde”.

O deputado não esconde a indignação, no entanto, em relação às declarações que o secretário do Tesouro Nacional, Joaquim Levy, publicou em artigo no jornal *Folha de S.Paulo*, em fevereiro deste ano, dizendo que os gastos do SUS chegaram ao limite. Para o deputado, a avaliação do secretário leva em conta os gastos referentes a percentuais do PIB. “Minha avaliação é diametralmente oposta à dele”, afirma. “Eu aceito fazer essa conta, mas se formos comparar em termos de percentual do PIB estamos gastando menos do que Colômbia, Venezuela, Uruguai, Argentina”. O Brasil gasta, em média, 3,2% do PIB com saúde.

“Essa conta de percentual do PIB é difícil de entender, principalmente por pessoas e setores que não são muito afeitos à saúde ou ao orçamento”, diz. “Faça outra melhor”, desafia, sugerindo que o secretário some todo o dinheiro da área pública (federal, estadual e municipal) e o divida pelo número de habitantes e por 365 dias. “Dá por dia R\$ 0,70 por pessoa, para fazer tudo de saúde no Brasil, de educação, prevenção, promoção, vacinação, Programa Saúde da Família, a diagnóstico precoce, internação, hemodiálise, parto, dengue, hanseníase, malária, Aids e transplante”, enumera. “Gastamos em saúde por dia menos de meia passagem de ônibus por pessoa no Brasil. O SUS tem feito milagre, mas até milagres têm limite”.

A conta é chocante. Por isso, embora esse projeto de lei, formalmente, não seja um problema, pois prevê recursos da tal Fonte 179 e não onere a EC-29, o deputado observa que precisamos nos manter vigilantes. Ele lembra dos R\$ R\$ 4,23 bilhões da EC-29 que seriam utilizados no Bolsa-Família, “que nos obrigou a uma grande reação nacional”. Ele não deixa de ressaltar a importância do programa, que é mesmo relevante, mas defende a separação dos papéis. “Seria a mesma coisa que colocar uma pessoa que precise de um prato de comida disputando com outra que precisa de um coquetel da Aids”, compara.

O deputado aponta uma das razões para a necessidade de vigilância permanente sobre o projeto de lei do Executivo. “Para fazer esse crédito suplementar, é necessária a aprovação do Congresso. Mas, para mudar de fonte, basta um decreto”, adverte. Roberto Gouveia se declara confiante no governo e no ministro da Saúde, mas não na área econômica, “que tenta economizar recursos às custas do social”: “Aprovado o projeto, não venham trocar a fonte por decreto”, avisa. “A sociedade está de olho. Vamos fazer vigília”.


O AGUARDADO PLP 1/03

Para quem não está ligando o nome à obra, Roberto Gouveia é autor do Projeto de Lei Complementar nº 1 de 2003, o nosso tão aguardado PLP 1/03, que regulamenta a EC-29, determinando o que são ações e serviços de saúde e estabelecendo os percentuais mínimos a serem investidos na área por União, estados e municípios. Como a *Radis* já mostrou várias vezes, pela norma atual o dinheiro da saúde depende da incerta variação nominal do PIB, só conheci-

da no ano seguinte, depois de fechadas as contas. Isso embrulha a execução do orçamento da saúde numa imprecisão tal que deixa angustiado todo gestor sério.

Com o PLP 1/03, porém, a União será obrigada a destinar à saúde 10% de suas receitas correntes brutas — que reúnem todos os tributos recolhidos pelo governo —, enquanto estados e municípios terão de aplicar, respectivamente, 12% e 15% de suas arrecadações.

O projeto está na última comissão da Câmara, a de Constituição, Justiça e Cidadania, a CCJC, e já tem parecer favorável do relator, o deputado José Pimentel (PT-CE). Falta, agora, a aprovação do plenário da comissão para que chegue ao plenário da Câmara dos Deputados. Em contatos com o presidente da Câmara, Severino Cavalcanti (PP-PE), os parlamentares da FPS conseguiram o compromisso de que o projeto receberá prioridade para votação em plenário assim que a CCJC concluir os seus trabalhos.

“Se aprovado, vamos ter um acréscimo de recursos federais em torno de R\$ 10 bilhões”, calcula Roberto Gouveia. “Alguns podem até dizer que é loucura, mas aí faço aquela nossa continha” (o desafio ao secretário do tesouro, lembram?). “Dá mais R\$ 0,13, ou seja, sobe para R\$ 0,83”. O deputado fez uma sintonia fina nas contas, e conclui que o valor por pessoa investido por dia na saúde pode chegar a R\$ 1. “Ainda é meia passagem de ônibus que teremos para tratar da saúde no Brasil. Mas os governantes terão de gastar mais com ações típicas de saúde.” É um começo. 

Manifeste sua opinião nesta discussão.
Os contatos:

Procurador-geral Cláudio

Fonteles

Tel. (61) 3031-5600

Fax (61) 3031-6493

Deputado Rafael Guerra

Tel. (61) 215-5239

Fax (61) 215-2239

E-mail dep.rafaelguerra@camara.gov.br

Deputado Roberto Gouveia

Tel. (61) 215-5568

Fax (61) 215-2568

E-mail

dep.robertogouveia@camara.gov.br

Contatos da Frente Parlamentar de Saúde — www.ensp.fiocruz.br/radis/33-web-01.html

ACOMPANHAMENTO DO LEGISLATIVO

Inimigos do SUS?

Dois projetos de lei apresentados em 2004 à Câmara dos Deputados pairam como nuvens de preocupação sobre as cabeças dos parlamentares ligados à área da saúde. Na opinião deles, o PL 3.268/04, de Francisco Gonçalves (PTB-MG), e o PL 4.332/04, de Adelor Vieira (PMDB-SC), são propostas inimigas do SUS.

Em sua ementa, o 4.332/04 propõe instituir, em todo o território nacional, o que chama de “Tíquete-Saúde”, que faria parte de um pretensão “Programa Nacional de Primeira Consulta”, ou PNPC. Já no Artigo 1º, o projeto traz um elemento que fere abertamente o princípio da universalidade: o tíquete permitirá “a todo trabalhador brasileiro realizar sua primeira consulta e exames laboratoriais básicos em instituições de saúde privadas, com vistas à identificação ou prevenção de possíveis enfermidades”.

O Artigo 2º estabelece que o Tíquete-Saúde “é um benefício que o empregador, pessoa física ou jurídica, da área pública ou privada, disponibilizará aos seus trabalhadores ou servidores que não possuem plano de saúde privado (...) para uso junto a clínicas, consultórios, hospitais ou laboratórios conveniados, executores das atividades propostas no Inciso I do artigo primeiro”.

Se o leitor prestou atenção ao texto, observou que a palavra “trabalhador” pode abrir brechas para o retorno a um período no qual o atendimento público só era ofertado aos brasileiros formalmente empregados. “Se o direito é igual para todos, como se pode admitir que uma lei contrarie a Constituição e crie um sistema paralelo de saúde para quem tem carteira assinada e para os servidores públicos?”, questiona o médico sanitário Gilson Carvalho, especialista em financiamento da saúde. Ele pergunta mais: “Se este projeto for bom, considerado um avanço e uma proteção a mais, como defender que ele só atinja a uma parte da população? O melhor ficaria para estes que já têm em-

prego e salário, e os demais cidadãos iguais ficariam exclusivamente com a assistência do SUS, pressupostamente insuficiente pela lei?”.

Outra polêmica em relação ao projeto está contida em seu Artigo 3º, que determina que “os empregadores do setor privado arcarão com essas despesas e terão um percentual de 1% de incentivo fiscal a ser descontado do seu lucro líquido. No setor público, o governo repassará os valores pagos hoje ao SUS aos órgãos distribuidores do referido tíquete”. Gilson Carvalho diz que, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal, não se pode fazer renúncia fiscal sem demonstrativo explícito de onde sairá nova receita para cobrir a que foi alvo de renúncia.

Para Gilson, o projeto é inconstitucional: “Fere o direito à igualdade à saúde entre todos os cidadãos, ao pretender criar um sistema paralelo de acesso facilitado e diferenciado para empregados com carteira assinada e servidores públicos”. O deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), presidente da Frente Parlamentar de Saúde, também acha que o projeto não está de acordo com os princípios constitucionais. O deputado Roberto Gouveia (PT-SP) resume: o projeto leva a um processo de segmentação e fragilização do SUS.

Em entrevista à *Radis*, o deputado Adelor Vieira, autor do projeto, afirma respeitar a universalidade. “Mas o SUS só funciona na teoria, na prática, deixa a desejar”, diz. “Hoje, a pessoa marca uma consulta e só é atendida meses depois”. Para ele, o projeto abre a possibilidade de mais oferta de serviços, o que aliviaria o sistema. Sobre a renúncia fiscal de 1% que propõe, o deputado passa a bola ao governo, a quem caberia, mais adiante, determinar a fonte dos recursos. “Tal iniciativa traria benefícios tanto ao SUS, diminuindo a demanda e as filas intermináveis nos postos de saúde e hospitais públicos, quanto à iniciativa privada, pela possibilidade de cumprir com seu papel social e receber um incentivo fiscal”,

escreve o deputado na justificativa do projeto.

A proposta de Adelor Vieira tramita na Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público, e seu relator é o deputado Pastor Francisco Olímpio (PSB-PE), cujo parecer foi pela rejeição da proposta. O relatório ainda precisa ser votado pelos integrantes da comissão. Caso a rejeição seja confirmada, o destino do projeto é a gaveta – só poderá vir a ser apreciado numa outra legislatura do deputado-autor. Se for aprovado, permanece seguindo pelas demais comissões da Câmara, mas não precisaria ir a plenário, uma vez que é projeto de lei terminativo. Explicando melhor: projetos de lei terminativos são apreciados apenas pelas comissões que compõem a Câmara e o Senado, sem necessidade de irem a plenário.

“SUS DE LUXO”

Levar a discussão ao plenário da Câmara é a luta do deputado Roberto Gouveia em relação ao outro projeto que preocupa a área da saúde, o 3.268/04 – ou, como foi extra-oficialmente batizado, o do “SUS de Luxo”.

Pelo projeto, o usuário do SUS poderia optar, ao ser internado em hospital privado, contratado ou conveniado, por acomodações de maior conforto, bem como escolher o profissional a atendê-lo. No parágrafo primeiro está escrito que caberá ao usuário arcar com as despesas das acomodações e dos honorários profissionais. Uma bomba nas bases do Sistema Único de Saúde.

O projeto, assim como o do Tíquete-Saúde, também é terminativo. Roberto Gouveia quer levar a proposta ao plenário porque tem certeza de ali será rejeitada pelos parlamentares. Para isso, o deputado precisa da adesão de pelo menos 52 colegas. No fim de março ele já tinha conseguido recolher 105 assinaturas. “Parei por aí, mas sei que posso colher muito mais assinaturas, de até 90% dos parlamentares”, afirma. O deputado acredita que, antes, o projeto será derrubado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, onde o tex-

to chegou em dezembro do ano passado. A relatoria coube ao deputado Maurício Rands (PT-PE).

Para Roberto, o projeto é uma forma "esquisita" de tentar resolver a questão do financiamento, rompendo com princípios do SUS e importando para o sistema a lógica privada. "Está voltando a idéia do consumidor em primeiro lugar", teme o deputado. "É aí que mora o maior perigo. Podemos até estabelecer ações diferenciadas dentro do SUS, mas elas devem vir no sentido de reforçar o lado mais fraco, para diminuir o fosso, a exclusão", defende. "Devem vir no sentido de fazer inclusão, justiça, em busca da maior igualdade; nesse caso, é o contrário, é uma discriminação negativa: é a iniquidade".

O deputado alerta para o perigo do atendimento discriminatório. "É claro que quem não tem recursos extras para bancar sua saúde acabaria preterido, porque é evidente que o hospital vai começar, cada vez mais, a se interessar por quem tem condições de pagar a *plus*", adverte. "Para quem não tem, vai começar a faltar leito, vai para o fim da fila, vai ser preterido. Chega de humilhação".

DEFENSORES DE PESO

Mas o PL 3.268/04 tem defensores de peso. Entre eles o deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), normalmente um defensor do SUS, que, como relator do projeto na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), deu parecer favorável à proposta. A maioria dos integrantes da comissão aprovou o relatório, em 14 de dezembro do ano passado. Rafael Guerra diz que o projeto é constitucional, uma vez que apenas permite ao cidadão optar por uma acomodação que lhe interesse e por ser atendido por um médico de sua livre escolha. "O objetivo não é criar privilégios nem *portas duplas* nos hospitais", diz. E sugere a limitação em cerca de 20% do número de internações com as características propostas pelo projeto.

Questionado sobre quem fiscalizaria a prática para evitar que o cenário temido por Roberto Gouveia se concretize, ele diz que essa responsabilidade caberia aos gestores do sistema. No texto do parecer, Rafael Guerra afirma "existir jurisprudência por parte do STF, considerando a legitimidade da opção por acomodações diferenciadas e que tal fato não agride a isonomia de atendimento que deve imperar no SUS".

O sanitarista Gilson Carvalho, contudo, faz uma observação: "Existe acórdão do STF analisando um caso con-

creto de paciente que pretendia, internado pelo SUS, pagar sua acomodação especial". Ele chama atenção para dois detalhes importantes. O primeiro é que "facultou-se um atendimento diferenciado em situação diferenciada, diante de uma leucemia mielóide aguda, que necessitava de isolamento protetor em quarto privativo". Para Gilson, o próprio SUS poderia garantir essa acomodação diferenciada. "Faz parte de suas condutas garantir acomodações individuais a pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas (isolamento), bem como a pacientes com risco de se infectarem (isolamento reverso)". Ele complementa: "Em momento algum o acórdão se refere a, ou legitima o pagamento de complementação de honorários profissionais, o que é objeto do presente projeto de lei".

O Conselho Nacional de Saúde também está mobilizado contra o projeto. Em janeiro deste ano, depois de sua 150ª reunião ordinária, aprovou a resolução 345, de 13 de janeiro de 2005, que destaca que o projeto fere os princípios do SUS quando estabelece a cobrança direta aos usuários, "proporcionando diferença de classe no atendimento do sistema público de saúde, comprometendo a garantia da saúde pública de qualidade para todos".

SARCASMO E UNIÃO

O autor da proposta, Francisco Gonçalves, não aceita a forma como seu projeto vem sendo tratado. A expressão "SUS de luxo", segundo ele, é "sarcasmo" dos críticos. Para Francisco, a saúde no Brasil está "quebrada", e a gratuidade no atendimento é uma "balela", pois "tem ricos que usam os serviços do SUS".

Para defender sua idéia, ele argumenta que, depois que a lei extinguiu a brecha para complementação de custos pelo paciente, várias casas de saúde e hospitais filantrópicos foram obrigados a fechar as portas por falta de recursos. "Em São Paulo, cerca de 100 Santas Casas estão fechando, em situação falimentar", aponta o deputado. Ele classifica de "aviltantes" os honorários pagos pelo SUS aos profissionais e aos hospitais que atendem a população. "O projeto defende o livre-arbítrio do paciente de pedir ou não outro tipo de acomodação".

Ao longo de seus 15 anos de existência, o SUS talvez nunca tenha sido tão pressionado como agora. Roberto Gouveia diz: "Nós conseguimos aprovar um capítulo belíssimo de seguridade social e do SUS na Constituição, dentro de um princípio de solidariedade, extremamente generoso, superando a

fase do direito do consumidor para a de direito do cidadão". Ele ressalta que a participação do setor privado é bem-vinda. Mas a iniciativa privada deve se adequar à lógica do SUS, que é pública, e não o contrário.

Num texto sobre o assunto disponível na internet, intitulado "A novidade: dois SUS" (www.conasems.org.br/Doc_diversos/SUSPPMPRN14122004.pdf), Gilson Carvalho argumenta contra o projeto e encerra da seguinte forma: "Por favor, não entremos nesses descaminhos prenhes de iniquidade contra o cidadão. Podemos e devemos todos, profissionais e instituições, sermos remunerados de forma justa sem, com isso, diminuir ou ferir a cidadania de todos os brasileiros. É o que devemos, unidos, buscar". (W. V.)

Manifeste sua opinião nesta discussão.
Os contatos:

Deputado Francisco Gonçalves Filho
Tel. (61) 215-5302
Fax (61) 215-2302
E-mail
dep.dr.franciscogoncalves@camara.gov.br

Deputado Rafael Guerra
Tel. (61) 215-5239
Fax (61) 215-2239
E-mail dep.rafaelguerra@camara.gov.br

Deputado Roberto Gouveia
Tel. (61) 215-5568
Fax (61) 215-2568
E-mail
dep.robertogouveia@camara.gov.br

Deputado Adelor Vieira
Tel. (61) 215-5441
Fax (61) 215-2441
E-mail dep.adelorvieira@camara.gov.br

Deputado Pastor Francisco Olímpio
Tel. (61) 215-5475
Fax (61) 215-2475
E-mail
dep.pastorfranciscoolimpio@camara.gov.br

Deputado Roberto Gouveia
Tel. (61) 215-5568
Fax (61) 215-2568
E-mail
dep.robertogouveia@camara.gov.br

Deputado Severino Cavalcanti
Tel. (61) 215-8014
Fax (61) 215-2707
E-mail
dep.severinocavalcanti@camara.gov.br

Contatos da Frente Parlamentar de Saúde – www.ensp.fiocruz.br/radis/33-web-01.html

HISTÓRIA DA FIOCRUZ

Vinte anos do modelo de gestão participativa e democrática

“Esta posse consolida a gestão democrática da Fiocruz e fortalece entre os servidores a certeza de que o Estatuto da Fundação nos dá a segurança necessária para fazer a instituição avançar cada vez mais.”



Jesusan Xavier *

A frase da outra página fez parte do discurso de posse do sanitarista Paulo Marchiori Buss ao assumir seu segundo mandato na presidência da Fundação Oswaldo Cruz, em 30 de março deste ano. Buss foi reeleito pelos servidores da Fiocruz em novembro, com 94% dos votos válidos, um marco histórico. Em dezembro, os próprios servidores elegeram a nova diretoria de sua associação, a Asfoc, com outro percentual histórico de participação: 90% dos votos válidos. Entre março e abril deste ano, várias unidades da Fiocruz abriram processo de eleição dos novos diretores, como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane

(Fiocruz/Amazônia). Nos próximos meses, outras unidades elegerão suas diretorias.

Essa espécie de febre eleitoral tem um vetor comum, a gestão democrática citada por Buss. E tem história, que pode inspirar diferentes instituições públicas. A Radis resolveu investigar esse modelo que, ainda em construção, foi iniciado há 20 anos, quando o sanitarista Sergio Arouca (1942-2003) assumiu a Fiocruz. A ditadura mal tinha acabado. "Na realidade, quem está chegando à presidência, nesse momento, é o mesmo movimento que, tomando as ruas deste país, permitiu que fosse decretada a anistia, permitiu que se levantasse a bandeira das eleições diretas", declarou Arouca em maio de 1985.

As principais propostas desse movimento: a gestão coletiva e a democratização interna. "O começo não foi fácil, pois Arouca sofria uma rejeição muito grande do pessoal da área de pesquisa", conta o biólogo e ex-presidente da Fiocruz Carlos Morel, que acaba de voltar à instituição para coordenar o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, após temporada na OMS. Na época, ele era um dos três vice-presidentes de Arouca. "Muitos me diziam: 'Você está louco, apoiar um cara da saúde pública! Vai ser a destruição de Manguinhos'".

Manguinhos permanece de pé. Buss, primeiro presidente reeleito da Fiocruz e o quarto conduzido ao cargo por eleição, diz que essa experiência ganhou reconhecimento social e a adesão total dos funcionários ao longo dos anos. "Isso eleva o nível de responsabilidade daqueles que administram", afirma. "O controle é bem maior do que em outros modelos de administração".

RESPALDO LEGAL

Esse processo registrou outro marco histórico: foi a primeira vez que os servidores-eleitores foram às urnas desde que o presidente Lula aprovou o Estatuto da Fiocruz, em 9 de junho de 2003. Além de determinar as funções de cada unidade, o estatuto regulamenta o processo eleitoral e lhe dá respaldo legal. "Antes, a escolha dos servidores era legítima, mas não era legal", lembra o chefe de Gabinete da Fiocruz, sociólogo Arlindo Fábio Gomez de Sousa, outro vice-presidentes da gestão Arouca. "Eram eleições de fato, mas não de direito".

Carlos Morel lembra que os problemas começaram ainda na posse de Arouca. A presidência anterior não deu qualquer apoio logístico, pelo

contrário. "Não aceitavam a nomeação do Arouca, quiseram cancelá-la a qualquer custo", lembra. "Tivemos de fazer um forte trabalho com pessoas influentes do governo para legitimar a posse".

Segundo Morel, no início Arouca sofreu com a sabotagem interna. Logo no primeiro mês, o então diretor do INCQS, Eduardo Peixoto, deu entrevista dizendo à população que tomasse muito cuidado quando fosse se vacinar. "Ele falou, em rede nacional, que todos deveriam olhar o rótulo para ver a validade das vacinas, pois a Fiocruz agora estava sob nova direção e ele não se responsabilizava. Estávamos com a espada na cabeça. Tentavam atingir Arouca dizendo que ele não tinha capacidade técnica".

LEGITIMAÇÃO CIENTÍFICA

Morel tem convicção de que todas as dúvidas em relação ao trabalho do grupo de Arouca começaram a cair a partir de um fato que ganhou notoriedade externa, seis meses após sua posse. "Quando Bernardo Galvão, patologista do Instituto Oswaldo Cruz [hoje no Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz, da Fiocruz/Salvador] anunciou que tinha conseguido isolar o vírus da Aids, a Fiocruz ganhou as páginas de todos os jornais", lembra Morel. "Para mim, esse foi o evento mais significativo do ponto de vista de legitimação do lado científico da gestão Arouca".

Arouca e seus três vices (o próprio Arlindo, Morel e Luís Fernando da Rocha Ferreira da Silva) traçaram uma hierarquia interna muito prática e funcional. "Arouca não era um presidente para despachar", conta Arlindo. "Na nossa organização e percepção política, ele tinha que estar livre, leve e solto para poder se relacionar com os ministros e até presidentes de outros países". Esse tipo de relação, segundo Arlindo, abriu várias portas para a Fundação. "A Fiocruz se voltava ainda mais para parcerias externas, tanto nacionais quanto internacionais".

Ele ressalta que a Fiocruz tinha uma relação muito boa com o então ministro da Saúde, Carlos Santana. "A gente sempre brincou que ele foi o melhor ministro da Fundação". Segundo Arlindo, o ministro deu sustentação política e financeira para que a nova gestão realizasse todos os seus projetos.

Com os servidores ao seu lado, Arouca começou o processo de democratização interna. Em análise publicada no site da Fiocruz em novembro de 2002, Arouca contou que a



FOTO: PAULIRAN DE FREITAS



Asfoc inicialmente apenas organizava atividades para as famílias dos servidores. Só com o tempo passou a ter representatividade. "Os funcionários começaram a participar efetivamente da gestão e a democracia se instala no interior da Fiocruz", escreveu. Já existia a associação de servidores antes da gestão Arouca.

"Mas era a extensão de um serviço social, quase uma diretoria", resume Paulo Gadelha, vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho. O presidente indicava os representantes, e a mulher dele comandava. "Era como um braço direito da presidência da Fiocruz", conta Ilma Horsth Noronha, terceira diretora-geral da Asfoc, hoje diretora eleita do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict).

O primeiro passo foi transformar a entidade numa associação participativa. "A base do estatuto da Asfoc como ele é hoje foi votada em 1986, antes até do primeiro Congresso Interno", diz Ilma. Em 1987 houve a primeira eleição da diretoria. O primeiro

diretor-geral eleito foi Pedro Barbosa, hoje coordenador de Desenvolvimento Institucional e Gestão da Ensp. "Fortalecida, a associação assumiu o papel de guardião do modelo democrático", avalia Rogério Lannes Rocha, diretor-geral da Asfoc eleito em dezembro. Se a reestruturação sindical foi iniciativa de cima para baixo, a prática permanente da fiscalização brotou de baixo para cima.

A Fiocruz ampliou seus horizontes para além do campo biomédico, em áreas como ciências sociais, história, informação, comunicação, meio ambiente, saúde do trabalhador. "Arouca trouxe a proposta de intersetorialidade, de novas áreas do conhecimento incorporadas à saúde", conta Ilma. "Era um modelo de gestão

Arouca na posse, com Eduardo Costa e Eleutério Rodrigues; no detalhe, a festa pela indicação do sanitarista à presidência

completamente revolucionário no setor público".

Mas crescia na Fiocruz o anseio por um colegiado mais atuante. Foi criado então, em 1987, o Congresso Interno (CI), que acabaria se tornando importante instrumento de unificação dos trabalhadores da instituição. "Uma experiência inédita no âmbito da administração pública, depois incorporado ao novo Estatuto da Fiocruz como órgão máximo de representação", diz Gadelha. Segundo ele, o Congresso Interno, organizado no início de cada gestão, tem competência para deliberar sobre assuntos estratégicos referentes ao projeto institucional, atualizar diretrizes, promover alterações no regimento interno e no estatuto e pactuar os termos de compromisso entre gestores e o conjunto da comunidade.

O Congresso Interno serviu como instância de articulação e de delimitação das grandes linhas políticas da instituição, superando uma das prin-

Os presidentes desde 1985



FOTO: ANDRÉ AZ/FIOCRUZ

Sergio Arouca
(2/5/1985–1º/4/1989)

Akira Homma *
(1º/4/1989–23/3/1990)

Luís Fernando R. F. da Silva
(28/3/1990–18/6/1990)

Hermann G. Schatzmayr
(18/6/1990–8/12/1992)

Euclides Ayres de Castilho
(8/12/1992–22/12/1992)

Carlos Médicis Morel *
(23/12/1992–5/2/1997)

Elói de Souza Garcia *
(6/2/1997–11/1/2001)

Paulo Buss *
(12/1/2001–29/3/2004)

* *Eleitos*

Paulo Buss assume seu segundo mandato (2005-2008): "Gestão democrática consolidada"



FOTO: ERIK PINTO

Akira Homa (1989-1990)



FOTO: RADIS

Carlos Morel (1992-1997)



FOTO: ALVARO FÚNCIA

Elói Garcia (1997-2001)

cipais barreiras ao modelo proposto por Arouca – a fragmentação. Isso porque na década de 70 o governo militar impusera que a Ensp, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) fossem vinculados à Fiocruz. "A Fundação, como unidade, era artificial, funcionava como se fossem várias repúblicas isoladas", lembra Arlindo. "A Fiocruz era como um arquipélago, com várias ilhas que rivalizavam", reforça Morel. "Não havia interação entre elas, foram simplesmente jogadas aqui dentro".

"O Congresso Interno veio basicamente estabelecer uma política institucional, superando a fragmen-

tação", observa Arlindo. Para Gadelha, o primeiro Congresso Interno foi uma verdadeira "estatuínte" da redemocratização. Segundo ele, marcou o nascimento das bases do projeto institucional e do atual modelo de gestão. A partir daí, a criação do Conselho Deliberativo (CD) – formado pela presidência, os diretores de unidades e o representante da associação de servidores – foi uma questão de tempo. Em cada unidade, um CD reúne o diretor, os chefes de departamento e representantes eleitos dos servidores.

Inicialmente, o CD era chamado de Conselho Técnico-Administrativo, lembra Ary Carvalho de Miranda, chefe de gabinete de Arouca na época, hoje

vice-presidente de Serviços de Referência e Ambiente. "Na verdade, reunia apenas os diretores das unidades, mas já era um embrião muito claro da política pensada pela presidência".

Ary afirma que o Congresso Interno vem se aperfeiçoando ao longo dos anos. "É um processo bem amplo", diz. Mesas-redondas são formadas para discussão dos temas da pauta, jornais servem de tribuna de debates, assembleias escolhem os delegados, até que se chegue à Plenária. Para que seja criada uma unidade técnico-científica na Fiocruz, ou mesmo fechá-la, por exemplo, é necessário o apoio da maioria do Congresso Interno. "Ele está acima até do presidente da Fundação.

O que é

♦ **Congresso Interno** — Composto de delegados eleitos em todas as unidades, conforme princípio de representações mínima, média e máxima de acordo com o número de funcionários, o Congresso Interno ocorre no início de cada mandato presidencial (de 4 anos) da Fiocruz, com o objetivo de atualizar diretrizes do projeto institucional e pactuar os termos de compromisso entre gestores e o conjunto da comunidade.

♦ **Conselho Deliberativo** — O Conselho Deliberativo é formado pela presidência, pelos diretores das Unidades Técnico-Científicas (UTC) e Técnicas de Apoio (UTA), em número de 17, além de um representante dos trabalhadores. Apenas o presidente, os diretores eleitos e a Asfoc votam. Sua função é detalhar e operacionalizar as macropolíticas definidas no Congresso Interno, também discutindo e aprovando os programas e os respectivos orçamentos anuais e plurianuais.

♦ **Câmaras Técnicas** — O Conselho Deliberativo (assim como a presidência) da Fiocruz é apoiado, tecnicamente, quanto aos programas da instituição (pesquisa e desenvolvimento tecnológico, ensino, assistência e serviços de referência, produção, informação e comunicação e gestão) pelas Câmaras Técnicas, organizadas com representantes das UTCs e UTAs e presididas pe-los respectivos vice-presidentes setoriais. Sua função principal é propor arranjos programáticos e procedimentos técnicos e gerenciais ao CD/Fiocruz para a implementação dos programas.

♦ **Coletivo de Dirigentes** — O Coletivo de Dirigentes é o primeiro escalão ampliado da instituição, implantado em outubro de 2001. Reúne cerca de 130 dos principais dirigentes da Fiocruz, incluindo os integrantes do CD/Fiocruz (diretores das unidades), vice-presidentes, diretores e chefes de departamento da administração central (Dirad, Dirac, Direh, Procuradoria, Auditoria e Assessorias da Presidência) e chefes de departamento ou equivalentes de todas as unidades técnicas da Fiocruz. O coletivo não tem caráter deliberativo. É voltado para a implementação e execução das decisões das instâncias superiores.



FOTO: FIOCRUZ

O primeiro Congresso Interno: "estatuinte" da redemocratização

Nada é feito aqui sem o aval dos servidores, representados pelos delegados eleitos em todas as unidades".

"Acho que essa instituição tão plural, livre e comprometida é resultado da maturidade desse movimento e das idéias trazidas e defendidas pelo Arouca", diz Ilma. "Inspirava-se um pouco no movimento da universidade".

A destacar, no entanto, que mesmo antes da posse de Arouca, diz Arlindo, a Fiocruz já incorporava "elementos da prática democrática". Segundo ele, dois anos antes a Ensp realizou as primeiras eleições internas na Fiocruz. "Foi quando eu saí da direção do Departamento de Ciências Sociais/Ensp e foi eleita a Célia Leitão". O então presidente da Fiocruz, Guilaro Martins Alves, fez um despacho aprovando o nome dela e recomendou que o processo empregado na escolha do novo diretor da Ensp se estendesse aos demais departamentos da Fundação.

Mas o grupo de Arouca é que tornou oficial a democracia interna. A partir de 1985, houve a institucionalização das práticas e do uso dos instrumentos democráticos, diz Arlindo. "Arouca foi um grande incentivador disso, figura simbólica que encabeçou o novo modelo de gestão".

No mesmo ano, Arouca presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, divisor de águas da saúde brasileira, com a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, que serviria de subsídio para o texto final da Constituição de 1988. "Arouca ganhou notoriedade nacional", enfatiza Morel.

A partir de abril de 1988, com a saída de Arouca para concorrer como

vice-presidente na chapa de Roberto Freira, do então Partido Comunista Brasileiro, houve forte trabalho de bastidores para garantir que fossem mantidas na Fiocruz todas as conquistas democráticas. "Ou seja, para que fosse preservada a estrutura democrática da instituição, expressa naquele momento no Conselho Deliberativo e no Congresso Interno", destaca Ary.

Arlindo conta que, como o estatuto não era legalizado, o presidente da Fiocruz e todos os cargos de confiança ficavam à mercê de alguma flutuação política. Isso aconteceu realmente quando Fernando Collor de Mello assumiu a presidência da República, em janeiro de 1990. "Ele não reconheceu a lista tríplice de candidatos à presidência da instituição (composta por Morel, o virologista Akira Homma e Arlindo)", lembra. "Houve um impasse enorme".

FASE DE AMEAÇAS

Akira vencera as eleições em abril de 1989, mas foi destituído imediatamente do cargo quando Collor tomou posse. Assumiu então, interinamente, Luiz Fernando Ferreira. Arlindo afirma que o Conselho Deliberativo da Fiocruz teve papel político muito importante nesse período, em que se convivia internamente com a ameaça de corte de orçamento e demissões. "O CD fez um trabalho intenso junto ao Ministério da Saúde, que questionava a legitimidade da lista tríplice para escolha do presidente da Fiocruz".

Em junho de 1990, assumiu a presidência Hermann Schatzmayr, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, que

ganhara notoriedade por isolar o vírus da dengue hemorrágica. Entre outras coisas, ele aprovou a criação de uma estrutura de cargos comissionados. No fim deu tudo certo, conta Arlindo, e o modelo continuou sendo acatado, apesar de ainda não estar legalizado.

Em 1992, Fernando Collor sofreu impeachment e Hermann deixou o cargo. Euclides Castilho assumiu a presidência da Fiocruz, interinamente, por breve espaço de tempo. Em 1993, a Fiocruz apresentou sua lista tríplice ao governo Itamar Franco e Carlos Morel foi empossado como novo presidente da instituição.

Em sua gestão, que priorizou a modernização gerencial, foi realizado o 2º Congresso Interno. Entre outras diretrizes aprovadas, ficou determinada a adoção de um modelo de gestão de resultados, com termos de compromissos internos e externos do Plano de Objetivos e Metas. No fim de 1996, novas eleições foram realizadas, ainda sem respaldo legal. Integrante de nova lista tríplice, Eloi de Souza Garcia foi designado presidente. No início de 2001 foi eleito Paulo Buss, que fez questão de dar continuidade ao modelo pensado há 20 anos.

Em 2003, a realização de um sonho: o presidente Lula e o ministro da Saúde, Humberto Costa, finalmente oficializaram o Estatuto da Fundação Oswaldo Cruz. "Prezados colegas da Fiocruz, é com muita emoção que entrego-lhes o Estatuto. Emoção porque um sonho de mais de 15 anos, iniciado durante o 1º Congresso Interno, hoje é uma realidade", discursou Paulo Buss em junho de 2003.

Ary lembra que o modelo de administração idealizado por aquele grupo "há duas décadas" vem sofrendo um processo de amadurecimento natural. Ele cita, como exemplo, a criação na primeira gestão de Buss do chamado Coletivo de Dirigentes. Trata-se de uma instância que reúne todos os funcionários que têm algum cargo de direção, da chefia de departamento à própria presidência, para discutir a execução do que ficou decidido nas outras instâncias. "Temos hoje na Fiocruz os conselhos dos departamentos, os conselhos das unidades, o Conselho Deliberativo, o Congresso Interno e o Coletivo de Dirigentes. Pode-se até pensar que é muito, mas na prática percebemos que não", diz.

Para Ary, a gestão da Fiocruz é realmente um modelo. "Se pegarmos qualquer instituição pública, duvido que encontremos uma história de gestão democrática parecida com a que temos aqui".

Um modelo de gestão que serviu bem durante todos esses anos, mas que ainda pode e deve ser reformulado, segundo Morel. Ele sugere a criação de um conselho externo, idéia que reconhece ser polêmica. "Sei que muitos aqui vão se posicionar contra, mas penso numa instância que fique entre a Fiocruz e o Ministério de Saúde".

CONTROLE SOCIAL

Gadelha lembra que já existe no Estatuto a proposta de criação de um conselho superior. "Sua constituição depende de articulação com o Conselho Nacional de Saúde, já que é ele quem vai designar os integrantes", informa. Uma experiência nova, que vai exigir certa maturação, pois haverá na Fiocruz a presença de um controle social. O Conselho poderá sugerir, em determinadas situações, até a demissão de dirigentes. Também foi formalmente criada por decisão do Congresso Interno, embora ainda não funcione, a Ouvidoria da Fiocruz, um canal de comunicação com o conjunto da sociedade, acrescenta Gadelha. "Um passo importante está dado".

Há outras críticas, por exemplo, ao não-atendimento de deliberações do Congresso Interno. Gadelha reconhece que algumas acabam não sendo colocadas em prática. Mas é uma exceção, afirma, porque normalmente os gestores seguem as determinações. "Em alguns momentos, poucos, realmente não há empenho para que a deliberação se constitua em fato. Mas a grande verdade é que nem tudo que é deliberado é factível". O problema, diz, é que

muitas decisões são aprovadas no calor dos debates de um Congresso Interno, onde entram vários outros vieses. "Muitas vezes, interesses corporativos ou questões políticas dificultam a discussão sobre a viabilidade de tal deliberação", observa. "Isso também acontece em várias outras instâncias de grandes áreas estratégicas, como as conferências nacionais de saúde".

Apesar dos problemas, o Congresso Interno, do jeito como funciona na Fiocruz, ainda é a melhor maneira de se atingir uma gestão realmente participativa, defende Gadelha. Ele lembra que, num primeiro momento, o Congresso Interno apenas fazia sugestões, e não deliberações. "Nesse período, várias recomendações não foram implementadas, gerando uma desconfiança muito grande da comunidade".

Defensora histórica do modelo, Ilma demonstra alguma preocupação com o futuro. "Esses valores introduzidos por Arouca precisam ser mais explicitados, para que não se vulgarizem e não se percam no caminho". Ela teme que as idéias acabem "esquecidas", com a falta de compromisso das novas gerações. "Temo muito que esse modelo possa morrer". Ela reconhece: "É verdade que o Arouca deixou muitos discípulos, exemplo disso é essa presidência, mas na medida em que esses atores vão se aposentando, deixando a Fundação, não sei como será daqui para a frente. Não podemos parar por aí".

Ary Miranda acha que o modelo de gestão interna já está bastante solidificado. "O fato de se ter uma renovação natural da vida não quer

Idéia exportada

O diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca), José Gomes Temporão, conta que o modelo de gestão participativa da Fiocruz serve de exemplo para sua própria administração. Professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Ensp/Fiocruz desde 1980, ele vivenciou todo o processo de consolidação desse novo modo de administrar uma instituição pública. "Vivi essa experiência de perto, fui relator-geral de um dos Congressos Internos da Fiocruz", conta. Ao assumir a direção do Inca, em setembro de 2003, não teve dúvida. "Foi uma das principais propostas que fiz: mudar o

modelo de gestão, inspirado no que havia na Fundação".

Segundo ele, hoje as duas instituições são muito similares administrativamente, apenas com algumas particularidades. "Ao contrário do que acontece na Fiocruz, que tem uma lista tríplice para a escolha de seu presidente, o diretor-geral do Inca ainda continua sendo escolhido pelo próprio ministro da Saúde".

Temporão afirma que o Inca tem até Conselho Deliberativo e Conselhos de Gestão em diferentes setores. "Que servem para traçar diretrizes de trabalho e discutir problemas e soluções. Temos tido bons resultados".

Um ciclo que se encerra

Marinilda Carvalho

A rma ilegítima de um dos períodos mais ferozes da história da República, a ditadura, os atos institucionais pós-golpe de 64 cassaram os direitos políticos de presidentes da República, senadores, deputados, operários, estudantes, intelectuais. Em 1º de abril de 1970, também vitimaram 10 pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC): Domingos Artur Machado Filho, Fernando Braga Ubatuba, Haity Moussatché, Masao Goto, Herman Lent, Hugo de Sousa Lopes, Moacir Vaz de Andrade, Sebastião José de Oliveira, Tito Arcoverde de Albuquerque Cavalcanti e Augusto Perissé. Era o traumático Massacre de Manguinhos, clímax do “terror cultural” que desde 1964 perseguia estudiosos. Em 1986, Sergio Arouca reconduziu todos a seus postos, num gesto que tanto reparou a injustiça histórica quanto fortaleceu a pesquisa básica da instituição.

Em 16 de abril morreu aos 86 anos, de complicações pós-cirúrgicas, o entomologista Sebastião José de Oliveira, último remanescente do Massacre de Manguinhos, encerrando um ciclo que marcou a história da Fiocruz. Era curador da preciosa Coleção Entomológica do IOC, da qual muito se orgulhava. “Perтенço a um grupo de pesquisadores em extinção no mundo”, disse o professor Sebastião à *Radis* na tarde de 22 de novembro de 2004, numa longa entrevista na sala atulhada de vidros com amostras de insetos que ocupava no Castelo Mourisco. “Com o avanço da ciência, certas pesquisas viram moda, então as tradicionais ficam demodê”.



FOTO: ACESSORIA DE IMPRENSA E INFORMAÇÕES/IOC

“Eu faço classificação de mosquitos”, disse. “Aos pesquisadores modernos interessa estudar o DNA da perereca”. Uma sua aluna de pós-graduação, escrevendo no computador ao lado, olhou o professor, como se desmentisse a afirmação. Brincalhão, ele já estava sério ao dizer que 90% das espécies de mosquitos não estão classificadas. A maior parte das espécies conhecidas é da Amazônia, e são conhecidas graças a pesquisadores alemães (os alemães têm ligação estreita com Manguinhos desde os primórdios da instituição). Mesmo assim, das espécies colecionadas, a maior parte não foi ainda estudada.

A própria história do IOC mostra a importância deste ramo de pesquisa. “Num dado momento, quando começou a estudar a pulga da peste bubônica e o mosquito da febre amarela, Oswaldo Cruz constatou que nada se sabia sobre isso”, observou. “Quando se descobriu que o mosquito tinha uma importância sanitária enorme, porque causava uma doença, todo mundo abriu os olhos”. A partir desses estudos Manguinhos, então Instituto Soroterápico Federal, ganhou a Medalha de Ouro do 16º Congresso Internacional

de Higiene e Demografia e da Exposição de Higiene anexa a ele, em setembro de 1907, em Berlim, que elevou o prestígio da ciência brasileira.

Em sua carreira, o professor descobriu e descreveu quatro gêneros e 70 espécies de insetos. O que muitos consideram um trabalho menor — “ah, vou pesquisar DNA e célula-tronco”, arremedou o professor; a aluna deu-lhe outra olhada cúmplice... — é fundamental na agricultura, é de uma importância econômica enorme, insistiu. E desafiou: quem prefere projetos modernos de pesquisa deveria saber

que o estudo dos mosquitos também serve para monitoramento da qualidade da água, tão necessário atualmente. Como os mosquitos crescem rapidamente, servem perfeitamente para esse acompanhamento, seja na Baía de Guanabara, na Lagoa Rodrigo de Freitas (Rio de Janeiro) ou no Rio Tietê (São Paulo). “Mas as autoridades nada sabem sobre isso, nem mesmo as autoridades sanitárias”, lamentou. “Não há nem uma verbinha para estudo da fauna aquática”.

Dois laboratórios que se ocupavam ainda dessas pesquisas fecharam: o primeiro, do Canadá, porque o pesquisador principal se aposentou; o segundo, na Inglaterra, porque o pesquisador principal morreu. Só a Alemanha mantém vivo o interesse por esses estudos.

Com o surgimento do DDT, as espécies estão sendo extintas sem serem estudadas, afligiui-se o professor. (“As represas também provocam extinção. Quantos gêneros não terão desaparecido com Tucuruí?”) “Ah, se esses bichos vão desaparecer, para que estudá-los? É isso que pensam os jovens.” A aluna, jovem pesquisadora de mosquitos, já ria abertamente.

dizer que a vida se esgote”, pondera. Para ele, já foi criada uma cultura institucional muito forte, difícil de ser alterada. E termina lembrando uma frase comum intramuros: “A gente tem orgulho de trabalhar aqui”.

Paulo Buss concorda, o modelo é bom, e vem se aperfeiçoando. “Acho que falta implantar na Fiocruz um sistema de avaliação de desempenho dos funcionários que realmente funcione”, avalia. Um mecanismo mais adequado para premiar ou “punir”, não

como um castigo, enfatiza, mas para valorizar o trabalho e os próprios trabalhadores. “Isso, de alguma forma, acaba comprometendo a gestão democrática, e é um grande desafio para o futuro”. Também algumas atividades poderiam ser repensadas, como as industriais, que dependem menos da criatividade, que estão mais ligadas à produção, e não exigiriam gestão participativa, acrescenta Buss. “Nem sei dizer qual seria a melhor forma de mudarmos isso, do jeito como é hoje,

mas acho que precisamos repensar o modelo nessas atividades”.

Para a Asfoc, esta distinção é temerária. Um dos caminhos para fazer o modelo avançar, na visão da associação, é acentuar a participação dos trabalhadores na definição orçamentária e de investimentos, a exemplo de experiências bem-sucedidas em administrações municipais e de outras instituições públicas. ■

* Colaborou Katia Machado

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

SUS no planejamento familiar

A população brasileira, especialmente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), não tem acesso regular a métodos contraceptivos, muito menos a tratamentos de fertilização. Lançado em março, um programa do Ministério da Saúde sinaliza com mudanças nessa realidade: uma série de ações de planejamento familiar estará disponível na rede pública de saúde.

Preservativos masculinos e femininos e pílulas anticoncepcionais, hoje já disponíveis, serão comprados em maior quantidade pelo MS para que a distribuição atinja mais pessoas. Métodos reversíveis como o dispositivo intra-uterino (DIU) e o diafragma, contraceptivos injetáveis e o de emergência (a pílula do dia seguinte) farão parte desse rol. Da lista de serviços constam métodos de fertilização.

Mas, falar em planejamento familiar patrocinado pelo poder público acende logo um sinal de alerta: por trás da medida estaria camuflada uma política de controle de natalidade? Em entrevista à *Radis* em Brasília, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, nega. "Está totalmente fora de cogitação, até porque a Constituição Federal não permite", diz. "A decisão de ter filhos e de quantos filhos se quer é algo livre por parte do casal, e qualquer medida coercitiva nesse aspecto é ilegal". Para ele, já está superada a noção de melhorias socioeconômicas de um país pelo controle da natalidade.

DIREITOS HUMANOS

Jorge Solla lembra que a taxa de natalidade já vem decrescendo no Brasil desde meados dos anos 1980: em 1960, a média de filhos era de 6,2 por

mulher. Hoje, está na casa dos 2,3.

Mas o Estado tem obrigação de assegurar os direitos humanos, que englobam os direitos sexuais e reprodutivos, ressalta. Hoje, o atendimento é muito centrado nas vítimas de violência sexual. E o que se quer, segundo ele, é ampliar esse leque. "Precisamos dar assistência também às mulheres que, por uma razão ou outra, tenham se descuidado no uso correto de seu anticoncepcional", defende o secretário.

A pílula do dia seguinte, por exemplo, pode reduzir os casos de aborto clandestino. E o programa também prevê assistência às mulheres que sofrem complicações pós-aborto. "Essas complicações estão entre as três ou quatro maiores causas de mortalidade materna no Brasil", diz. Em março de 2004 o presidente Lula assinou pacto pela redução da mortalidade materna neonatal.

Coordenadora da ONG Sempreviva Organização Feminista (SOF), com sede em São Paulo, a psicóloga Nalu Faria opina que não deve haver imposição de método à mulher. Mas considera a proposta do governo um avanço, por oferecer à população, além de preservativos, outros métodos contraceptivos, respeitando o livre-arbítrio da mulher quanto a querer ou não engravidar.

Dados do MS mostram que há no Brasil 58 milhões de mulheres na faixa etária de 10 a 45 anos, 74% delas, usuárias do SUS, e 70% usando métodos contraceptivos. O programa atenderia, portanto, em torno de 30 milhões de mulheres. "Estamos trabalhando com a Agência Nacional de Saúde Suplementar para que as seguradoras de saúde passem a incorporar medidas de planejamento familiar", informa Jorge Solla.

O MS já começou a capacitar profissionais para atender à demanda e lançará, ainda este ano, sete cadernos especiais sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos contraceptivos, destinados aos profissionais de saúde. Há, ainda, um conjunto de ações na área da educação para em 482 escolas de 281 municípios. As populações carcerárias também serão atendidas pelo projeto. (W. V.)

Debate ultrapassado

O direito ao planejamento familiar está previsto na Constituição de 1988, e foi regulamentado pela Lei 9.263, de 1996. Por ela, mulheres e homens têm o direito de decidir livremente sobre o número de filhos, e devem ter acesso aos meios para regular sua fecundidade — que abrangem a educação sexual, o acesso aos serviços de saúde, ao uso de contraceptivos e à esterilização voluntária. O que o governo está propondo, portanto, é simplesmente o cumprimento da lei.

Para a antropóloga feminista Sonia Corrêa, o grande problema dessa discussão é o desconhecimento da mídia e dos próprios políticos sobre o que já existe. Em janeiro de 2004, por exemplo, a então ministra Emília Fernandes, petista gaúcha que comandava a Secretaria de Políticas para as Mulheres, propôs contrapartida ao Bolsa-Família: só receberia quem aceitasse informações sobre planejamento familiar.

As feministas protestaram: a proposta lembrava controle de natalidade. As igrejas contribuíram para a confusão (no Rio, a prefeitura suspendeu a distribuição da pílula do dia seguinte a pedido do arcebispo católico), porque misturam questões de foro íntimo com moral religiosa. A imprensa, que repercutiu por meses a polêmica, nada esclareceu, pois historicamente associa pobreza e fecundidade. Embora esteja provado que essa relação é equivocada — países que forçaram a redução da taxa de fertilidade continuam pobres —, esse debate ultrapassado chega sempre aos jornais. Ultimamente, até se atribui a violência ao "alto índice de fecundidade dos pobres", desconsiderando as raízes da exclusão social.

Assim, para dar certo, qualquer programa nesta área exige ações educativas e campanhas de esclarecimento.

SERVIÇO

EVENTOS

14º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE

Com o tema central Ciência para a Vida, o encontro, que se realiza paralelamente ao 1º Congresso Internacional de Ciências do Esporte, é promovido pelo Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte e buscará responder à necessidade de uma reflexão contextualizada no campo da educação física e das ciências do esporte, sobre os limites e possibilidades de contribuição para as expressões da vida, a partir de suas especificidades. *Data* 4 a 9 de setembro

Local Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Mais informações

Tel. (48) 331-9980

E-mail cbce@cds.ufsc.br

Site www.cbce.org.br

14º CONGRESSO CIENTÍFICO INTERNACIONAL (CNIC 2005)

OCNIC 2005, de 27 a 30 de junho em Havana, Cuba, debaterá os avanços mais recentes nas áreas de ciências naturais, biomédicas e tecnológicas. Promovido pelo Centro Nacional de Investigações Científicas (CNIC), instituição cubana fundada em 1965, que formou mais de 25 mil especialistas, o evento terá como tema central "40 anos a serviço da ciência e tecnologia".

Além de abordar os avanços alcançados em quatro décadas de existência, o evento apresentará os novos produtos e tecnologias da indústria médica, farmacêutica e biotecnológica.

Data 27 a 30 de junho

Local Havana, Cuba

Mais informações

E-mail seminario@cnic.edu.cu

Site www.cnic.edu.cu

9º CONGRESSO MUNDIAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E BIBLIOTECAS

Salvador sediará o 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas, organizado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/Opas/OMS), em parceria com o Ministério da Saúde e a Seção de Informação em Biociências e Saúde (Ifla).

Pela primeira vez no Brasil, o ICML9 se realiza paralelamente ao 7º Congresso Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (CRICS7) e à 4ª Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. Como tema central, o Compromisso com a Equidade.

Data 20 a 23 de setembro

Local Centro de Convenções da Bahia, Salvador, BA

Mais informações

Tel. (55 71) 2104-3477

Fax (55 71) 2104-3434

E-mail

icml-registration@eventssystem.com.br

Site www.icml9.org/?lang=pt

4º SEMINÁRIO MEMÓRIA E CONTEMPORANEIDADE

Quarta edição do Seminário Memória e Contemporaneidade, em Campinas (SP), promovido pelo Centro de Memória da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), reunirá especialistas de diferentes campos do conhecimento em torno da questão da memória social.

Os participantes vão debater os seguintes temas, aliados à memória: Cidade, Imagem, Leitura, Saúde, Patrimônio Histórico e Instituições-Memória, Infância e Velhice, Diferenciação Sociocultural, Comunicação, Educação e Fontes e Metodologia de Pesquisa.

Data 8 a 10 de junho

Local Unicamp, Campinas, SP

Mais informações

Tel. (19) 3289-3441

E-mail cmemoria@unicamp.br

4º CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL

Buenos Aires sediará o Cuarto Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos, organizado pela Asociación Madres de Plaza de Mayo. Em 2005 o enfoque do congresso será Saúde, Educação e Trabalho, temas abordados em cinco diferentes tópicos: As práticas, subjetivações e alinhamentos; Territorialidade, espaços críticos e espaços de prisão; Construções conceituais: ferramentas de transformação e instrumentos de reprodução; Discursos: palavra individual e enunciação coletiva e Leis: legalidade hegemônica x autenticidade singular. Inscrições de trabalhos: até 25/9. Ainda não há infor-

mações sobre local ou palestrantes.

Data 10 a 13 de novembro

Local Buenos Aires, Argentina

E-mail congreso@madres.org

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTO — EDITORA FIOCRUZ

Ciência, Política e Relações Internacionais (ensaio sobre Paulo Carneiro), organizado por Marcos Chor Maio, reúne textos de vários autores, fixando aspectos da trajetória de Paulo Carneiro, integrante das academias brasileiras de Ciências e de Letras e da Academia de Ciências Morais da França, além de embaixador do Brasil na Unesco. Destacam-se no livro as pesquisas de Carneiro no Instituto Pasteur, de Paris.

Mais informações
 Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9039
E-mail editora@fiocrz.br
Site www.fiocrz.br/editora



LANÇAMENTO — EDITORA FUNDAÇÃO PEIRÓPOLIS

Socioambientalismo e Novos Direitos — Proteção jurídica à diversidade biológica e cultural, da promotora Juliana Santilli, do Ministério Público do Distrito Federal, trata do desenvolvi-

mento histórico e do contexto político e social no surgimento do movimento socioambientalista no Brasil, o processo constituinte brasileiro e seu significado para a democratização do país, mostrando os caminhos percorridos pelo socioambientalismo para superar o abismo entre as questões sociais e ambientais e construindo pontes entre movimentos sociais e políticas públicas que tendem a atuar de forma divergente.

Mais informações

Editora Fundação Peirópolis

Site www.editorapeiropolis.com.br

Tel. (11) 3816-0699

E-mail editora@peiropolis.com.br



PÓS-TUDO

Visita genial

Texto publicado na Revista de Manguinhos de dezembro de 2002, que a Radis reproduz em homenagem aos 80 anos da visita de Einstein ao Brasil e ao Ano Mundial da Física.

“Einstein, o grande mathematico que, atualmente, o Rio hospeda, passou ontem mais um dia em nossa metropole, tendo feito uma visita ao Instituto Oswaldo Cruz e realizado sua segunda conferência na Escola Polytechnica”. Assim *O Jornal* abriu uma de suas reportagens com manchete de primeira página, intitulada “O Dia de Einstein”, na edição de 9 de maio de 1925.

Como os outros diários da então capital da República, dedicou espaço nobre ao físico Albert Einstein durante aquela semana. Ilustrando a reportagem, um bico de pena esboçava o perfil do cientista que, segundo a legenda, fora produzido por desenhista de Manguinhos, especialmente para o prestigiado diário da época.

Nos arquivos da Fiocruz, atualmente, há poucos registros de visita tão honrosa. O fotógrafo J. Pinto documentou o autor de numerosos trabalhos de física teórica, conhecido principalmente por sua Teoria da Relatividade, ao lado de pesquisadores de Manguinhos em uma das varandas do castelo. Há, também, o autógrafo de Einstein na página que traz um dos seus artigos nos *Annalen de Physik*, publicação especializada disponível na Biblioteca de Manguinhos.

CAFÉ GELADO

A leitura de dois jornais daquele dia, porém, traz detalhes importantes, como a informação de que Einstein teria documentado suas impressões sobre Manguinhos. O repórter de *O Jornal* escreveu: “No Laboratório de Chimica Applicada deixou um disco phonographico, e ainda, assistiu a uma experiência sobre a visão binocular”. O autor da notícia veiculada em *O Paiz* contou que “Einstein registrou a impressão da sua visita em um disco phonographico...”.

Restam-nos, hoje, somente hipóteses: ele teria feito uma gravação



FOTO: J. PINTO

ou registrado suas impressões sobre o IOC em uma dedicatória escrita sobre um disco? Não há em Manguinhos qualquer documento neste sentido.

Ainda conforme o noticiário dos diários cariocas, Einstein teria ido ao Museu Oswaldo Cruz, visto a coleção de anatomia patológica e percorrido as salas de leitura da biblioteca. Os pesquisadores, tendo à frente o então diretor Carlos Chagas, mostraram-lhe “o Leptospira e o Trypanosoma cruzi (...) e ele teria se interessado pelo processo utilizado para coloração de preparados por meio de câmara clara”. O cientista alemão teria tomado uma xícara de café, que preferiu “gelado” e, ao subir ao terraço, “sua vista se extasiou ante os mais belos panoramas, engrandecidos pela mais variada topographia”. Ressalte-se o entusiasmo do repórter de *O Jornal* em sua descrição do ambiente.

ENTUSIASMO RELATIVO

Einstein chegou ao Rio de Janeiro em 4 de maio de 1925, depois de passar por Buenos Aires e Montevideu. Foi homenageado em jantares oferecidos pelas colônias alemã e judaica, conheceu o Pão de Açúcar, foi à Tijuca, à Gávea e subiu a pé o Pico

do Papagaio. Os jornais mostravam, ainda, a reação da platéia diante do “sábio moderno”, descrevendo fisionomias e gestos de intelectuais presentes às conferências. Deliciosa a descrição do repórter de *O Paiz* sobre uma das conferências: “O almirante Gago Coutinho, conhecidamente contradictor do glorioso hospede, (...) num índice de incredulidade inabalável (...) Os graphics de Einstein não o demoviam, parece, de suas idéias já adquiridas sobre a mecânica clássica (...) O Sr. Licínio Cardoso, na primeira fila (...) contrapunha mentalmente, aos princípios da mecânica einsteniana, os dogmas de Augusto Comte. Parecia também um irredutível (...) Só o professor Sodré da Gama mostrou-se entusiasmado (...)”.

Mais informações

Einstein, o viajante da relatividade na América do Sul (Vieira & Lent Casa Editorial, 2004), do pesquisador Alfredo Tiomno Tolmasquim, diretor do Museu de Astronomia e Ciências Afins do Rio de Janeiro

Sociedade Brasileira de Física
www.sbf1.sbfisica.org.br



Fiocruz 105

25 de maio de 2005

A serviço da vida há 105 anos

www.fiocruz.br
www.fiocruz.br/ccs