

NESTA EDIÇÃO



Biopirataria

Especialista mostra o caminho para um intercâmbio científico sem surpresas

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 49 • Setembro de 2006

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...



Integralidade

Pesquisa revela experiências inovadoras na formação em saúde



O SETOR SAÚDE APRESENTA PROPOSTAS AOS CANDIDATOS

Gilson Carvalho

Decisões no SUS não têm mais critérios científicos ou éticos

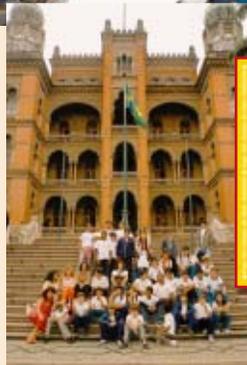


Saúde e ciência com diversão

Para jogar e aprender



FOTOS: GUTENBERG BRITO – ENSP/FIOCRUZ



Mais uma ferramenta de comunicação em saúde, desta vez na área ambiental: foi lançado em agosto o *Jogo dos Amigos do Meio Ambiente*, o *Jama*, cujo objetivo é levar o participante a refletir sobre a relação meio ambiente, saúde, trabalho agrícola e agrotóxicos, a debater essas questões e a procurar ajuda na criação de estratégias que sensibilizem e unam as pessoas na busca de soluções para os problemas socioambientais locais.

Jama é um jogo educativo-cooperativo desenvolvido pela psicóloga Rosane Curi de Souza (na foto, de pé entre alunos), pesquisadora do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz). "Procuramos criar material educativo que colabore, de forma lúdica, para o debate sobre tais temáticas, possibilitando a interação entre jovens, pais, professores, profissionais das áreas da saúde, do meio ambiente e da agricultura, além de incentivar

ações coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente", esclarece Rosane.

Destinado a crianças a partir de 10 anos e adolescentes, o *Jama* também é atraente para adultos. A idéia surgiu do trabalho com jovens filhos de agricultores no projeto, que Rosane criou e coordenou, *Em busca da Saúde Ambiental: Tecnologias educativas de prevenção ao uso de agrotóxicos - o jogo cooperativo e a interação escola-família*, do Programa de Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento e Inovação em Saúde Pública, com apoio da Escola de Governo em Saúde (EGS/Ensp).

Inicialmente haverá pequena distribuição gratuita entre instituições públicas das áreas afins. O kit do jogo contém ficha-cadastro com questionário de avaliação.

Mais informações

Tel. (21) 2598-2813 (Rosane Curi ou Kátia Peralta)

E-mail

jogojama-curi@ensp.fiocruz.br

Ensinar ciência a crianças e jovens de forma divertida e inovadora é a missão do TryScience (experimente ciência), a nova atração virtual do Museu da Vida, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). De um quiosque multimídia com câmeras online (foto), estudantes podem visitar museus de ciência de vários países em tempo real e participar de competições interativas com jogadores que estejam conectados. Também é possível fazer uma caminhada

pelo espaço sideral, escavar fósseis de dinossauros, aventurar-se em cavernas e participar de um jogo no fundo do mar.

Há 120 quiosques instalados em 27 países, interligados por rede de computadores. No site do TryScience (www.tryscience.org) há outras atividades disponíveis em nove línguas, inclusive português. O conteúdo do TryScience é desenvolvido pelo museu New York Hall of Science e museus da Associação de Centros de Ciência e Tecnologia (ASTC). A rede é gerenciada pela IBM.

O planeta em museu virtual

FOTO: ANALUCIA LIMP – CCS/FIOCRUZ



Conselho aos políticos

“Se conselho fosse bom não se dava, Svendia”, é o dito popular. Mas, como saúde não é coisa que se venda, acadêmicos, profissionais e movimentos sociais do setor resolveram “aconselhar” os candidatos à presidência da República, governos estaduais, Congresso Nacional e assembleias legislativas com propostas e exigências – um direito que a sociedade tem em relação aos seus governantes.

O recado de dezenas de respeitáveis personalidades e entidades da saúde é claro e consistente: cumprir os preceitos constitucionais em relação à Saúde e à Seguridade Social, legislar e desenvolver políticas que incidam sobre os determinantes sociais da saúde, promover o desenvolvimento com geração de emprego, distribuição de renda e garantia de direitos, regular o setor privado, aperfeiçoar o SUS para que seja cada vez mais universal, humanizado e de qualidade, alterando os modelos de atenção com integralidade e equidade conforme os princípios da Reforma Sanitária.

O financiamento da Seguridade Social e da Saúde é destacado tanto no documento encabeçado pela Abrasco (pág. 21) quanto nos documentos dos secretários municipais e estaduais de saúde (em nosso site). A imediata aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, que regulamenta a Emenda Constitucional 29/2000, é uma das muitas recomendações e exigências, que incluem transparência e controle

orçamentário. Os gastos com a Saúde devem ser considerados investimento, dizem os especialistas.

O documento “Um SUS pra valer” afirma que “a população brasileira está cada vez mais consciente da distância entre as propostas eleitorais e as realizações dos governantes, e exige que a democracia seja mais do que um jogo político”. Isso só ocorrerá, prossegue o documento, “fortalecendo instrumentos de democracia direta, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos (...) não só nas áreas sociais, mas também na definição e implementação das políticas macroeconômicas”.

Tantos recados urgentes não devem desanimar os políticos de conferirem as demais notícias desta edição e 10 experiências realmente inovadoras de abordagem da integralidade na formação de profissionais de saúde, apresentadas em nossa matéria de capa. O trabalho dessas instituições de ensino público e privado em diferentes estados pode inspirar governantes, gestores, educadores e estudantes a desenvolverem seus próprios modelos inovadores.

Aos eleitores, os votos de uma escolha consciente, de olho nos compromissos dos partidos e na biografia dos candidatos.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do RADIS

CARTUM



C.P./A.D.

Comunicação e Saúde

- ♦ Saúde e ciência com diversão 2

Editorial

- ♦ Conselho aos políticos 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

9

Integralidade no EnsinaSUS

- ♦ Experiências inovadoras no ensino da saúde 10

Entrevista: Gilson Carvalho

- ♦ “Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade” 16

Reforma da reforma

- ♦ Inquietações e mudanças 17

Eleições e reforma da reforma

- ♦ O recado do setor saúde aos candidatos 18
- ♦ Carta aberta aos candidatos à Presidência 19
- ♦ O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade 20

Vírus influenza

- ♦ Um novo surto, a irritação de sempre 28

Debates na Ensp/Fiocruz – Violência

- ♦ Democracia e inclusão, o melhor remédio 29

Intercâmbio científico e biopirataria

- ♦ Como evitar a paranóia 32

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde 35

Capa Pintura digital sobre foto de Tania Santos (VideoSaúde/Fiocruz)

Ilustrações Cassiano Pinheiro (C.P.) e Aristides Dutra (A.D.)

Nossa garota da capa é Maria Dijanira Tavares, da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Ildone (RN)



CARTAS

INSPETOR SILVA AGRADECE



Gostamos muito da idéia do “inspetor Silva” (*Radis* 47), tanto que gostaríamos muito de receber o CD-ROM para trabalhar a questão da importância da vigilância sanitária e os direitos dos cidadãos ao contar com esse serviço para proteção da saúde. Esclarecemos que em nossa regional são 30 municípios e já vimos trabalhando essa questão, porém precisamos de reforços, já que o pouco controle social permite a freqüente interferência política nas ações das Visas, principalmente nos pequenos municípios.

♦ Maria Therezinha B. Alves, diretora técnica Vigilância Sanitária, Direção Regional de Saúde, Botucatu, SP

Radis nos traz a cada nova edição uma oportunidade magnífica de atualizações em se tratando de comunicação em saúde. Na edição 47, logo na página 2 há uma reportagem sobre o “inspetor Silva” e ações educativas em Vigilância Sanitária. O tema me interessa, pois estou na Coordenação de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, em Curitiba, à qual é atrelado o Serviço de Vigilância Sanitária (Visa).

Estamos implementando ações educativas em Visa, com enfoque para empresários dos diferentes ramos de atividade de interesse para a saúde pública, equipes das unidades de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde, conselhos locais de saúde, corpo docente das escolas municipais e vereadores. Este projeto está em fase de elaboração de propostas didático-pedagógicas e acredito que a experiência desenvolvida pela Fiocruz e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal poderá nos auxiliar. Gostaríamos que se possível nos fosse enviado um exemplar do CD-ROM do inspetor Silva, ou quem sabe dicas para elaboração de materiais

didáticos para o nosso projeto.

♦ Angelo Roberto Massuchetto, Curitiba

▣ *Caros amigos, seu e-mail já foi repassado à Fiocruz-Brasília.*

FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Sou recém-formada em Fisioterapia, Se minha formação me possibilita atuar em saúde pública, principalmente na Atenção Primária. Preocupo-me com a efetiva promoção da saúde, por isso gostaria de saber sobre a atuação do fisioterapeuta no PSF.

♦ Pollyanna Cota, Rio Piracicaba, MG

Parabéns pelas excelentes matérias que a *Radis* vem publicando. Sou estudante de Fisioterapia e gostaria de saber quais as políticas do Ministério da Saúde para a inclusão do fisioterapeuta na Atenção Básica, principalmente no Programa Saúde da Família.

♦ Mirian M. Mota, Tauá, Ceará

▣ *Prezadas leitoras, a assistência em fisioterapia e terapia ocupacional, prevista no SUS e objeto de regulamentação (NOAS 01/02), faria parte dos Núcleos de Saúde Integral, mas a portaria foi revogada por falta de orçamento, segundo informou à Radis o Ministério da Saúde. Agora, a inclusão desses profissionais na Atenção Básica é iniciativa municipal — e muitas prefeituras já o fizeram. Alguns programas federais prevêem essa assistência: as políticas de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Saúde Mental (nos Caps) e de Saúde do Idoso, além dos procedimentos de Alta Complexidade e Atenção Hospitalar. Por sinal, o curso de saúde recordista em matrículas entre 1991 e 2004 no Brasil foi Fisioterapia (aumento de 741,5%!).*

CONSELHEIROS EM AÇÃO

O Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião, no Cajú, Rio de Janeiro, está totalmente sucateado, caindo aos pedaços — não literalmente falando, e sim de fato: paredes e reboco estão caindo, muita infiltração à mostra, aparelhos sem manutenção, alguns obsoletos, rede elétrica em péssimas condições — os três respiradores não podem ser usados, pois a rede não suporta e cai, podendo causar a morte do paciente.

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 47.500 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS
Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

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

Edição Marinilda Carvalho
Reportagem Katia Machado (subeditora), Wagner Vasconcelos (Brasília), Bruno Camarinha Dominguez e Júlia Gaspar (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Cassiano Pinheiro (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas, Cícero Carneiro e Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Oswaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (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.enp.fiocruz.br/radis

Impressão
Ediouro Gráfica e Editora SA

responsáveis 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.

Um hospital que já teve 260 leitos hoje tem apenas 16. Os bravos trabalhadores desta unidade lutam arduamente para mantê-la funcionando, buscando ajuda na comunidade, no Cremerj, nos sindicatos e nos conselhos distritais e municipais; mesmo assim não têm conseguido salvar o hospital. É a unidade de referência em infectologia do país, com equipes multiprofissionais. Mas não tem recurso nenhum para executar seu trabalho.

Como conselheira de Saúde do segmento usuário vou denunciar e gritar para alertar o governo federal, estadual, a prefeitura. Este hospital deve receber ajuda das três esferas, pois suas portas estão abertas à população. E aos guerreiros do SUS do Hospital São Sebastião, minha solidariedade e disponibilidade para lutarmos juntos.

♦ Maria Celina de Oliveira, conselheira distrital, diretora do Sindsprev, Rio de Janeiro

Gostaria de sugerir matéria sobre controle social e Oscip. Recentemente, em Rio Claro (SP), o Conselho Municipal de Saúde, após representação ao Ministério Público Estadual, obteve vitória também liminar, em 1ª instância, e cancelou a "parceria" entre a Fundação de Saúde e a Oscip Associação Civil Cidadania Brasil. Os bens do prefeito Neveeiro Junior (PFL), da agora ex-secretária Carminha Johanson e do diretor-administrativo foram bloqueados (www.canalrioclaro.com.br/noticias/?noticia=10788). Sou do Conselho Municipal e gostaria de receber cópia da decisão do juiz de Valente (BA), conforme a *Radis* 44. Parabéns pelo excelente trabalho.

♦ Edison Rodrigues Filho, Rio Claro, SP

▣ *Prezado Edison, a reportagem sobre controle social está em preparo. A cópia da liminar seguiu por e-mail.*

CÉLULAS-TRONCO E GATOS ARISCOS

Excelente mas assustadora matéria sobre as células-tronco demonstra o que já era de se esperar. Os jogos da política de interesses financeiros estão sempre tentando colocarem-se acima do conhecimento e da saúde. É com muita preocupação que verifico que além dos interesses financeiros, fazendo pressão de todos os lados, a confusão é geral e extrema devido à ignorância sobre ética e religião. A má gestão dos recursos públicos nesse palco de gatos ariscos deixa pouco espaço ao respeito à saúde e à vida humana. Felizmente ainda não

permitiram o comércio de embriões, mas as já permitidas experiências com eles é um inegável crime. (...) A polêmica das células-tronco vem apenas se juntar ao lodaçal que corre por trás da medicina atual. Foi-se a época em que se tinha noção melhor do que expressa a Constituição: "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados". (...) O governo já pecou no fundamental. A polêmica das células-tronco é apenas mais uma ponta do iceberg.

♦ Alexandre Luis, psicólogo, Rio de Janeiro

Parabéns pela matéria referente ao evento do Projeto Ghente, "Células-tronco – Possibilidades, riscos e limites no campo das terapias no Brasil". Sabemos como é difícil a realização de tal trabalho em função da quantidade de debates e palestras em um evento como este, mas certamente o público da revista mais uma vez saiu ganhando com a excelente cobertura feita por vocês.

♦ Karla Bernardo, Projeto Ghente (www.ghente.org)

7º CONGRESSO ACADÊMICO DE MEDICINA



Sou estudante do 4º ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Nossa escola recebe regularmente as edições da *Radis*, e gostaria de pedir apoio para divulgação do nosso 7º Congresso Acadêmico de Medicina, de 20 a 23 de setembro de 2006. Vários temas de interesse serão abordados, como interiorização da medicina, saúde pública, SUS, biossegurança. Inscrições na faculdade ou em nosso site (www.camfcmmg.cjb.net).

♦ Christiano Orlandi, Belo Horizonte

HOMENAGEM A AROUCA

O Centro Acadêmico do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa resolveu homenagear Sergio

Arouca [*que morreu em agosto de 2003*], um dos símbolos da luta pela democratização da saúde no Brasil. Esperamos, com isso, que se eternizem na memória dos discentes do nosso curso sua sabedoria, garra e perseverança. Hoje somos o CASA – Centro Acadêmico Sergio Arouca. Abraços e parabéns à equipe do RADIS.

♦ Marcelo Eliseu Sipioni, Viçosa, MG

RADIS PARA TODOS

Trabalhamos na Biblioteca da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Campus São Gonçalo/RJ. Gostaríamos de receber, por doação, os exemplares desta conceituada revista. Os temas tratados são muito importantes, os estudantes estão procurando e esta coleção certamente ajudará no desenvolvimento e aprendizado de nossos usuários.

♦ Rejane Amaral, Uerj, São Gonçalo, RJ

Estou me graduando em Enfermagem e, por recomendação de minha professora de Epidemiologia, assinei a revista. Por ser um mero estudante pensei que não a receberia, mas um dia me surpreendi ao ver a *Radis* em minha casa. Queria agradecer à equipe por me manter mensalmente atualizado nas questões de saúde pública. Valeu!

♦ Gean Douglas Carneiro, Lídice, RJ

Vinha recebendo regularmente as edições ao longo dos anos, e considerando as matérias dessa notável mídia extremamente atuais para a lógica dos serviços públicos. Entretanto, o exemplar único gera controvérsias, embora, após a leitura, a edição seja socializada para os demais colegas servidores do setor. Solicitaria encarecidamente que novos 12 exemplares fossem postados para nossa Coordenação Estadual do PACS/PSF, como solicitado anteriormente.

♦ Salomão Samuel Levy, Niterói, RJ

▣ *Amigos, os (muitos) pedidos estão na lista de espera; assim que ampliarmos novamente a tiragem procuraremos atender a todos.*

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

LEI MARIA DA PENHA PUNE VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER

DOMINGOS TADEU — PR/ABR

Foi sancionada em 7/8 a Lei Maria da Penha – de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher –, que tornará mais rigorosa a punição dos agressores. O nome da lei é homenagem a Maria da Penha Maia, militante dos direitos das mulheres. A lei, que entra em vigor em 21 de setembro, altera o Código Penal, permitindo que o agressor seja preso em flagrante ou tenha prisão preventiva decretada. Acabam as penas pecuniárias, pelas quais os agressores eram condenados ao pagamento de multas ou cestas básicas. A pena de detenção, que era de seis meses a um ano, será de três meses a três anos.

Em 1983, o marido de Maria da Penha, o professor universitário Marco Antonio Herredia, tentou matá-la duas vezes. Na primeira vez deu-lhe um tiro, que a deixou paraplégica. Na segunda, tentou eletrocutá-la. Na ocasião, ela tinha 38 anos e três filhas, entre 6 e 2 anos, informou a Agência Brasil. Maria da Penha passou a atuar em movimentos sociais contra a violência e a impunidade e hoje coordena a área de Estudos, Pesquisas e Publicações da Associação de Parentes e Amigos de Vítimas de Violência (APAVV) em seu estado, o Ceará. Em decorrência da impunidade, em 2001 o Brasil foi responsabilizado por negligência e omissão em violência doméstica pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

O que muda com a nova lei

Antes	Lei Maria da Penha
Não existe lei específica sobre a violência doméstica contra a mulher.	Tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Não estabelece as formas desta violência.	Estabelece as formas da violência doméstica contra a mulher como sendo física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
Não trata das relações de pessoas do mesmo sexo.	Determina que a violência doméstica contra a mulher independe de orientação sexual.
Aplica a lei dos juizados especiais criminais (lei 9.099/95) para os casos de violência doméstica. Estes juizados julgam os crimes com pena de até dois anos (menor potencial ofensivo).	Retira dos juizados especiais criminais (lei 9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher.
Permite a aplicação de penas pecuniárias como as de cestas básicas e multa.	Proíbe a aplicação destas penas.
Os juizados especiais criminais tratam somente do crime, mas para a mulher vítima de violência doméstica resolver as questões de família (separação, pensão, guarda de filhos) tem que ingressar com outro processo na vara de família.	Serão criados juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher com competência cível e criminal para abranger todas as questões.
A autoridade policial efetua um resumo dos fatos através do tco (termo circunstanciado de ocorrência).	Prevê um capítulo específico para o atendimento pela autoridade policial para os casos de violência doméstica contra a mulher.
A mulher pode desistir da denúncia na delegacia.	A mulher somente poderá renunciar perante o juiz.
É a mulher que muitas vezes entrega a intimação para o agressor comparecer em audiência.	É vedada a entrega da intimação pela mulher ao agressor.
A lei atual não prevê a prisão em flagrante do agressor.	Possibilita a prisão em flagrante.
Não prevê a prisão preventiva para crimes de violência doméstica.	Altera o código de processo penal para possibilitar ao juiz a decretação da prisão preventiva quando houver riscos à integridade física ou psicológica da mulher.
A mulher vítima de violência doméstica geralmente não é informada quanto ao andamento dos atos processuais.	A mulher vítima de violência doméstica será notificada dos atos processuais, especialmente quanto ao ingresso e saída da prisão do agressor.
A mulher vítima de violência doméstica, em geral, vai desacompanhada de advogado ou defensor público nas audiências.	A mulher deverá estar acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais.
A violência doméstica contra a mulher não é considerada agravante de pena.	Altera o artigo 61 do código penal para considerar este tipo de violência como agravante da pena.
Hoje a pena para o crime de violência doméstica é de 6 meses a 1 ano.	A pena do crime de violência doméstica passará a ser de 3 meses a 3 anos.
A violência doméstica contra mulher portadora de deficiência não aumenta a pena.	Se a violência doméstica for cometida contra mulher portadora de deficiência, a pena será aumentada em 1/3.
Não prevê o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação.	Altera a lei de execuções penais para permitir que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

A nova legislação prevê medidas inéditas — a serem determinadas pelo juiz em até 48 horas — de proteção à mulher em situação de violência e risco de vida, desde a saída do agressor da residência e a proibição de aproximação física da mulher agredida e dos filhos, até o direito a reaver bens e cancelar procurações. Na área da assistência social, fica prevista a inclusão da mulher no cadastro de programas assistenciais dos governos federal, estadual e municipal. A ministra Nilcéa Freire, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, acredita que as mulheres em situação de violência se sentirão, a partir de agora, mais encorajadas a denunciar as agressões. Maria da Penha concorda e recomenda que a mulher denuncie a partir da primeira agressão. “Não adianta conviver, a cada dia a agressão vai aumentar e terminar em assassinato”, disse ela na solenidade.

Outra medida importante: a criação dos Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A secretaria vai instar os Tribunais de Justiça dos estados a que instalem esses juizados com o máximo de rapidez possível. A lei foi aprovada no Congresso sem alterações, “como ocorre com os grandes consensos democráticos”, afirma notícia no site da secretaria. Para Maria da Penha, a lei representa o primeiro passo para que homens e mulheres vivam de forma igual. “Precisamos caminhar para uma relação familiar mais harmoniosa”.

SUSPENSÃO PROPAGANDA DE ANTIGRIPIAL



Anvisa determinou a suspensão das campanhas publicitárias do Tamiflu, fabricado pela multinacional Roche, no Brasil sediada em São Paulo. O antiviral ficou famoso por supostamente curar a gripe aviária, embora se saiba que não é bem assim (*Radis* nº 40). Apresentada como informativa, a campanha, a partir do slogan “A gripe pode acabar com você, mas você tem 48 horas para acabar com a gripe”, faz referência a seu uso. Resolução da Anvisa (RDC nº 102/2000) e a Lei 6.360/76 proíbem propaganda de medicamentos sob prescrição médica. A divulgação é permitida exclusivamente a médicos, dentistas, veterinários e farmacêuticos. A suspensão foi publicada no Diário Oficial de 3/8 e é válida para todos os meios de comunicação.



BACTÉRIA RESISTENTE IDENTIFICADA EM SP

Uma jovem foi internada num hospital da capital paulista com pneumonia e infecção generalizada — a primeira paciente diagnosticada no Brasil com infecção grave pela bactéria multirresistente *Staphylococcus aureus* tipo IV, cepa mais virulenta e de difícil combate, informou o jornal *O Estado de SP*. Casos semelhantes ocorreram nos Estados Unidos e era inevitável que chegasse ao Brasil, disseram os especialistas. Formas mais brandas desse microorganismo, que são os principais responsáveis por infecções hospitalares, já haviam sido registradas em 2004 em quatro pacientes de Porto Alegre. Os americanos anunciaram nova classe de antibióticos — platensimycin — para combate ao *Staphylococcus aureus*, resistente à meticilina (derivada da penicilina), e ao *Enterococos*, resistente aos mais modernos antibióticos.

O aumento da resistência das bactérias pode estar associado ao uso indiscriminado de antibióticos sem prescrição médica. “Todo organismo tenta sobreviver, seja bactéria, vírus ou protozoário”, disse ao jornal a infectologista Marta Ramalho, do Hospital Emílio Ribas. Na jovem paulistana, os sintomas foram confundidos com uma gripe. As hipóteses de hantavirose, leptospirose e contaminação por rotavírus foram afastadas. A vigilância sanitária investigou, sem sucesso, restaurantes que a jovem freqüentava. Os medicamentos usados no tratamento foram a teicoplanina e a vancomicina, da família dos glicopeptídeos. O problema é o diagnóstico rápido.

OS PLANOS DE SAÚDE E A DÍVIDA COM O SUS

O Tribunal de Contas da União (TCU) afirma que o SUS conseguiu receber apenas 5,9% do que lhe devem as operadoras de planos de saúde privados pelos serviços prestados aos usuários pela rede pública. É esta a conclusão de auditoria do tribunal: “falhas administrativas” da Agência Nacional de Saúde Suplementar seriam o principal obstáculo ao pagamento de R\$ 1 bilhão ao SUS. A ANS nega. Diz que em dois anos os planos pagaram R\$ 75 milhões, o que corresponderia a 16% do total devido. O TCU determinou a revisão das regras, mas as operadoras, que consideram a cobrança “ilegal”, continuarão recorrendo à Justiça para não pagar.

OS BANCOS E A DÍVIDA COM O INSS



CHARGE: MARCO — JORNAL DA CIDADANIA/IBASE

O setor bancário, que exhibe sucessivos lucros-recorde, deve R\$ 1,7 bilhão à Previdência — o total do calote chega a R\$ 114 bilhões, de empresas privadas e órgãos públicos. Os nove maiores conglomerados bancários, inclusive estatais, devem juntos R\$ 1,194 bilhão ao INSS, segundo lista de inadimplentes do Ministério da Previdência. A dívida, cobrada na Justiça, corresponde a 5% do lucro apurado pelas nove instituições em 2005 (R\$ 23,2 bilhões).

O estranho é que, embora a lei proíba que instituições devedoras operem crédito consignado, 14 das 37 instituições financeiras que assinaram convênio nesse segmento devem ao INSS, informa a Agência Carta Maior. Onze delas são privadas (BMG, Mercantil do Brasil, HSBC, Citibank, Santander-Banespa, Unibanco, Bradesco, Real, Paraná, Fibra e Intermedium) e três, públicas (Banco do Brasil, CEF e Banrisul), e seu débito conjunto soma R\$ 988 milhões (dívida de cada uma, mais a de bancos e empresas que controlam). Os bancos, por conta de tecnicidades fiscais, não reconhecem a dívida.

O INCRÍVEL SUPERÁVIT PRIMÁRIO BRASILEIRO

Outra matéria relevante da agência: o Brasil pagou aos credores no primeiro semestre de 2006 inacreditáveis R\$ 81,6 bilhões em juros vencidos ou por vencer — 8,25% do PIB. Por lei, a União deve reservar 4,25% do PIB, um percentual já bem alto, para pagar os financiadores da dívida pública — mas a equipe econômica preferiu ir (bem) além. A parcela fiscal do pagamento, o chamado superávit primário, correspondeu a 70%, ou R\$ 57,1 bilhões: nada menos do que 5,77% do PIB.

O economista Márcio Pochmann afirma que 20 mil famílias ganham dinheiro financiando a dívida. Como para o IBGE uma família média tem quatro pessoas, conclui-se que a parcela tributária do pagamento de juros favoreceu 80 mil pessoas com 5,77% das riquezas do país. Por outro lado, no primeiro semestre R\$ 19 bilhões de impostos cobriram os gastos da Previdência que, sozinha, com a arrecadação de contribuições ao INSS, não consegue distribuir os benefícios previstos (ver análise dessa "lógica" na *Radis* 48). O valor de R\$ 19 bilhões representa 1,92% do PIB. Como foram pagos 21 milhões de benefícios, a agência conclui que 84 milhões de pessoas ficaram com 1,92% das riquezas brasileiras.

Mesmo com um aumento nominal (de R\$ 1 trilhão para R\$ 1,024 trilhão no primeiro semestre), a dívida caiu de 51,5% do PIB em dezembro de 2005 para 50,3% em junho passado. A equipe econômica argumenta que quanto menor o percentual menos juros o país paga, enfraquecendo o argumento dos especuladores financeiros sobre o risco de calote.

Enquanto isso, na área social...

Os programas de transferência de renda reduziram o percentual da população extremamente pobre (que vive com menos de US\$ 60 por mês) de 14,5%, em 2003, para 12,3%, em 2004, segundo a pesquisadora Aldaíza Sposati, da PUC-SP, também consultora da Unesco, em palestra na 32ª Conferência Internacional do Bem-Estar Social, em julho. Mas isso é insuficiente, pois o governo precisa aceitar a idéia de que gasto social é investimento, e "não desperdício sem rentabilidade para o crescimento econômico".

O AVANÇO DAS OSSs

Em São Paulo, 45% dos serviços estaduais de saúde já estão a cargo do setor privado; o restante se divide entre Organizações Sociais de Saúde (*Radis* 43) e o estado. A Secretaria de Saúde não quis informar o montante investido nos contratos de gestão com OSSs, mas o Tribunal de Contas apontou em 2004 aumento de 90% nos gastos com interações entre 1995 e 2002, e "questionou se o crescimento não seria fraudulento, induzido pelas entidades privadas, com o objetivo de receber mais recursos públicos", informou em julho a Agência Carta Maior. Para o sanitarista José Carvalho de Noronha, da Fiocruz, o modelo atual, de "organizações paraestatais", com regime trabalhista flexível e burla a licitações,

difere da primeira OSS, transformada na Rede Sarah, criada por lei específica e com orçamento do Ministério da Saúde. "Tem plano de carreiras próprio, regime trabalhista da CLT e goza de autonomia administrativa e financeira", diz. É uma "OSS pública".

AGRONEGÓCIO SEM DESMATAMENTO



A ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, cobrou do novo ministro da Agricultura, Luis Carlos Guedes, um plano de desenvolvimento sustentável do agronegócio que evite o avanço do desmatamento. "Há 160 mil quilômetros quadrados já convertidos para a agricultura hoje abandonados na Amazônia", disse ela. "Não há motivo para que a fronteira agrícola seja expandida, gerando mais desmatamento, e por isso o Ministério da Agricultura precisa de um plano." Se esse território fosse usado de forma semi-intensiva seria possível dobrar a capacidade brasileira de produção de grãos e de criação de gado sem derrubar uma só árvore. Por ano, são desmatados 18 mil hectares de selva. Após um aumento do desmatamento de 27% em 2002, esse índice caiu em 31% em 2005.

AGENDA DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde reuniu em julho, durante o 7º Congresso Nacional da Rede Unida, em Curitiba, conselheiros e trabalhadores da saúde na Oficina de Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social. Foi elaborada uma Agenda de Comunicação e Informação em Saúde para 2006, com nove temas principais.

São eles: ampliação do *Fique Atento*, com definição de temáticas prioritárias; Pacto pela Democrati-

zação e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde, que deve ser pauta em reuniões dos conselhos; Comissões de Comunicação e Informação em Saúde, cuja criação os conselhos devem priorizar; capacitação de conselheiros na área; direito à saúde e controle social, com elaboração de material informativo; Pacto de Gestão, com elaboração

de material informativo em linguagem simplificada; pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS, com introdução da temática da comunicação e informação em saúde nos debates; entidades devem assumir o papel de divulgadores das pautas dos conselhos; Cadas-

tro Nacional de Conselhos de Saúde, com atualização, monitoramento e acompanhamento.

SANGUESSUGAS VENCERAM 29% DAS LICITAÇÕES

A CPI das Sanguessugas relacionou 116 parlamentares e ex-parlamentares com envolvimento no esquema de ambulâncias superfaturadas. A Controladoria Geral da União (CGU) apurou que de 2000 a 2004 a Planam ganhou, de um total de 3.048 licitações para aquisição de ambulâncias, 891 convênios (29%) entre municípios e Ministério da Saúde. A Operação Sanguessuga, da Polícia Federal, partiu de investigação da CGU. Segundo o Ministério da Justiça, as informações levantadas até agora não permitem que os investigados sejam declarados culpados, uma função da Justiça. A CPI afirma que há provas concretas – como recibos de depósito – contra 70 parlamentares.

O professor José Sebastião dos Santos, da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, disse à *Folha de S. Paulo* que ambulâncias compradas por emendas parlamentares servem principalmente à propaganda política, já que chegam às cidades de forma aleatória e sem o planejamento proposto pelo SUS. Ex-secretário de Saúde de Ribeirão Preto, o professor acha que distribuir ambulâncias é uma forma cara e pouco eficiente

de política de saúde, que persiste apenas pela pressão política. Em vez de organizar unidades básicas e implantar o Programa Saúde da Família, disse, muitos prefeitos preferem comprar ambulâncias.

ÁFRICA PEDE MAIS AJUDA EM DST/Aids

Representantes de países africanos pediram em julho que o Brasil amplie as ações de cooperação na área da saúde, principalmente no combate à Aids, em debate sobre políticas de saúde pública e a luta contra HIV/Aids, malária e outras epidemias, na 2ª Conferência de Intelectuais da África e da Diáspora. Para o ex-primeiro-ministro de Moçambique Pascoal Mocumbi, representante de uma iniciativa global para o desenvolvimento de medicamentos, poderia ser repassada aos países africanos a experiência do programa brasileiro de DST/Aids na redução da incidência da doença no país. "No Brasil conseguem transmitir mensagens a todas as comunidades, mesmo àquelas sem instrução", disse à Agência Brasil.

Mas o presidente do Grupo Gay da Bahia, Marcelo Cerqueira, contestou citando dados da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo: a Aids atinge duas vezes mais negros do que brancos no estado. "A maior parte das campanhas de saúde exclui o negro", afirmou ele, acrescentando que a vulnerabilidade maior da população negra é fruto da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Laura Segall Corrêa, representante do Ministério da Saúde, disse que o SUS tem problemas, mas é preciso defendê-lo. "O governo já desenvolve um programa estratégico de ações afirmativas para a população negra".

JUSTIÇA DECIDIRÁ QUEBRA DE PATENTE

Em Brasília, o Ministério Público Federal e ONGs que atuam na prevenção da Aids aguardam decisão da Justiça sobre ação civil pública — contra o governo federal e o laboratório Abbott — que pede licença compulsória para a produção no Brasil do anti-retroviral Kaletra. "O que motivou o pedido foi nossa preocupação com a sustentabilidade do programa nacional de Aids, pois esse é um medicamento de alto custo", disse a advogada do Grupo Pela Vida, Karina Grou, que participou em agosto de seminário sobre a capacidade industrial brasileira na produção de anti-retrovirais.

A medida foi tomada em dezembro, depois que o então ministro Sariva Felipe rejeitou resolução do Conselho Nacional de Saúde pedindo emissão imediata de licenças compulsórias das drogas efavirenz, lopinavir, tenofovir e outros anti-retrovirais patenteados, que oneram o orçamento do SUS. Para a advogada, é política a decisão da não-quebra de patentes, já que o Brasil tem respaldo legal e capacidade de produção. "Há muita pressão dos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, e o governo teme retaliações em outros setores."

FALTAM MÉDICOS PARA O PSF

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) não avançou como previsto em alguns municípios devido à falta de médicos, avaliou o Ministério da Saúde em seminário de balanço do programa, em Brasília. "Temos vários indicadores que mostram resultados positivos, como redução das internações, melhoria do pré-natal, acesso da população e satisfação dos usuários", afirmou no dia 4 de agosto o diretor do Departamento de Atenção Básica do ministério, Luiz Fernando Rolim. Entre os desafios, Rolim destacou a falta de profissionais qualificados e disponíveis para trabalhar nas regiões de maior demanda. "Vários municípios dizem que a expansão não está ocorrendo no ritmo que queriam pela falta de médicos". A qualificação permanente das equipes é outra dificuldade: mais de 300 mil profissionais, entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde, trabalham no PSF.

O Proesf, que visa a expansão do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes, teve início em março de 2003 e conta com US\$ 550 milhões para aplicação até 2009, informou a Agência Brasil. Metade da verba vem de empréstimo do Banco Mundial e metade do governo federal. O programa cresce principalmente nos municípios pequenos. Em 2005, cobria quase 5 mil municípios, dos 5.563 do país. E atendia principalmente cidadãos de baixa renda, das classes D e E, segundo levantamento do professor Luís Augusto Facchini, da Universidade Federal de Pelotas, que avaliou o projeto em 21 municípios. ■

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

toques da
redação



VIOÊNCIA CONTRA A MULHER

— Está na TV uma campanha educativa sobre violência contra a mulher — a Bem-Querer Mulher (www.bemquerermulher.com.br). A campanha é importantíssima, embora o nome soe complacente. Não tem que bem-querer. Pode mal-querer à vontade, pode até detestar. O que não pode é bater, ou vai para a cadeia. Menos poesia e mais firmeza.

FARMÁCIA COMUNITÁRIA — Imperdível a reportagem "Algo de novo e belo está acontecendo nas farmácias comunitárias" (*Pharmacia Brasileira*, nº 53), de Aloísio Brandão, editor da revista. Um farmacêutico goiano de 33 anos, Luciano da Ressurreição Santos, é o protagonista da história contada na matéria e exemplo do que a assistência farmacêutica pode fazer por um paciente. Na internet: www.cff.org.br/revistas/53/08a12.pdf



AUTÓCTONES NO PODER — Depois do presidente, Evo Morales, que é aymara, a Bolívia empossou na presidência da Assembléia Constituinte, em agosto, a deputada Silvia Lazarte Flores, que é quíchua. Ou seja, legítima representante dos povos originários bolivianos.

NA BLOGOSFERA — Os cinco blogs de ciência mais populares nos Estados Unidos, segundo a revista *Nature*, conforme matéria da Agência Fapesp: Pharyngula (www.scienceblogs.com/pharyngula); Panda's Thumb (www.pandasthumb.org); Realclimate (www.realclimate.org); Cosmic Variance (www.cosmicvariance.com); Scientific Activist (www.scienceblogs.com/scientificactivist).

O HÍFEN SUMIU! — A equipe do RADIS pede desculpas ao leitor. A substituição do programa de editoração na edição 48 provocou, na fase de impressão, o sumiço dos hífen dos textos, embora estivessem todos lá no momento da revisão, como se vê na versão da internet. O bug, identificado, não será repetido no próximo número. ■

INTEGRALIDADE NO ENSINASUS

Experiências inovadoras no ensino da saúde



FOTOS: TANIA SANTOS/VIDEOSAÚDE

Rio Grande do Sul: fisioterapia em todos os ciclos da vida

Katia Machado

Integralidade em saúde. Este é o princípio que, com a universalidade e a equidade, forma a base do Sistema Único de Saúde (SUS). Diz a Lei 8.080/90: entende-se por integralidade de assistência um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A integralidade foi prioridade do Movimento da Reforma Sanitária desde meados de 1980, nas lutas que culminaram na Constituição de 1988, que garantiu a saúde como um direito de todos. Um princípio sempre defendido como primordial ao sistema e como intenção e necessidade da ação pública.



Por este motivo, em 2004, formou-se o EnsinaSUS, linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), visando identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, fundamentando-se no princípio da integralidade.

A professora Roseni Pinheiro, que coordena o Lappis, explica que discutir integralidade do SUS é também tratar dos compromissos das instituições de saúde, "sobretudo das que operam com a racionalidade biomédica, que são as universidades, os hospitais, os órgãos formadores, as instituições científicas e os conselhos da área de saúde".

A pesquisa, cujos resultados foram divulgados no Simpósio Nacional Ensina-

SUS, em 9 e 10 de agosto, na Uerj, tinha, portanto, função determinante: a possibilidade de repensar-se que curso ou que formação se buscava estruturar segundo uma saúde mais integral.

Integralidade não é princípio mais importante do que outro, mas por sua natureza é capaz de atender a todos segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região. Trata-se de conceito amplo, diz Roseni, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado da saúde em diferentes níveis do sistema.

Para o Lappis, caracteriza-se como eixo estruturante e seminal de estudos sobre questões que envolvem direta ou indiretamente a afirmação da cidadania coletiva da saúde — a saúde como um direito do cidadão. Não é, portanto,

nenhum modismo exaltá-lo, ressalta Roseni. É nada mais do que um princípio constitucional que desafia todos os outros, com sua característica de transversalidade pelos demais princípios.

O Lappis, formado em 2004, visa assim auxiliar na identificação e na construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo de pesquisadores é repensar a noção de integralidade a partir de análises, divulgação e apoio a experiências inovadoras. “Começamos a delimitar o escopo de nosso programa como um grupo de pesquisa para analisar práticas de integralidade a partir de experiências no SUS, que é a política de Estado do país para saúde”, explica ela.

Doutora em Saúde Coletiva e professora-adjunta do IMS, Roseni entende que este princípio universal e constitucional, fruto de amplo movimento social, segue um caminho permanente em construção. A integralidade, para ela, é um termo polissêmico e polifônico, como gosta de ressaltar. É polissêmico porque não se limita a uma diversificação dos sentidos, carregando valores que merecem ser defendidos e que respeitam as diferenças nos vários cantos do Brasil. É polifônico porque ouve as vozes “silenciadas em espaços institucionais que não têm canais de escuta e acesso à informação e à comunicação, ou seja, não têm visibilidade para suas demandas”.

OS OLHOS NO COLETIVO

Na opinião da advogada Lenir Santos, especialista em direito sanitário, a integralidade de fato tem um conceito amplo, mas não pode ter o significado de que tudo aquilo que o cidadão pretender na saúde ele terá. “A integralidade precisa ser demarcada”, diz, “uma vez que na saúde é impossível garantir a todos tudo o que se pretender”. Para ela, esse princípio deverá ser pautado por critérios técnicos, orçamentários, financeiros e políticos. Caso contrário, haverá um SUS esmagado por demandas individuais, sem os olhos voltados para o coletivo (ver pág. 35).

Mas, se a integralidade em saúde é, conforme Roseni, um princípio em constante construção, será que a Constituição Federal e a Lei 8.080/90 dão conta deste conceito? Para a coordenadora do Lappis, em se tratando de adequar o sistema de saúde às especificidades regionais do Brasil, a lei não dá conta da definição. Ela apenas possibilita democraticamente que se façam rearranjos das práticas de saúde, que podem ser construídas coletivamente em cada região. “Essa construção, evidentemente,



Acre: Saúde da Família do primeiro ao último período do curso de Medicina



Rio Grande do Norte: a enfermagem a serviço da comunidade

precisa de critérios, mas que não devem ser ditados apenas por especialistas”, diz. Não há como se ter um profissional capaz de dar conta de todas as demandas: são necessários vários profissionais integrados. “Essa é a proposta quando abordamos tal princípio do SUS”.

Roseni acredita também que os saberes em saúde não estão isolados nem são universais ou mesmo definitivos. O conhecimento científico no campo da saúde, por exemplo, ou o conhecimento epidemiológico, não é suficiente para

pautar ações integrais. Sem dúvida são conhecimentos com lugar próprio e relevante, mas não exclusivos e determinantes para definir as políticas de saúde. “Eles são válidos quando adequados às especificidades de cada região”, explica. Ela ressalta três importantes áreas do setor saúde que contribuem para a materialização da integralidade. “Temos a área de política, planejamento e gestão na saúde, as ciências sociais humanas em saúde e,





FOTO: KATIA MACHADO

Simpósio do EnsinaSUS: Gilson Saippa, Francini Guizardi, Ricardo Ceccim, Lilian Koifman e Regina Henriques apresentam os resultados da pesquisa

por fim, a epidemiologia. Todas elas têm contribuições fundamentais no que tange à integralidade”, afirma Roseni, lembrando que a Saúde Coletiva propõe uma crítica à concepção fragmentada das saúdes públicas.

Na prática, portanto, a integralidade funciona quando a saúde se integra a setores e conhecimentos, e não apenas a setores. “Senão este princípio acaba muitas vezes sendo confundido com intersectorialidade: bastaria ter ações intersectoriais para termos ações integrais, e sabemos que não é assim”, resume.

O SUS DIZ “PRESENTE”

Compartilhando das mesmas idéias, para Lenir a Constituição não define a integralidade, apenas preconiza que as ações curativas sejam integradas com as ações preventivas para que se evite a dicotomia, buscando-se a demarcação do campo de atuação do

SUS. Segundo ela, quem tenta definir a integralidade, mas também não o faz com clareza, é a Lei 8.080/90, no artigo 7. “Digo que não faz com clareza porque este princípio deve ser objeto de uma construção constante”, afirma.

Embora a lei não abarque conceito tão amplo, no dia-a-dia o princípio da integralidade acaba por se fazer presente sem que muitas vezes as pessoas se dêem conta. A necessidade de identificação dessas experiências, portanto, é fundamental para a consolidação e a propagação do SUS como uma política de Estado de garantia do direito à saúde.

A pesquisa, assim, surgiu a partir de uma convocatória em 2004 por conta da política ministerial AprenderSUS, como parte das atividades da linha do Lappis em parceria com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da

Saúde. Foram chamadas as experiências de graduação que se identificassem com práticas de integralidade ou que desenvolvessem projetos político-pedagógicos voltados para este princípio do SUS.

Cem experiências se apresentaram espontaneamente, e 10 delas foram escolhidas para a pesquisa. O objetivo era mobilizar e apoiar experiências inovadoras, voltadas para práticas de integralidade em instituições de ensino e pesquisa. Além disso, havia a proposta de produção de conhecimento relativo ao ensino em dois campos de intervenção específicos. Um deles, formação e educação permanente dos profissionais considerando as interfaces entre educação, saúde e trabalho. O outro relacionado ao desenvolvimento para a incorporação de novas tecnologias do cuidado, capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços para usuários.

SELEÇÃO, O GRANDE DESAFIO

Selecionar essas experiências foi um grande desafio, relata o cientista social Gilson Saippa-Oliveira, pesquisador da linha, mestre em Saúde Pública, doutorando em Saúde Pública e professor do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A primeira preocupação na seleção foi identificar o perfil com potencial de produção e de inovação na formação do profissional de saúde. Depois, selecionar experiências de diferentes regiões do Brasil e de diferentes áreas da saúde. “Uma coisa era fundamental: identificar a perspectiva da inovação, visceral no processo de formação”, conta Gilson. Não seria uma disciplina isolada, um projeto de extensão ou um momento específico da formação que revelaria um potencial de transformação, “mas alguma coisa que estivesse integrada ao processo de formação, que tivesse uma perspectiva de continuidade desse processo”. A pesquisa acabou por descobrir modalidades de formação na enfermagem, na odontologia, na fisioterapia, na medicina e na psicologia, contemplando as cinco regiões do Brasil.

Para a pesquisadora Regina Henriques da linha de atuação e professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ, o EnsinaSUS começa justamente com a necessidade de se formarem trabalhadores sob a perspectiva da integralidade. Enfermeira, ela acredita que a pesquisa permitiu entender e conhecer propostas em desenvolvimento nos vários cursos da área da saúde que, no entanto, não estavam devidamente evidenciadas. “Além disso, conseguimos refletir sobre o que fazíamos

As 10 experiências escolhidas

O conteúdo de Saúde da Família no curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (Ufac); os marcos teóricos e metodológicos que orientam a força de trabalho de enfermagem que se forma na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (Faen); a disciplina Saúde da Família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, no Ceará; o Programa de Interação Universidade-Serviço-Comunidade da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP); a Clínica Integrada de Atenção Básica e o Internato Rural da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); o curso de Fisio-

terapia da Universidade de Caxias do Sul (RS), que se pauta não apenas na reabilitação, como também na promoção e na prevenção; os módulos interdisciplinares do curso de Psicologia da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp), em Campo Grande (MS); o projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário da Universidade Estadual de Londrina (PR); o currículo que orienta a Escola de Enfermagem da UFMG; e o projeto de pesquisa baseado na necessidade dos pacientes dos alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS).



nas nossas próprias instituições”, diz. O mesmo pensa Gilson Saippa, para quem o projeto contribuiu na reavaliação de seu próprio processo de trabalho, como também de toda a sua prática cotidiana na formação quer seja na graduação, na pós-graduação ou na residência médica.

Para uma das pesquisadoras do grupo, a enfermeira Maria do Carmo dos Santos Macedo, professora da Faculdade de Enfermagem da Uerj, uma das características importantes do EnsinaSUS foi a pergunta “Onde anda a formação, como ela está e quem, nesse momento, buscou alguma coisa para se aproximar mais dos princípios do SUS e da integralidade, que é o foco da questão?”.

PERGUNTAS NA BAGAGEM

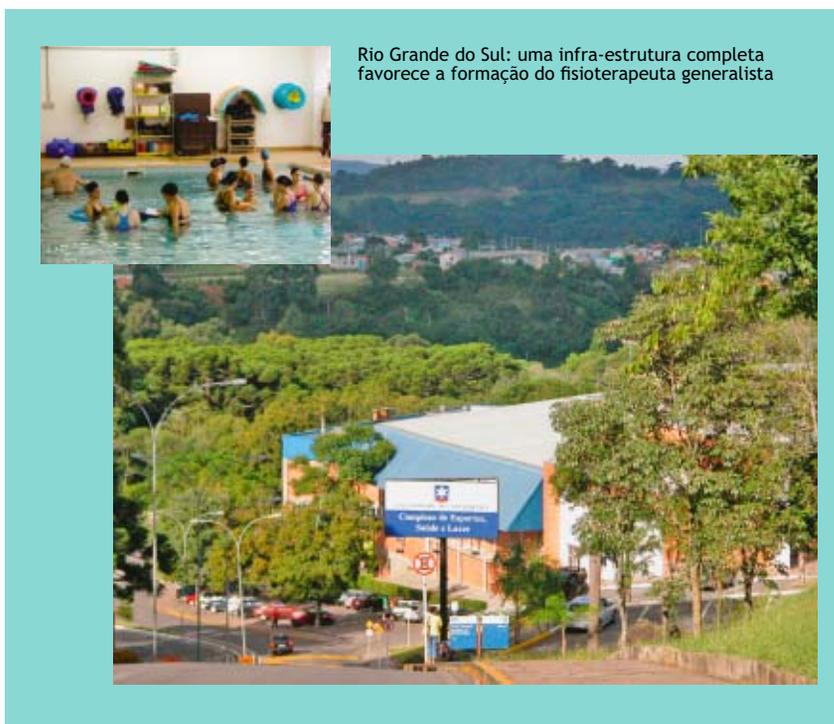
O trabalho, como esclarece a pesquisadora Lilian Koifman, partiu ainda dos seguintes questionamentos: “Saberíamos dizer o que tem sido feito, no Brasil, no que tange à formação em saúde?”; e mais: “o que identificamos como pistas ou situações educacionais de integralidade na graduação em saúde?”. Pedagoga, mestre e doutora em Saúde Pública, ela conta que, com essas perguntas na bagagem e as experiências selecionadas, o grupo visitou vários cantos do Brasil para identificar como a integralidade se dava na prática da formação em saúde, qual o sentido dado a esse princípio e em que momentos e de que forma os alunos podem trabalhar com o tema da integralidade. Tudo isso, diz Lilian, “respeitando as especificidades dos lugares, das regiões e dos cursos”.

Iniciado em 2002, o curso de Medicina da Ufac visa maior interação dos alunos com a comunidade. O eixo Saúde da Família perpassa do 1º ao 6º período da faculdade. Já no primeiro ano, os discentes vão visitar famílias e fazem diagnósticos socioambientais. Depois passam à ação em clínica, educação e saúde. Para Rodrigo Silveira, médico de Família e Comunidade, professor-assistente da universidade, ser selecionado causou felicidade e surpresa e, conforme ressalta, “facilitou a consolidação do eixo na faculdade”.

A seleção do projeto político-pedagógico da Faen deveu-se à articulação ensino/trabalho que promove, preparando os enfermeiros em consonância com o serviço público e a comunidade. As estratégias metodológicas para a formação desse profissional visam à realidade, às reais necessidades dos usuários. Essas necessidades se transformam



Minas Gerais: Alunos de odontologia levam consultório ao interior



Rio Grande do Sul: uma infra-estrutura completa favorece a formação do fisioterapeuta generalista

em conteúdo do currículo da faculdade. Coordenadora do projeto até o fim do ano passado, Moêmia Gomes de Oliveira Miranda assume ter sido ao mesmo tempo prazeroso, preocupante e desafiador participar do EnsinaSUS. “Isso porque sabíamos que as demandas eram muitas, era necessário aprofundar ainda mais a questão da integralidade e estreitar a articulação entre ensino e trabalho, entre as instituições formadoras, o próprio SUS, a comunidade e os gestores”,

resume a enfermeira, que é mestre em Enfermagem e Saúde Pública.

Terceira experiência selecionada, o curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, no Ceará, pauta seu currículo na disciplina Saúde da Família como eixo integrador dos conteúdos aplicados. “O curso, iniciado em 2000, só foi aprovado na época pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará devido a esta proposta”, observa a coordenadora,



Paola Colares de Borba, que é pediatra e mestre em Saúde Pública. Para ela, foi grande e grata surpresa estar no EnsinaSUS. "Sobretudo porque somos uma instituição privada e, em nossa região, há discriminação em relação às faculdades privadas".

SAÚDE E SOFRIMENTO

O Programa de Interação Universidade-Serviço-Comunidade, em Botucatu, iniciado em 2003, tem como objetivo deixar o ensino médico mais próximo dos serviços de atenção básica e da comunidade, levando em conta a subjetividade da relação humana e escutando o que o paciente tem a dizer ao médico. Essa foi a pista de integralidade que levou a experiência a participar do projeto do Lappis.

Para ouvir a comunidade e seus pacientes, os alunos de Medicina são divididos em oito grupos, espalhados nos oito territórios de Atenção Básica de Botucatu. No primeiro ano, cada aluno fica responsável por três bebês e suas respectivas famílias, realizando o reconhecimento do território, a forma como as pessoas dão conta de sua saúde e lidam com o sofrimento. No segundo ano, partem para um trabalho mais educativo e, no terceiro ano, vão atender pacientes adultos em centros de saúde. Para a coordenadora do projeto, Eliana Cyrino, médica e professora do Departamento de Saúde Pública da faculdade, o EnsinaSUS acabou por estimular ainda mais o trabalho. "Significa que estamos seguindo o caminho certo".

O mesmo pensa a dentista Efigênia Ferreira, doutora em Epidemiologia e professora-adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG. O trabalho selecionado a integrar a pesquisa do EnsinaSUS diz respeito a duas disciplinas da instituição: a Clínica Integrada de Atenção Básica, ministrada em cinco períodos, e Internato Rural, depois das cinco clínicas. "Essas disciplinas estão focadas na Atenção Básica, procurando maior interação com o serviço", explica.

O curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul, criado em 2001, foi selecionado devido a sua proposta inovadora, que vai além da reabilitação. De acordo com Suzete Machetto Claus, enfermeira e assessora pedagógica do curso, o trabalho tem como base dois pontos fundamentais.

O primeiro é formar o profissional fisioterapeuta generalista, capaz de atuar em diversos âmbitos, desde a promoção e a prevenção até a reabilitação. O objetivo é fazer com

que esse profissional não se detenha exclusivamente na reabilitação, como normalmente tem sido na formação do fisioterapeuta. O segundo ponto está relacionado à organização curricular. Em vez de se pautar em sistemas orgânicos, o curso está voltado para as necessidades de saúde das pessoas e de seu ciclo vital: "A proposta volta-se para a pessoa, e não para a patologia, abrangendo todas as fases da vida de forma interacional".

Para Suzete, o EnsinaSUS significou reconhecimento e responsabilidade. "Reconhecimento de ver que foi selecionada a proposta de uma faculdade privada, ainda que a faculdade seja de caráter comunitário e regional. E responsabilidade com a instituição, que apostou em tudo isso, como também com outras instituições, pois o curso serve de referência", diz.

MÉTODO INTEGRADO E INTEGRADOR

Na explicação da psicóloga Vera Lúcia Kodjaoglian, mestre em Saúde Coletiva, que coordena o curso de Psicologia da Uniderp, em Campo Grande, o trabalho foi selecionado devido ao método pedagógico e ao desenho curricular do curso. Implantado no ano de 2000, o curso apresenta um método integrado e integrador ao mesmo tempo, pois foi construído coletivamente, com a participação de diversas áreas da saúde. Está organizado por módulos interdisciplinares que seguem o eixo do ciclo vital, iniciado na concepção do ser humano e passando por todo o seu desenvolvimento. Por esse currículo, os estudos de todas as disciplinas do curso se dão de forma integrada. "São módulos temáticos interdisciplinares, focados na aprendizagem baseada em problemas (em inglês *Problem Basic Learning*, ou *PBL*): por esse método, o aluno se vê na prática de sua formação desde o 1º período do curso", conta.

Para a execução do trabalho, são organizados grupos tutoriais com 10 estudantes e um professor, que cumpre o papel de tutor. Seus estudos partem de uma situação-problema real, que é analisada e refletida por cada grupo. "O trabalho desenvolvido está fincado em alguns pilares, quer seja de oferecer ao aluno maior autonomia, de inseri-lo precocemente na prática, de aprender a aprender, de aprender fazendo e de trabalhar em equipe", sintetiza.

Vera Lúcia, como todos os outros atores da pesquisa, acredita que o EnsinaSUS foi uma forma de reconhecimento e valorização do trabalho. "Nosso trabalho mostrou que o psicólogo tem muitas

possibilidades de atuação, não apenas a clínica", constata. "Ele tem uma atuação social e muito eficaz no SUS".

UM SER HETEROGÊNEO

O projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário, da Universidade Estadual de Londrina, selecionado pelo EnsinaSUS, parte da idéia de que o idoso na periferia não é bem assistido e que esse atendimento não pode ser feito por um único profissional. Essa foi a pista de integralidade que levou o trabalho a ser inserido na pesquisa do Lappis. Para o idealizador dessa experiência, o geriatra Marcos Cabrera, que é professor da universidade, esse é um projeto que vê o idoso como um ser heterogêneo. Por esse motivo, deverá ser assistido por profissionais da medicina, da enfermagem, da fisioterapia, do serviço social e da odontologia, além dos profissionais de serviço da Unidade Básica de Saúde. "Ser selecionado foi uma grande felicidade e engrandeceu o grupo que compõe o projeto", diz. "Sempre tivemos o objetivo de mostrar que é possível realizar um trabalho de forma interdisciplinar".

Outro projeto selecionado: as duas experiências de ensino aplicadas na Escola de Enfermagem da UFMG. A primeira é o internato rural, quando os alunos do 8º período vão a campo atuar nas comunidades rurais, fora de Belo Horizonte. A segunda experiência é a atuação dos alunos da graduação no Hospital Sophia Seldman, na periferia de Belo Horizonte. Esta unidade, de acordo com a enfermeira Maria José Menezes Brito, coordenadora do trabalho, presta atendimento materno-infantil e é hoje referência nacional em atendimento de mães e crianças.

Para esta mestre em Enfermagem e doutora em Administração, além de docente do Departamento de



Enfermagem Aplicada da escola, o EnsinaSUS conduziu a uma reflexão mais profunda. "Percebemos como essa experiência é forte na universidade", diz. "Foi com o EnsinaSUS que acabamos ampliando o estágio, que era no 8º período, para o 9º período, quando os alunos que estão para se formar passam por hospitais e unidades da rede pública de saúde".

MODELO, NÃO: ESTÍMULO

Na concepção da também enfermeira Maria de Lourdes Denardin Budó, mestre em Extensão Oral e doutora em Enfermagem, o EnsinaSUS dá visibilidade às experiências e estimula o estudante à prática da integralidade. Professora-adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM, o projeto que coordena foi selecionado por fazer diagnóstico de saúde de uma região sanitária (PSF) de Santa Maria, incluindo seus alunos desde o primeiro período da faculdade. O objetivo era fazer com que os pesquisadores montassem um planejamento de trabalho baseado na necessidade dos pacientes e que os alunos de graduação do curso de Enfermagem tivessem contato com as novas diretrizes curriculares voltadas para a integralidade na saúde. "A pesquisa teve início em 2004 a partir da necessidade de uma das enfermeiras que integram o grupo", informa Maria de Lourdes.

Para os pesquisadores do EnsinaSUS, nenhuma dessas experiências serve de modelo, mas de estímulo à prática da integralidade. "Não existe um modelo em que se ensine a integralidade", disse Lílian Koifman. "Existem várias possibilidades, cada curso tem um modelo, alguns parecidos, outros muito diferentes, outros muito originais, outros bem tradicionais, e dentro deles todos cabe a possibilidade de se discutir o tema da integralidade", observa.

O que mais chamou atenção no EnsinaSUS? Para a pesquisadora Maria do Carmo, da Uerj, foi a certeza de que é possível fazer integralidade em qualquer região e área de atuação da saúde. "Foi bom ver que a formação ganha uma outra qualidade no assistir, principalmente quando as pessoas atendem nos serviços e nas áreas de ensino com o olhar da integralidade".

NADA É MIRABOLANTE

A forma de organização do EnsinaSUS é de interação permanente. Foram quase três anos de pesquisa, feita em três etapas, explica Roseni. O primeiro momento foi de captação e seleção das experiências. O segundo, a pesquisa de campo feita pelos próprios pesquisadores, organizados



Mato Grosso do Sul: alunos do curso de Psicologia aprendem fazendo

em duplas. O terceiro, após análise de campo e aplicação da matriz analítica, a reunião dos relatores das 10 experiências selecionadas para uma crítica dessa análise. "Esse foi um momento novo para o tipo de pesquisa exploratória realizada, o que criou uma validade dialógica muito importante para os resultados da pesquisa e permitiu sua conclusão com maior eficácia", diz Roseni.

A decisão de reunir-se com os representantes das experiências selecionadas depois de feita a análise de campo levou ao documentário *Vozes da Integralidade* (*making of* em www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=1), em parceria com a VideoSaúde, ligada ao Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz. Para o documentário, foram visitadas as cinco regiões do Brasil e filmadas sete experiências. "Apesar de não estar previsto inicialmente como instrumento de pesquisa, o vídeo acabou funcionando como tal, como um validador dialógico, ainda mais que a idéia surgiu após um ano da pesquisa de campo, permitindo que os dados não fossem perdidos", informa Roseni.

Para o médico-sanitarista Aloísio Gomes da Silva Júnior, doutor em Saúde Pública e professor do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, o vídeo foi importante primeiramente porque possibilitou registrar fragmentos de várias situações e pessoas em dezenas de lugares captados ao longo de dois anos e meio. "Segundo, porque carrega a idéia de que as coisas não

acontecem em outro lugar, acontecem no nosso cotidiano", ressalta. "Nada é mirabolante ou impossível de realizar: muitas das coisas que nós sequer imaginamos são pistas da construção da integralidade e o vídeo resgata isso das experiências".

Mais informações

VideoSaúde

Tel. (21) 3882-9109/9110

E-mail videosaude@cict.fiocruz.br



Integralidade na pauta

NA RADIS

www.ensp.fiocruz.br/radis/

- ♦ nº 12, ago/2003, p. 14: Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde;
- ♦ nº 14, out/2003, p. 7: Atenção integral à saúde inspira ciclo de palestras;
- ♦ nº 27, nov/2004, p. 17: Integralidade, a cidadania do cuidado.

NA COLETÂNEA RADIS 20 ANOS

NA TEMA

- ♦ nº 21, nov-dez/2001, p. 6: Integralidade.



ENTREVISTA

Gilson Carvalho

"Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade"

Médico-pediatra e de Saúde Pública, Gilson Carvalho tem tratado freqüentemente em seus artigos da integralidade. Militante e defensor do sistema, Gilson fala, nesta entrevista à *Radis* por e-mail, de seu entendimento desse princípio, faz breve balanço dos avanços do SUS no que tange à integralidade da atenção à saúde e, por fim, aponta o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) ou, como prefere, Atenção Primária da Saúde (APS). Segundo ele, básica ou primária, o que importa é que ela seja o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde.

Como você define a integralidade na atenção em saúde?

A dimensão da integralidade em saúde não é única. A acepção consensual é de que signifique o tudo. Costumo dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis. Tudo, sob todos os aspectos. O ser humano como um todo: bio-psico-social. O bio-psico incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada. A atuação da saúde em todas as áreas: promoção, proteção e recuperação. Em todos os níveis: do primário ao quaternário.

A Constituição ou a Lei 8.080/90 dão conta desse conceito?

A CF enuncia a integralidade da intervenção das ações e serviços de saúde. O Art. 198 diz: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais". No Art. 200, descrevem-se as ações de saúde, como vigilância sanitária, meio ambiente, saneamento, saúde do trabalhador etc.

A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, vai um pouquinho mais longe e profundo em seu Art. 7, II, quando diz que o SUS deve seguir as diretrizes acima e os seguintes princípios: "Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos

os níveis de complexidade do sistema". No Art. 6, garante inclusão no campo de atuação do SUS: "Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica".

A dimensão do que fazer da saúde, a abrangência da integralidade da ação está também no Art. 3, genericamente, quando declara os objetivos e, entre eles, coloca as ações de "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas". Não é por falta de definição. O maior problema está no não-cumprimento do desejado e do prometido.

Quais são os avanços e retrocessos alcançados no SUS na área?

Tenho certeza de que avançamos e muito, independentemente de quem nos governou centralmente, nos estados e nos municípios. Vários partidos foram artífices das muitas e maiores conquistas do SUS. Infelizmente, uma minoria ajudou a congelar o SUS ou mesmo a destruí-lo. O saldo é extremamente positivo. O avanço é termos conquistado mais integralidade. Tanto na visão do ser humano quanto nas ações feitas com e no ser humano em quantidade e na complexidade. Também continua um desafio manter a integralidade conquistada e trabalhar por ampliá-la.

Pode-se dizer que a integralidade é um dos princípios mais importantes do SUS?

Eu diria que estão em pé de igualdade a universalidade (o para todos) e a integralidade (o tudo). O "tudo para todos" é uma diretriz-princípio do SUS que se constitui no maior dos desafios. O "para-todos" é menos ameaçado que o tudo. O *tudo* sofre ataque dos dois lados: de quem quer restringi-lo sob vários aspectos e de quem quer turbiná-lo ao ponto do inexecutável. Quando o Movimento da Reforma Sanitária pensou o sistema de saúde baseado na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginou uma integralidade regulada. Nela se faria só o *tudo* que tivesse base científica devidamente evidenciada e que seguisse o padrão ético.

Hoje, vemos vencer a busca de uma assistência à saúde turbinada pelos interesses econômico-financeiros, decidindo o que se vai fazer no SUS sem critério, nem científico nem ético. Há turbinagem



em procedimentos, medicamentos, exames diagnósticos e terapias. Os governos conseguem a cada dia trincar e trancar o conceito da integralidade. Ora usam conceitos restritivos desvinculando o financiamento de atividades-fim das atividades-meio em saúde, sendo que aquelas dependem destas; ora consideram ações de saúde os condicionantes e determinantes da saúde como bolsa-família, bolsa-alimentação, saneamento.

Como você entende a ABS?

A atenção básica é a porta de entrada do cidadão dentro do SUS. Uns defendem o nome de Atenção Básica e outros, Atenção Primária. O que importa é que ela seja o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde. Que a ela se dê cada vez mais espaço e importância como um dos caminhos do novo modelo de fazer saúde. Prioridade na APS.

Qual a função da ABS segundo a integralidade?

Temos que investir cada vez mais na APS para que ela atenda ao cidadão no "antes do acontecer" ou quando muito no princípio deste acontecer. O desafio é ter na APS o começo, a entrada. Jamais como o limite da política focal, ou seja, só focar no básico, mas sim como a entrada num sistema que tenha que garantir a saúde em todos os níveis de atenção. APS limitante, não. APS como garantidora da integralidade, começando pelo começo. (K. M.)

Inquietações e mudanças

A exemplo de Gilson Carvalho (página anterior) e Lenir Santos (página 35), muitos representantes do movimento sanitário vêm demonstrando preocupação com desvios no SUS. O uso da expressão "reforma da reforma" (*Radis* 48), entretanto, tornou-se de tal modo freqüente que no Congresso do Conasems, em junho, a pesquisadora Sarah Escorel condenou tal discurso por seu significado subjacente — o de que os princípios da Reforma Sanitária precisariam ser mudados. Sarah é uma das signatárias de documento com propostas aos candidatos à Presidência, no qual são enumeradas algumas mudanças que o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira considera essenciais ao avanço do sistema ("SUS pra valer", pág. 20).

Na revista *Conasems* (maio/junho 2006), por sua vez, o sanitarista Flávio Goulart, também militante histórico do movimento, propõe justamente a revisão do princípio da equidade, "pois tudo para todos não existe em sistema nenhum do mundo", e defende a cobrança de serviços de quem pode pagar.

A *Radis* pediu a Flávio que explicasse melhor essas opiniões. Ele foi além: enviou-nos o ensaio "Tem futuro o SUS? (Ou da necessidade de reformar o reformável)", para que suas idéias não apareçam fora do contexto de sua análise [*íntegra no site do RADIS: www.ensp.fiocruz.br/radis/web/49/web-01.html*]. Flávio critica inicialmente a "unanimidade" das platéias reunidas em encontros da saúde, que defendem verdades estabelecidas sem crítica, formando-se uma "endogamia" cujo "produto final geral é estéril ou deformado".

O sanitarista propõe que se areje o debate sobre o sistema, sem a polarização das vertentes habituais, a dos que atacam a própria idéia-matriz do SUS versus a que não aceita mudança. Para Flávio, "alguns dispositivos legais e, por consequência, algumas práticas estabelecidas podem ser flexibilizados ou reformados exatamente para fazer o SUS avançar", diz. "Que fique claro, portanto: o contrário do SUS, para mim, seria a *barbárie sanitária*". Pontos a reavaliar:

Primeiro, o financiamento. A política de ortodoxia fiscal praticada pelo atual governo não fica nada a dever a outros. Assim, diz, não haveria espaço para ilusões: a política econômica praticada no passado, no presente e talvez no futuro não é outra senão a do ajuste

das contas públicas, à custa de artifícios como o contingenciamento sistemático ou mesmo a supressão dos recursos da saúde e das outras áreas ditas *gastadeiras*. Ficaria, pois, sempre ameaçada a própria idéia-matriz do SUS, com seus componentes de universalidade, equidade e integralidade.

CONFUSÃO DE PRINCÍPIOS

Mal resolvidas estariam ainda a descentralização, a gestão e a capacitação de pessoas, a incorporação de tecnologias, um modelo centrado na atenção primária, cita. A noção de equidade, central na idéia-matriz do SUS, "é praticada precariamente e não escapa a um dilema: os mais ricos adquirem privilégios toda vez que se aumenta a cobertura do sistema". Para ele, a integralidade tem sido "confundida" com universalidade e considerada "sinônimo" de se oferecer *tudo a todos*. "Sejamos realistas: nenhum sistema mundial de saúde oferece benefícios de tal ordem". Para ele, essa dimensão dependerá dos recursos. "Isto não é regra neoliberal, do FMI ou de equipe econômica; é questão aritmética".

O problema da exclusão, diz, merece tratamento diferenciado e, para isso, talvez seja preciso romper com o *tudo para todos*, substituindo-o por *mais para quem precisa mais*.

Uma boa maneira, defende, seria contemplar as periferias, mais sujeitas à falta de acesso aos serviços de saúde, à mortalidade infantil, à desnutrição, às violências, à miséria. "Não com o velho discurso de que é preciso dar tudo a todos, mas agora diferenciar a ação governamental" — por exemplo, a "complementação das despesas de saúde de forma proporcional à renda dos usuários deve deixar de ser assunto tabu e ser mais discutida na sociedade", bem como estímulo ao associativismo e à autogestão para viabilizar a oferta das ações de saúde mais complexas.

Sarah Escorel não leu a entrevista de Flávio ao Conasems nem foi informada do teor de seu texto, mas disse à *Radis* que em Recife estava se referindo, de modo geral, à postura de que o SUS caminha numa direção errada, e há que fazer meia volta. "Estamos na direção certa e o norte são os princípios e as diretrizes do sistema, que não estão implementados integralmente, em sua totalidade, em sua radicalidade", afirma. Isso exige mudança? Sim, porque a realidade não

é satisfatória, não porque a legislação esteja com pontos equivocados, mas porque sua implementação ficou incompleta, diz. "Daí o SUS pra valer, não meio SUS — ah, agora vamos privatizar, cobrar de quem pode, nos concentrar na parcela pobre... — não! Somos até radicalmente contrários à proposta do governo de fazer plano de seguro-saúde para o funcionalismo", ressalta.

Para Sarah, o SUS é um instrumento da Reforma Sanitária, que é muito mais do que o próprio SUS. "Às vezes, o que acontece é que as pessoas ficam desiludidas e desesperançadas, achando que temos que mudar o projeto, senão ele não avança", reflete Sarah: "Mas o problema não está no projeto, mas nos últimos governos, que não têm investido em programas sociais."

REFORMA E CONTRA-REFORMA

O sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos observa: é preciso distinguir a "reforma da reforma" da "contra-reforma". Gastão, por sinal, é o "pai" da expressão, inaugurada em sua tese de doutorado — "A reforma da reforma: repensando o SUS", de 1991, publicada em livro (ver pág. 34). A idéia ganhou aliados, inclusive o sanitarista Sergio Arouca. "Há que repensar, não privatizar ou restringir direitos, mas mudar o modelo de gestão", afirma. "Sanguessuga, vampiro, temos que mudar para evitar a corrupção, e nada disso está na lei do SUS, porque o SUS não está pronto".

O professor da Unicamp Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, concorda "no genérico" em que "reforma da reforma" tem dupla interpretação. "A verdadeira, que eu adoto, complexa, demanda esforço, é a das propostas de estratégias de implementação da reforma; a outra, manipulada, que equivocadamente usam, dá a entender que princípios precisam ser reformados".

"Não podemos tapar o sol com a peneira e achar que rumos e estratégias estão certos nesses 15 anos", pondera. "Houve muitos erros e aí cabe a reforma". Nelsão lembra, no entanto, que princípios e diretrizes estão consagrados na Constituição: "Não são apenas um documento, foram forjados num pacto da sociedade, que se mobilizou até a promulgação em 1988", diz. "Vários governos tentaram obstruir, não conseguiram, e esse pacto social persiste". (M. C.)



O recado do setor saúde aos candidatos

A área da saúde está mobilizada para as eleições de outubro. Nos últimos meses, entidades diversas divulgaram documentos com propostas – e até exigências – aos candidatos. Pela relevância, nesta edição o RADIS publica dois deles na íntegra: a “Carta aberta aos candidatos à Presidência” (pág. 18), assinada pelos integrantes da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em março (*Radis* 45), e “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade” (pág. 19), subscrito pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), que compõem o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira.

O mesmo colegiado divulgou também em julho o documento “Gasto em saúde no Brasil: é muito ou pouco?”, em que conclui que o financiamento da saúde é baixo tanto em relação ao nível de desenvolvimento quanto em relação às demandas do país. A “Carta de Recife” (junho 2006), documento final do 22º Conasems (*Radis* 48), é outro roteiro minucioso para políticas de saúde, no qual os secretários municipais, inclusive, reiteram sua crítica ao “uso político do Ministério da Saúde e de outras esferas de gestão nas barganhas políticas e partidárias”. O Conass publicou ainda o documento “Cresce a participação dos estados no

financiamento da Saúde” (julho de 2006), que analisa a trajetória de investimentos na área das três esferas de governo e reitera a necessidade da aprovação do PLC 01/2003, regulamentação da Emenda Constitucional C-29. O projeto dorme no Congresso há três anos, apesar das muitas promessas de “votação iminente”.

São anseios dos movimentos ligados ao setor, igualmente, as recomendações do Conselho Nacional de Saúde para que as conferências nacionais ou temáticas sirvam “como referência na elaboração dos planos de saúde e orientem os gestores das três esferas de governo na execução das ações”, como lembrou editorial do *Jornal do CNS* (março/abril 2006).

Mais informações

- ♦ Conselho Nacional de Saúde
<http://conselho.saude.gov.br>
- ♦ Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
www.determinantes.fiocruz.br
- ♦ “Cresce a participação dos estados no financiamento da Saúde” (Conass)
www.conass.org.br/admin/arquivos/Cresce_gastos_estados.pdf
- ♦ “Gasto em saúde no Brasil: é muito ou pouco?” (FRSB)
www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf
- ♦ “Carta de Recife” (Conasems)
www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-02.html



Carta aberta aos candidatos à Presidência

Agosto de 2006,
Srs.(a) candidatos(a) a presidente do Brasil,

Nós, membros da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS),

- ♦ Preocupados com as enormes desigualdades em saúde no Brasil que, além de injustas, são evitáveis e desnecessárias;
- ♦ Sabedores de que essas desigualdades são resultado do desemprego, da violência, da falta de perspectivas e das precárias condições de vida a que está submetida grande parte da população brasileira, acentuadas pelas dimensões de gênero e etnia;
- ♦ Convencidos de que políticas públicas baseadas em informações confiáveis e com amplo apoio político dos diversos segmentos da sociedade brasileira podem reverter esse quadro, tal como ocorre em outros países com desenvolvimento econômico igual ou inferior ao nosso,

Instamos os Srs.(a). candidatos(a) à Presidência da República do Brasil a incluir em seus programas de governo ações concretas para a melhoria das condições de saúde, particularmente de promoção da equidade em saúde,

Que tenham por referência o conceito de saúde tal como a concebe a Organização Mundial da Saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade,

Que cumpram o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

Que contemplem os determinantes sociais da saúde em todos os seus níveis, incluindo:

- ♦ Políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas;
- ♦ Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, da paz e da justiça social, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;
- ♦ Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública e
- ♦ Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade.

Estamos seguros de que um futuro governo que trate das questões de saúde sob o enfoque dos determinantes sociais, formulando e avaliando suas políticas em função do impacto sobre a qualidade de vida e a equidade e não apenas sobre a melhoria das médias dos indicadores de saúde, estará correspondendo plenamente aos anseios da população brasileira por um país mais justo e humano.

Assinam:

Paulo M. Buss, médico, presidente da Fiocruz, membro-titular da Academia Nacional de Medicina (ANM), coordenador da CNDSS; Adib Jatene, médico, ex-professor da USP, ex-ministro da Saúde, membro-titular da ANM; Aloísio Teixeira, economista, reitor da UFRJ; César Victora, médico, professor de Epidemiologia da UFPel, membro-titular da Academia Brasileira de Ciências (ABC); Dalmo Dallari, advogado, professor de Direito da USP, membro da Comissão Internacional de Juristas; Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira, empresário, presidente da Firjan; Elza Berquó, demógrafa, pesquisadora do Cebrap, membro-titular da ABC; Jaguar, cartunista; Jairnilson Paim, médico, professor de Planejamento de Saúde, UFBA; Lucélia Santos, atriz; Moacyr Scliar, médico, escritor e membro da Academia Brasileira de Letras; Roberto Esmeraldi, ambientalista, diretor da ONG Amigos da Terra-Amazônia Brasileira; Rubem César Fernandes, antropólogo, coordenador do Movimento Viva Rio; Sandra de Sá, cantora; Sônia Fleury, cientista política, professora de Políticas Públicas e Saúde da FGV/RJ; Zilda Arns Neumann, médica, coordenadora da Pastoral da Criança.



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

Documento preparado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, integrado por Abrasco (www.abrasco.org.br), Cebes (cebes@ensp.fiocruz.br), Abres (www.abres.fea.usp.br), Rede Unida (www.redeunida.org.br) e Ampasa (www.ampasa.org.br), e está em discussão com a Frente Parlamentar da Saúde, com outras entidades dos setores de saúde e de educação e com a sociedade. Seu objetivo é contribuir para as plataformas eleitorais nas eleições gerais de outubro. Mensagens poderão ser postadas nos endereços acima.

Neste ano, mais uma vez a população brasileira vai ser chamada a escolher seus dirigentes, reafirmando novamente a democracia eleitoral. No entanto, este é o momento de transitarmos de uma democracia eleitoral a um verdadeiro sistema democrático, o que só existirá quando forem apresentadas opções concretas de radicalização do processo de desenvolvimento nacional. Isso significa um padrão de desenvolvimento que coloque como objetivos centrais o investimento em um crescimento autônomo e soberano, voltado para a geração de emprego, a distribuição de renda e a garantia dos direitos de cidadania.

A estabilidade da economia nacional tem sido a principal preocupação dos últimos governos, com resultados positivos em relação ao controle inflacionário e ao manejo da dívida. Estes foram fruto tanto de políticas públicas que abriram novos mercados para exportações, reduziram a dívida externa atrelada à variação cambial e alongaram os prazos de seu pagamento, quanto do dinamismo do setor produtivo nacional, que conseguiu se reciclar e tornar-se competitivo no mercado internacional.

No entanto, os governos tornaram-se prisioneiros dos instrumentos de sua política monetária, o que acarretou a consolidação de um padrão de capitalismo financeiro que, apesar de dinâmico e inserido na economia globalizada e no comércio internacional, produz e reproduz a concentração da renda. Isso se dá, principalmente, pela manuten-

ção de taxas elevadíssimas de juros, drenando as riquezas produzidas pela população para o Estado, por meio da elevação incessante da carga tributária, e pelo Estado para o setor financeiro nacional e internacional, com o pagamento de juros.

Esse padrão é o resultado da política neoliberal implantada desde a década de 90, com consequências irreversíveis e/ou altamente deletérias para a sociedade, face à efetuada transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para mãos privadas, ao desmantelamento da inteligência e das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais e à ameaça permanente de desvinculação das receitas constitucionais a elas destinadas.

A população brasileira está cada vez mais consciente da distância entre as propostas eleitorais e as realizações dos governantes, e exige que a democracia seja mais do que um jogo político: é preciso que a democracia se traduza em medidas concretas, voltadas para o pleno emprego, a redução das desigualdades salariais e regionais, além de exigir a garantia dos direitos sociais por meio da cobertura universal, humanizada e de qualidade. Mais do que nunca, a sociedade sabe que isso só ocorrerá se aprofundarmos os mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública, fortalecendo os instrumentos de democracia direta, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos.

O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

No entanto, é preciso que esses mecanismos deixem de ser restritos às áreas sociais e avancem para aumentar a transparência e a participação social na definição e implementação das políticas macroeconômicas, pois sabemos que estes são fatores condicionantes do êxito na democratização da política de saúde. Setorialmente, também temos que radicalizar para fazer valer o texto constitucional. Mais do que isso, sabe-se que é possível, com as condições técnicas, políticas e econômicas que temos hoje no país, dar o salto que falta para termos um SUS pra valer: universal, humanizado, de qualidade.

A Reforma Sanitária e o SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70, quando vivíamos sob a ditadura militar.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existente em uma conjuntura particular.

Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas de gestores, profissionais da saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que garante que "Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado". Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.

A partir de então, iniciou-se uma nova fase do processo da Reforma Sanitária em que, ao mesmo tempo, era necessário prosseguir elaborando o referencial teórico e estratégico e começar a construir os métodos e instrumentos de gestão do SUS. Cebes, Abrasco, Conass, Conasems, a Rede Unida, Abres, Ampasa, parlamentares,

entidades representadas nos Conselhos de Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde e outros têm liderado o debate e concentrado esforços para a concretização do projeto da Reforma Sanitária.

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajuste do Estado, a construção do SUS foi realizada na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na CF/88.

No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e o controle social. Como consequência, ocorreu uma ousada municipalização do setor Saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Foram instituídos os Fundos de Saúde, substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais.

O modelo de pacto federativo do SUS mostrou-se altamente adequado à realidade de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e regionais. Em um país com tais características só será democrático o poder exercido de forma pactuada e socialmente controlada que considere as desigualdades entre grupos populacionais e regiões como o principal problema a ser superado. Por isso, esse modelo do SUS está sendo expandido e reinterpretado para a área de Assistência Social (SUAS) e também para a área de Segurança (SUSP).

O êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde nos níveis local, regional e central. Também, a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas. O sistema universal e descentralizado permite que o país realize um dos maiores programas públicos de imunizações do planeta e um programa de controle da Aids mundialmente reconhecido. Esses resultados constituem os esforços de milhares de trabalhadores da saúde, de todos os níveis e especialidades de formação, para concretizar o direito à saúde no cotidiano da população brasileira.



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

Entretanto, tendo sido implementado em condições adversas, da década de 90 até hoje o SUS enfrentou obstáculos que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os quais os mais graves seriam: a não-implementação do preceito constitucional do Sistema de Seguridade Social, com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão; o drástico subfinanciamento desde a sua criação; a profunda precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intensivo do marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde.

Por isso, apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, na produtividade e na inclusão, muito pouco se avançou na efetivação da integralidade, da igualdade, e só recentemente retomamos a questão da regionalização. Sabemos que não será possível seguir expandindo a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde. Tampouco a sociedade civil e os Conselhos de Saúde têm conseguido participar com efetividade e assim influir na formulação de políticas e estratégias do SUS.

Estão inalteradas, ou crescentes, as doenças do perfil epidemiológico contemporâneo, previsíveis mas não prevenidas, as doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e precoces, as mortes evitáveis e os altíssimos percentuais de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos e encaminhamentos desnecessários e de baixa qualidade, apesar dos conhecimentos e técnicas já disponíveis.

Por outro lado, entre os problemas enfrentados encontram-se aspectos relacionados ao funcionamento do mercado em saúde, no qual o Estado tem um papel a exercer considerando que a saúde é um bem público. Ressaltem-se as importantes dificuldades vigentes na relação com o setor privado suplementar, seja na regulação das condições de trabalho profissional, seja na produção de serviços e na garantia das coberturas contratadas. É também notória a luta pela democratização do acesso a medicamentos produzidos por empresas multinacionais. Ambos os problemas deverão ser enfrentados de forma mais vigorosa, transparente e contínua.

Ainda está por ser reconhecido o impacto do setor Saúde — que movimenta parcela considerável do PIB na geração de empregos, na produção científica e tecnológica, no aumento da produtividade do trabalho, na redução do absenteísmo — na economia brasileira. Os governos terão que deixar de falar da saúde como gasto e passar a encarar o investimento que estão fazendo, além da melhoria da qualidade de vida da população.

No entanto, não se pode esperar que o setor Saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda da coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e a justiça social.

O SUS universal, cujo melhor exemplo é o programa de Aids — cartão de visitas de diversos governos —, convive com avaliações negativas sobre o acesso e as condições indignas do atendimento efetuado pela rede de serviços de saúde. A desfiguração da Seguridade Social, o adiamento *sine die* de direitos básicos de cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a programas de transferência de renda, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida. A organização do SUS deve pautar-se pela aproximação dos indicadores de saúde, pelo menos, àqueles verificados na economia. É imprescindível ao desenvolvimento alcançar padrões de saúde compatíveis com o progresso científico-tecnológico, cultural e político.

Os impasses antepostos ao SUS universal, humanizado e de qualidade exigem a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. É essa a premissa que orienta a reinvenção de modelos e alternativas de gestão para superar a crise dos sistemas públicos. A subordinação dos problemas e necessidades de saúde da população a interesses econômicos das indústrias de equipamentos e insumos, de prestadores de serviço, de burocracias governamentais ou corporativas, por vezes opostos aos da garantia da atenção oportuna respeitosa, reflete-se no cotidiano da assistência à saúde. Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, freqüentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de exames e obtenção de medicamentos.

A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados.



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

Estratégias programáticas

ROMPER O INSULAMENTO DO SETOR SAÚDE

É sabido que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor Saúde, envolvendo outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda).

Para tanto, é necessário que os três níveis de governo deixem de operar em termos exclusivamente setoriais e passem a priorizar o desenvolvimento social de forma integrada e integral. O governo nacional, o Congresso e a Justiça têm que se responsabilizar pela implementação dos mecanismos que garantam a existência real da Seguridade Social, com a implantação do orçamento deste setor, a convocação da Conferência Nacional da Seguridade e a criação de fóruns de deliberação conjunta da Previdência, Saúde e Assistência Social.

Os governos locais e regionais precisam romper modelos ultrapassados de gestão e passar a atuar de forma transversal, criando instâncias intersetoriais de políticas, implantando a gestão em redes e garantindo maior eficácia e efetividade na redistribuição da renda e no acesso aos benefícios sociais.

É preciso construir canais de interação com a mídia que nos permitam divulgar nossa concepção ampliada de saúde. Um esforço nesse sentido deve ser realizado por gestores, parlamentares, acadêmicos e militantes da Reforma Sanitária para retomar espaços de debate, divulgação e difusão de concepções sobre saúde e criar novas possibilidades de comunicação.

No âmbito internacional devem ser intensificados os esforços para ampliar o intercâmbio de experiências e o debate em torno da defesa dos sistemas universais. A divulgação e o debate sobre o SUS, considerado um modelo avançado de sistema de saúde na América Latina, nos fóruns internacionais, contribuem para sua consolidação e para o protagonismo da luta por reformas do Estado democráticas e inclusivas.

ESTABELEÇER RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS E DIREITOS DOS CIDADÃOS USUÁRIOS

As necessidades que a população apresenta de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, de acordo com a realidade de cada região e microrregião, com base nas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, devem presidir o planejamento estratégico de cada município e a programação local das

atividades. Sua divulgação deverá ser feita para a população usuária e suas entidades representativas de maneira a contribuir para a formação da consciência das necessidades e dos direitos, e a permitir o controle popular e representativo.

A responsabilidade sanitária de cada ente governamental, de cada serviço e dos trabalhadores da saúde deve ser normalizada e regulamentada, assim como os direitos e deveres do cidadão usuário do SUS. A qualidade dos serviços prestados deve ser cobrada de cada um dos profissionais e dirigentes do setor. Mesmo sabendo que temos condições muito limitadas em termos financeiros e operacionais, gestores e profissionais deverão ser responsabilizados pela prestação do melhor cuidado possível dentro dessas condições. Isso só se tornará realidade quando metas forem estabelecidas, parâmetros definidos e se a população conhecer e compartilhar estas metas, assim como puder dispor de mecanismos efetivos de cobrança.

A responsabilidade sanitária deve ser exercida plenamente nos locais de trabalho, garantindo condições de produção que preservem a saúde do trabalhador e evitem os acidentes de trabalho.

INTENSIFICAR A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

Os Conselhos e as Conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde são as modalidades de participação fortemente disseminadas no país, fazendo parte da dinâmica política da área da saúde. Entretanto, é necessário revitalizar tais fóruns no sentido de viabilizar relações sociais mais igualitárias entre os atores sociais que deles participam. É sabido que principalmente gestores mas, em menor medida, também prestadores de serviços e profissionais da saúde dispõem de maiores recursos de poder do que usuários e controlam a agenda de debates desses fóruns.

É necessário ampliar a capacitação de conselheiros e democratizar a formulação da agenda da saúde. Esforços devem ser realizados no sentido de aumentar a representatividade dos integrantes dos Conselhos, incentivando uma relação mais constante e transparente com seus representados. Também deverá ser avaliada a efetividade do papel deliberativo dos Conselhos na formulação e no acompanhamento das políticas de saúde para que se superem os obstáculos antepostos de diferentes naturezas.

Por outro lado, um conjunto de mecanismos inovadores de participação e de controle social não se generalizou no sistema. É o caso dos Conselhos locais de unidades ambulatoriais e de unidades hospitalares. Apenas as unidades próprias do SUS, nas três esferas de governo, têm apresentado experiências nesse sentido, sendo que na área hospitalar elas são dramaticamente escassas. Outros mecanismos de participação individual, tais como ouvidorias, disque-saúde, pesquisas sistemáticas de satisfação de usuários, carecem também de generalização no contexto do sistema.



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

Unidades de serviços privadas que são financiadas com recursos públicos não dispõem de mecanismos de participação ou de controle social, além dos exercidos pelo Ministério da Saúde ou o Ministério Público.

É necessária a definição de mecanismos básicos indispensáveis para a democratização da gestão do sistema e a constituição de instrumentos legais e administrativos que generalizem o funcionamento desses mecanismos em unidades de saúde próprias e financiadas pelo SUS, levando em conta que a prestação de serviços de saúde, especialmente quando financiados por recursos públicos, é uma concessão que o Poder Executivo faz para o exercício de um dever de Estado.

Gestores do SUS, Ministério Público e Poder Legislativo precisam criar espaços para viabilizar ações cooperativas e coordenadas. Compete ao Ministério da Saúde induzir a coordenação horizontal dessas instâncias estatais.

AUMENTAR A COBERTURA E A RESOLUTIVIDADE E MUDAR RADICALMENTE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A sustentabilidade político-econômica do SUS e sua legitimidade dependem da promoção de mudança radical do modelo de atenção, pois a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde possibilitarão ao SUS tornar-se patrimônio nacional e ser o local preferencial de atendimento para todos os segmentos sociais.

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deve ser amplamente divulgada e sua implantação acompanhada pelos órgãos gestores e de controle social, visando à sua avaliação e a eventuais aprimoramentos. E os servidores públicos devem estar comprometidos com o resultado de suas ações no cuidado das pessoas.

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário expandir e organizar redes de serviços de saúde articuladas. As unidades básicas, acolhedoras, de qualidade e resolutivas nas suas ações integrais, preventivas e curativas, baseadas nas necessidades e demandas da população, devem articular-se aos demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contra-referência.

Nesse sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, equipar e expandir os serviços de urgência e emergência e de referência, implantar centrais de marcação de consultas, exames e internação e o Cartão SUS como instrumentos de garantia de acesso e atendimento.

A formação de microrregiões ou consórcios sob responsabilidade dos municípios e dos estados deve pautar-se pela coordenação, programação e oferta de recursos para promover, prevenir e tratar problemas de saúde. A ampliação e a garantia de investimentos na estruturação de redes articuladas e territorializadas são essenciais para conferir mais qualidade e resolutividade aos serviços prestados.

A execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, deve se traduzir na garantia do acesso universal da população àqueles medicamentos considerados essenciais, bem como no controle da segurança, eficácia e qualidade dos produtos e na promoção do seu uso racional. A política nacional de medicamentos não se restringe à aquisição e à distribuição; envolve todas as atividades relacionadas à garantia do acesso da população àqueles essenciais, incluindo investimentos e incentivos em desenvolvimento científico e tecnológico e produção.

FORMAR E VALORIZAR OS TRABALHADORES DA SAÚDE

Deve-se enfrentar o desafio de superar as barreiras legais que dificultam a combinação das imprescindíveis agilidade e eficiência da gestão com a vinculação regular dos trabalhadores ao SUS, de modo a evitar não apenas a burocratização, mas também a precarização, a privatização e a terceirização das relações de trabalho do SUS. Trata-se de enfrentar esses problemas inadiáveis com a formulação e a implementação de políticas articuladas entre os setores da saúde e educação, para assegurar que a oferta (distribuição e abertura de cursos e programas e o respectivo número de vagas) de formação técnica, de graduação e de especialização na área da saúde corresponda às necessidades do SUS e da população, superando os desequilíbrios regionais e intra-regionais e as determinações do mercado.

A par das políticas de corte nacional, é preciso responsabilizar as três esferas, de acordo com suas competências e possibilidades, pela efetivação de políticas que favoreçam a interiorização do trabalho em saúde com qualidade, bem como assegurar a autonomia dos municípios, DF e estados para que criem mecanismos de atração e fixação de equipes de saúde em todos os níveis do sistema.

Medidas voltadas para a formação, a educação permanente e a fixação das equipes de profissionais da saúde com base nas necessidades e direitos da população têm papel crucial



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

na implementação do conjunto dos princípios e diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção à saúde e de gestão.

A redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde, nas três esferas de governo, e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira são necessárias à estabilização e à qualificação da gestão do SUS. Por outro lado, trata-se de um meio de evitar que a gestão da saúde seja usada como moeda para garantia de governabilidade. O provimento de cargos de direção deve obedecer a critérios objetivos e compatíveis com os requerimentos de capacitação e habilitação específicos.

Esse conjunto de proposições concentra-se em torno da adoção de políticas públicas de gestão do trabalho (municipais, estaduais e federais) que considerem as diversidades regionais, assegurem o caráter público do ingresso e estabeleçam carreiras no SUS, que possibilitem a progressão associada não somente ao tempo de trabalho e qualificação, mas também aos resultados do trabalho e ao compromisso dos profissionais e das equipes com a melhoria da saúde da população.

APROFUNDAR O MODELO DE GESTÃO

No início deste ano os gestores dos três níveis de governo pactuaram em defesa da vida, do SUS e da gestão. Por meio desse instrumento, comprometem-se a fazer avançar a Reforma Sanitária desenvolvendo ações articuladas, repolitizando a saúde e promovendo a cidadania. Retomou-se a ênfase na diretriz constitucional da regionalização. Trata-se de reconhecer a autonomia das Comissões Bipartites para a pactuação das estratégias de regionalização nos estados, com base nas diretrizes nacionais acordadas na Comissão Tripartite; de promover a criação de Comissões Intergestores regionais e microrregionais; de resgatar o importante papel coordenador do ente estadual e estabelecer formas de co-gestão entre os entes federados para a promoção da descentralização solidária e cooperativa do sistema de saúde. É necessário cumprir cabalmente esse acordo em prol da população brasileira.

A definição de prioridades e metas é componente imprescindível para o planejamento efetivo e a responsabilização por seu cumprimento. Para aprofundar o modelo de gestão do SUS, tanto para os serviços de administração direta quanto para os contratados, é necessário estabelecer a co-responsabilização por meio de contratos de gestão e de financiamento misto que estabeleçam as metas sanitárias a serem cumpridas. Isso envolve, necessariamente, uma reforma administrativa que atenda às especificidades dos princípios e das organizações do SUS e lhes permita agilidade e eficiência de suas decisões, sob a égide da ética e da responsabilidade pública.

Todas as unidades públicas de saúde, das mais simples às mais complexas, deverão

usufruir de autonomia gerencial, desenvolvendo modalidades de gestão participativa, colegiada ou em co-gestão com trabalhadores da saúde e outras representações da comunidade, e definindo metas quali-quantitativas em interação com os objetivos municipais e regionais, por meio de contratos de metas ou de gestão.

AUMENTAR A TRANSPARÊNCIA E CONTROLE DOS GASTOS

As decisões da política de alocação de recursos e os critérios dos gastos devem ser transparentes e passíveis de controle pela população, e visar o acesso igualitário aos serviços de qualidade em todos os níveis do sistema.

As compras realizadas pelo setor público deverão ser feitas de forma a impedir a corrupção em todos as esferas e níveis governamentais, utilizando os instrumentos tecnológicos disponíveis para a realização de pregões que possam ser acompanhados pelo público. A definição de parâmetros técnicos e financeiros deve permitir que a sociedade e autoridades públicas possam acompanhar e monitorar os gastos governamentais.

Um trabalho mais afinado com a Procuradoria Geral da União e com os Tribunais de Contas será necessário para criar mecanismos que impeçam os tipos de corrupção já detectados na área da saúde. Torna-se necessário criar uma instância que congregue gestores públicos, Procuradoria, Tribunais, Ministério Público, Legislativo e organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de políticas e instrumentos efetivos de combate a toda forma de corrupção, prevaricação ou malversação dos recursos públicos em saúde.

AMPLIAR A CAPACIDADE DE REGULAÇÃO DO ESTADO

As diversas áreas do setor Saúde – e suas derivações a setores da Educação à mídia – integram o complexo produtivo da saúde. Sob esta acepção resgata-se o significado econômico e produtivo de ações e produtos ligados ao atendimento em saúde, considerando a estreita relação entre dois pólos: 1) um setor produtivo industrial de bens como vacinas e soros, medicamentos e fármacos, sangue e hemoderivados, reagentes e kits-diagnóstico, equipamentos médicos e cirúrgicos; 2) um outro, da produção de ações de saúde pelos agentes públicos e privados (filantrópicos e lucrativos).

É inescapável admitir que o não-reconhecimento da influência dos fatores de mercado na saúde elimina um importante elemento de análise e de formulação das políticas, especialmente na definição de prioridades de incorporação de inovações (produtos e processos) e na importância da influência dos agentes econômicos sobre a oferta de serviços de saúde. Dado que a saúde é um bem de relevância pública, as relações público-privado



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

devem ser objeto permanente de regulação estatal, no sentido da preservação dos direitos dos usuários do SUS e dos consumidores de planos e seguros de saúde. Além disso, o poder público deve atuar na regulação da reorientação das demandas dos planos e seguros para os serviços especializados do SUS e na eliminação das interferências das empresas privadas no sistema público.

A fragmentação e a segmentação vigentes no sistema nacional de saúde exigem a explicitação do montante de recursos públicos envolvidos com o financiamento de planos e seguros de saúde, bem como dos interesses conflitantes derivados da acumulação de postos gerenciais e administrativos por profissionais da saúde com "dupla militância".

Aprofundar a construção de convivência das instituições públicas e privadas, em função das necessidades e direitos da população usuária e sob a égide do princípio constitucional que estabelece o caráter complementar dos serviços privados de saúde, é uma tarefa inadiável. Os serviços privados que integram o SUS devem pautar suas atividades como se públicos fossem. Adicionalmente, é preciso induzir as empresas privadas prestadoras de serviços, as que comercializam planos de saúde, bem como as empresas empregadoras que ofertam planos de saúde a seus empregados, a participarem decisivamente dos esforços para a construção de sistemas regionalizados, voltados para o atendimento de necessidades e direitos da população.

A instituição de regras claras sobre o "trânsito privado-público de pacientes" deve fortalecer a rede de serviços do SUS como a "única porta de entrada" para a admissão nos serviços públicos, quer para o atendimento de pacientes de empresas de planos e seguros de saúde, quer para o acesso a medicamentos.

Para enfrentar a tendência à segmentação é preciso convocar entidades sindicais, empresariais e de profissionais da saúde para que se empreendam novos compromissos em torno da saúde. O estabelecimento de tabelas de remuneração de procedimentos que sejam compatíveis com os gastos dos profissionais e dos serviços e assegurem a qualidade da assistência prestada é essencial. A institucionalização do plano de saúde universal para os servidores civis da esfera federal representaria a cristalização da descrença do próprio governo na universalização da saúde. Os recursos envolvidos e programados para financiar os planos de saúde de funcionários públicos devem ser canalizados para a melhoria da qualidade de atenção à saúde nos serviços do SUS.

A adoção de critérios de ingresso nos serviços de saúde vinculados ao SUS baseados nas condições clínicas e nas necessidades de saúde, e não na capacidade de pagamento, e a exigência da observância dos mesmos padrões assistenciais de casos com diagnóstico similar para todos os brasileiros são essenciais ao reordenamento

das relações entre o público e o privado e à garantia do acesso e da qualidade da assistência.

SUPERAR A INSEGURANÇA E O SUBFINANCIAMENTO

As políticas sociais encontram-se permanentemente ameaçadas de terem seus recursos ainda mais reduzidos, gerando uma situação de insegurança que impede a efetividade e a eficácia de seu planejamento e execução.

A forma mais corriqueira, embora muito prejudicial à gestão social, é o permanente contingenciamento dos orçamentos públicos para que sejam atendidos os ditames do superávit primário estabelecido pela área econômica, ou até mesmo superá-lo. Além de prejudicial, essa prática corrói a própria democracia, ao transformar o orçamento público em peça de ficção.

Outra maneira de subverter os ditames constitucionais sobre os recursos a serem alocados na área social é a introdução constante de outras despesas de programas governamentais considerados prioritários dentro dos orçamentos para os quais há recursos constitucionais definidos, como o da Saúde. Isso ocorre em função da não-regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Uma outra maneira de retirar recursos da área social que tem sido reiteradamente usada e prorrogada é a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que, a pretexto de dar maior flexibilidade ao governo central, retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social. A DRU está em vigor até 2007 e temos que exigir que o governo, desde agora, crie mecanismos substitutivos dessa fonte espúria. O momento das eleições é importante para pactuarmos com os candidatos a eliminação e a substituição da DRU.

Em diferentes momentos, setores governamentais ou elites econômicas da sociedade civil têm se posicionado em relação à necessidade de dar ainda maior flexibilidade orçamentária ao governo, desvinculando totalmente as receitas constitucionais para a área social. Apoiados por organismos internacionais, são, a cada momento, lançados balões de ensaio nesse sentido. A alegação é de que esses recursos são necessários para zerar o déficit nominal, quando, então, sobrarão recursos para a área social. A sociedade brasileira conhece essa lógica e sabe que não existe flexibilidade para o pagamento de juros da dívida e que esses recursos desviados das suas vinculações constitucionais jamais retornariam. Por isso, não permitiremos a desvinculação, e este compromisso deverá ser assumido publicamente pelos candidatos comprometidos com a democracia social.

Outra ameaça constante é relativa à redução ou à eliminação de benefícios sociais, vistos como causadores do alegado desequilíbrio financeiro da Previdência Social. É preciso que este debate seja feito de forma séria, e não como sempre,



O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade

sob a ameaça da espada do déficit e da crise. É preciso fazer um debate aberto e transparente: há dados que questionam o déficit, apontando a apropriação das receitas sociais para outros fins e a evasão de contribuições. O debate sobre os benefícios previdenciários não pode ser restrito à dimensão contábil, prescindindo do princípio maior que subordina a Previdência aos objetivos da ordem social de garantia do bem-estar e da justiça social. Em vez de desvincular os benefícios previdenciários do salário mínimo, é preciso desvincular os benefícios sociais da capacidade contributiva de cada indivíduo. Só assim, com a socialização dos custos da proteção social, estaremos permitindo que se realize uma redistribuição de renda via políticas sociais que garantem direitos universais. Para tanto, é necessário rever o enfoque desta discussão, passando a buscar fontes que financiem a inclusão previdenciária de milhões de trabalhadoras e trabalhadores cujo trabalho ainda não tem amparo legal.

Em relação ao financiamento da saúde, observamos:

- ♦ Acentuada retração da contrapartida federal, quando cotejada com o crescimento das contrapartidas estaduais e municipais, tanto em termos das porcentagens no total do financiamento público como em dólares *per capita*. Ainda que os recursos destinados à saúde representem um percentual considerado alto no orçamento, ele é totalmente insuficiente face às necessidades da população.
- ♦ O Brasil gasta muito pouco com saúde. O total do financiamento público vem oscilando entre 125 e 150 dólares *per capita* ao ano, enquanto no Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros a média do financiamento público é de US\$ 1.400 per capita, na Argentina, de US\$ 362, e no Uruguai, de US\$ 304.
- ♦ O Projeto de Lei Complementar nº 01/2003, que regulamenta a E.C. 29/2000, foi exaustivamente debatido e aprimorado pelas entidades da sociedade civil, representativas dos usuários, dos membros dos Tribunais de Contas e do Ministério Público, dos gestores nas três esferas de governo, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviços. Esse debate se deu nas Conferências e Conselhos de Saúde, por mais de dois anos e, finalmente, nas Comissões da Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e da Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara dos Deputados. É preciso, pois, que governo e oposição se comprometam a aprová-lo.
- ♦ Fruto desse consenso é a proposta de estabelecer-se a contrapartida federal para a Saúde em 10% da receita bruta da União, o que corresponde a um acréscimo de aproximadamente R\$ 10 bilhões, ou US\$ 30 *per capita*, ao ano. Ainda que gritantemente insuficiente e aquém das referências internacionais citadas, significa um importan-

te passo, porque atrela essa contrapartida a uma base orçamentária, da mesma maneira com que foi definida para estados e municípios, dispõe sobre o que são serviços de saúde financiados pelo SUS e o que não são serviços de saúde, e orienta os gastos e as prestações de contas com base no referencial de Equidade, Integralidade e Eficiência.

A saúde universal, humanizada e de qualidade como política de estado

Essas estratégias programáticas representam as pontes a serem construídas para fazermos a transição entre o SUS existente, reconhecendo-se seus avanços e limites, e para o SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Hoje, é plenamente factível e necessário ampliarmos a garantia do direito à saúde.

As eleições que se aproximam repõem a saúde na agenda de prioridades dos candidatos e dos partidos. Nossa intenção é abrir este debate de forma ampla, com todos os partidos políticos, de forma a alcançar um lugar de destaque de nossas propostas em seus programas. A luta pela democratização da saúde sempre foi suprapartidária e permitiu a construção de uma ampla e sólida coalizão reformadora que tem dado sustentação ao processo da Reforma Sanitária.

Uma vez mais, estas forças comprometidas com o avanço da democracia por meio da implementação da Reforma Sanitária reafirmam a necessidade de que os postulantes aos cargos eletivos se comprometam com o programa expresso nas linhas programáticas acima enunciadas. Elas foram fruto de uma ampla discussão entre várias entidades, e seu delineamento nasceu da experiência acumulada pelo movimento da Reforma Sanitária em todas as suas frentes de trabalho: nas organizações e entidades de profissionais e usuários, nas universidades, no Executivo, no Legislativo, no Judiciário etc.

Sabemos que é possível, hoje, atender a população em um SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Para chegarmos a isso é necessária a firme vontade política dos nossos líderes de assumirem o compromisso social com nossas propostas. Temos certeza de que, dessa forma, estaremos todos construindo uma sociedade mais justa e democrática, o que transcende a mera perspectiva setorial, possibilitando o avanço em direção a uma sociedade inclusiva na qual predomine a cultura da paz. Este é um momento crucial para transitarmos do SUS atual ao SUS pra valer: não serão toleradas omissões.

Rio de Janeiro, julho de 2006



VÍRUS INFLUENZA

Um novo surto, a irritação de sempre

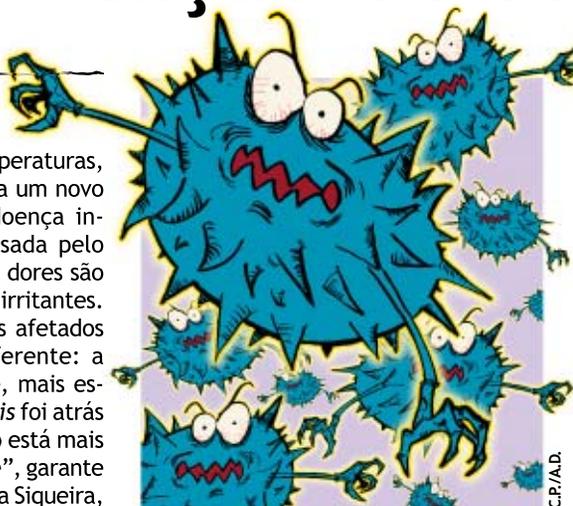
Bruno Camarinha Dominguez

Além das baixas temperaturas, com o inverno chega um novo surto de gripe – doença infecciosa aguda causada pelo vírus influenza. Tosse, febre, dores são sintomas usuais – e sempre irritantes. Neste ano, porém, pacientes afetados julgaram perceber algo diferente: a longa duração da infecção e, mais estranho, a perda da voz. A *Radis* foi atrás das explicações. “A gripe não está mais grave, nem a cepa é diferente”, garante a virologista Marilda Mendonça Siqueira, chefe do Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fiocruz. Contou ela que no início de agosto conversou com pesquisadores britânicos que analisam as mutações do influenza, e eles confirmaram: não há nada de diferente.

Os tipos de vírus em circulação – A/New Caledonia H1N1, A/Wyoming H3N2 e B/Shangai – já existiam no ano passado e a vacina contra a gripe distribuída em 2006 protege contra todos eles, assegura a pesquisadora. Marilda lembra que a gripe se manifesta de forma diferente em cada pessoa, dependendo da sensibilidade. Se muita gente perdeu a voz, ainda assim não é possível generalizar, pois não é sintoma comum a todos: “São casos isolados”.

Mas um alerta importante da virologista mais do que justifica matéria sobre a nossa velha e (nada) boa gripe: não é característica do influenza deixar alguém doente por mais de 15 dias. “Caso aconteça, significa que já não é mais a gripe, pode ser uma doença de base, uma infecção bacteriana secundária ou outra doença concomitante”. Nem sempre, aliás, sintomas como tosse, febre e dores musculares indicam gripe: “Temos que deixar claro que existe um grande número de vírus, além do influenza, que causam infecções respiratórias”.

O sincicial, por exemplo, é a principal causa de doenças do trato respiratório inferior em crianças abaixo de 2 anos. Devido à semelhança do quadro clínico dessas viroses, leigos – e até alguns profissionais da saúde



CP/AD

– tendem a generalizar, classificando todas como gripe. A virologista observa que, sem o auxílio de dados laboratoriais, o diagnóstico é difícil mesmo para médicos experientes. Por isso, é necessário auscultar o paciente. “Se o profissional perceber que o doente tem uma infecção bacteriana, deve receitar antibiótico; se notar que é virose, deve indicar um antitérmico e recomendar repouso e hidratação”.

O grande número de casos também não é novidade. “Acontece no mundo inteiro, porque o vírus é mesmo impactante”, diz. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que 15% da população – ou 600 milhões de pessoas – do planeta se gripam a cada ano. Altamente contagioso, o influenza é transmitido pelas gotículas da secreção respiratória – liberadas na tosse e no espirro.

Os idosos são mais vulneráveis a desenvolver a doença e a apresentar complicações dela decorrentes, como a pneumonia. Os vírus respiratórios – principalmente o influenza – são a principal causa de morte de pessoas com mais de 60 anos, faixa etária em que se concentram os óbitos por gripe. No ano passado, a taxa esteve em torno de 3 por 100 mil habitantes, variando de 7 por 100 mil na Região Sul (julho) a 3 por 100 mil na Região Norte (março).

Para enfrentar essa realidade, o Ministério da Saúde iniciou em 1999 a campanha de vacinação contra a gripe. Por ano, até 12 milhões de idosos, car-

diopatas, diabéticos e outros grupos de risco para influenza recebem a vacina. Segundo o epidemiologista Fernando Barros, coordenador de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a prevenção tem dado bons resultados. “A análise das taxas mensais de internação de 2000 a 2005 mostra que no período maio/julho de 2000 estavam em torno de 100 por 100 mil habitantes, e caíram para 75 por 100 mil em 2005”, aponta. Também houve queda na mortalidade por pneumonia em idosos.

A SVS mantém em 23 estados 50 unidades-sentinelas que coletam amostras clínicas para o diagnóstico laboratorial de vírus respiratórios e informam, semanalmente, a proporção de atendimentos por infecções respiratórias agudas, o que orienta as autoridades de saúde nos programas de vacinação.

Por que não estender então a vacinação a toda a população? A vacina é muito cara – cada dose custa cerca de R\$ 30 – e o Ministério da Saúde tem prioridades como o combate à hepatite e à meningite. “O governo gastaria muito dinheiro para vacinar pessoas de uma faixa etária que passa mal, fica gripada, sem sair de casa por dois dias, mas consegue se recuperar”, avalia Marilda Siqueira.

Então, para os mais jovens a alternativa é a prevenção. Locais ventilados, lavagem das mãos com frequência e longamente. “Quando alguém coça o nariz, o vírus fica na mão por pelo menos duas horas, pode passar para uma caneta e contaminar quem a segure”, exemplifica. A virologista sugere que os profissionais de saúde também sigam esta recomendação. “Nos hospitais, alguns médicos usam luvas, mas não as trocam ao atender outro paciente; então, transmitem doenças”, diz. “É melhor não usar luva e lavar sempre as mãos”.

A quem se gripar Marilda aconselha descanso e água. “No Brasil não temos a cultura de descansar sob um quadro respiratório”, diz. “Mas quando ficamos em casa nos alimentamos melhor, bebemos mais água e nos vemos livres do estresse do dia-a-dia”. 



Democracia e inclusão, o melhor remédio

A.D.

Claudia Rabelo Lopes

Conhecer o fenômeno da violência — cada vez mais generalizado nas metrópoles brasileiras — a fim de propor ações para combatê-lo é a tarefa do Fórum de Combate à Violência, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). O lançamento do website do Fórum (www.ensp.fiocruz.br/forumviolencia/), em 30 de junho, foi marcado pelo evento Segurança Pública: Promover a Paz e Garantir Direitos, que reuniu no Salão Internacional da Ensp três especialistas no assunto e um público formado por pesquisadores da Fiocruz e representantes de comunidades da área de Manguinhos, onde a instituição está instalada, no Rio de Janeiro.

A pesquisadora Maria Cecília Minayo, do Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Ensp/Fiocruz), a inspetora de Polícia Civil Marina Maggessi e o antropólogo e cientista político Luiz Eduardo Soares apresentaram visões distintas, porém complementares, sobre o problema da violência no Rio de Janeiro e no Brasil. Foram consenso a importância das políticas públicas para a inclusão social e econômica das po-

pulações marginalizadas, a necessidade de que as ações sejam coordenadas entre os três níveis de governo, de que os técnicos da polícia sejam ouvidos na elaboração dos projetos de segurança pública e de que a sociedade como um todo, incluindo os policiais, mobilize-se em torno desses projetos.

O campus da Fiocruz no Rio de Janeiro e o prédio da Expansão, em frente, ficam em meio a uma das áreas mais carentes da cidade, cercados por favelas que margeiam a Avenida Brasil. Durante anos a instituição tem desenvolvido uma agenda de ações para o desenvolvimento local, integrada com outros agentes públicos e privados, em parceria com as comunidades de Manguinhos. Apesar disso, como lembrou Antônio Ivo de Carvalho, diretor da Ensp e coordenador do debate, a Fiocruz tem sido testemunha do agravamento da situação social, da deterioração das condições de segurança e o conseqüente sofrimento da comunidade diante da ampliação e do descontrole da violência. Isso tem provocado a necessidade de uma atualização da reflexão e do entendimento sobre o fenômeno.

VIOLÊNCIA GLOBALIZADA

A primeira palestrante, Maria Cecília Minayo, procurou contextualizar a violência que vivemos no Brasil hoje

num panorama mais amplo. Isso porque o sucesso das ações locais depende, em grande parte, de questões de âmbito global. “O problema com a nossa juventude é a ponta do iceberg de negócios internacionais”, afirmou a pesquisadora, referindo-se ao tráfico de drogas e ao comércio legal ou ilegal de armas, que segundo ela só perdem em tamanho e poder para a indústria do petróleo. Mais do que isso, estudos da Organização das Nações Unidas mostram que praticamente dobrou a taxa de criminalidade no mundo, com a novidade de que se trata de uma criminalidade moderna, em rede.

Por outro lado, para Cecília, a conscientização dos indivíduos sobre seus direitos tem aumentado, e eles anseiam por segurança e qualidade de vida. Porém, no mundo globalizado, o indivíduo se vê diante de todo um quadro de insegurança, não apenas do ponto de vista policial, mas também social. “O trabalho na empresa era um mediador da cidadania na sociedade industrial, enquanto na pós-industrial a realidade é cada vez mais de desemprego, subemprego, emprego sem vínculo, inseguro, e com os apelos de consumo”, apontou. No caso brasileiro, há uma sinergia entre as diversas formas de violência, criando na sociedade uma cultura e uma banalização do fenômeno.





Luiz Eduardo, Marina e Cecília: três olhares

As pesquisas apresentadas por Cecília Minayo mostram que a morte por violência, no Brasil, é coisa de homem jovem, pobre, negro ou pardo. A população mais diretamente atingida vive nas áreas periféricas urbanas, onde o crescimento da violência é relacionado à existência de grupos criminosos, cujos integrantes, em sua maioria, estão na faixa dos 15 aos 39 anos de idade. E o Rio de Janeiro, para surpresa de muitos, está em quinto lugar no ranking das capitais mais violentas do Brasil, em proporção ao número de habitantes, vindo atrás de Recife, Vitória, Porto Velho e Belo Horizonte, e imediatamente à frente de São Paulo (dados de 2003). O grande problema, no Rio, é a luta por território entre os grupos de traficantes de drogas, que acaba matando policiais e jovens.

DEMOCRACIA, O CAMINHO

Mas, comparado ao mercado internacional de drogas, especialmente à situação da Europa e dos Estados Unidos, o consumo de entorpecentes no Rio de Janeiro, e no Brasil como um todo, é pequeno. A pesquisadora acredita que a política de “guerra contra as drogas” — modelo importado dos EUA e adotado aqui — contribui para aumentar a violência, e que uma opção mais interessante seria a política de redução de danos implementada em alguns países europeus. “Guerra mata. E é a isso que assistimos, uma

juventude morrendo e um problema que não diminui, pelo contrário”.

Cecília Minayo apontou que, historicamente, a atuação da sociedade rumo à democracia e à inclusão social parece ser a melhor solução. Em favor dessa tese, voltou a citar o livro *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours* (História da violência no Ocidente, de 1800 aos nossos dias), do demógrafo francês Jean-Claude Chesnais. Embora valorize o papel do policiamento, o autor conclui que muito mais fizeram pela paz e a segurança pública a inclusão da classe trabalhadora na cidadania, a melhoria das condições de vida e a educação formal. Assim, a pesquisadora defendeu um investimento real nas favelas, nas áreas pobres, na população negra, “porque eles merecem, porque são seus direitos de cidadão, e não só para fazer frente à violência”, e deu como exemplo projetos como o Fica Vivo, em Belo Horizonte, o Afroreggae, ONG criada em Vigário Geral, no Rio, e a Frente pela Prevenção da Violência em Diadema, São Paulo.

O CAOS NADA ORGANIZADO

A inspetora Marina Maggessi, da Delegacia de Repressão a Entorpecentes do Rio de Janeiro, está na polícia há 16 anos, 15 deles no combate às drogas, e impressionou o público com sua fala direta e contundente. Sua equipe tem no currículo prisões

de grandes chefes do tráfico no estado, como Marcinho VP e Uê. Para Marina, no que se refere à segurança pública, é preciso derrubar mitos, paradigmas e mentiras.

Uma das expressões enganosas, a seu ver, é “crime organizado”. Com a entrada do crack no mercado e com armas sofisticadas e munição, provenientes das forças armadas e da própria polícia, nas mãos de adolescentes e até de crianças, o que existe no Rio hoje é o caos. Quando havia organização do tráfico na cidade, disse, o crack não entrava, por ser uma droga devastadora, matar rápido, ser barata e trazer pouco lucro. A situação é pior também para os policiais. “Não existe ação de inteligência que consiga parar um menino de 15 anos, viciado em cocaína desde os 6, que não tem por trás nenhum tipo de instituição — nem família, nem escola, nem igreja, nem Estado — e para quem a única instituição é a facção criminosa de que ele faz parte e que defende com a vida”, afirmou.

Marina Maggessi criticou o modo como autoridades policiais e mídia fabricam a imagem dos líderes das facções, transformando-os em celebridades. Ela considera que colocar Marcola ou Fernandinho Beira-Mar na capa de uma revista de grande circulação é “uma irresponsabilidade social tremenda”, pois significa dar-lhes a notoriedade que almejam. Criticou também que estatísticas e números sejam frequentemente usados para manipular informações. “Se sai no jornal que na semana passada apreendemos 20 quilos de cocaína e que nesta apreendemos 40, isto quer dizer que estamos trabalhando mais ou que o tráfico aumentou?”, questionou, dizendo que a má informação é pior do que a falta de informação.

DEPENDENTES X RECREATIVOS

Sobre a comparação feita por Cecília Minayo entre o consumo de drogas no Brasil e na Europa e nos EUA, Marina lembrou que, nos países ricos, as pessoas têm dinheiro para consumir a droga, mas aqui muitos precisam cometer roubos ou assaltos para poder comprar os entorpecentes ou pagar dívidas com o tráfico. Por isso há um grande número de crimes relacionados direta ou indiretamente às drogas, cometidos não apenas por quem trafica, mas também por parte



de usuários dependentes, dispostos a qualquer coisa para obter a substância de que necessitam.

Mas, segundo a inspetora, quem realmente sustenta o negócio dos entorpecentes não são os dependentes, e sim os usuários de fim de semana, que alguns especialistas chamam de “usuários recreativos”. Marina Maggessi disparou: “O Morro da Providência sobrevive graças à Rio Branco [*avenida no centro do Rio*] e à Bolsa de Valores. A Mangueira é forte porque os VIPs e o *high society* da Zona Sul vão lá desfilarem, e cheiram muito. A Rocinha também vive da vizinhança. Será que é tão difícil entender essa regra de mercado? É óbvio que o usuário não é a única causa, mas é, sim, um pilar que sustenta isso”. E arrematou: “Toda cocaína cheirada no Rio tem sangue no meio”.

Os dependentes, por outro lado, são as maiores vítimas do tráfico, de acordo com a inspetora. Ela revelou que, nos cemitérios clandestinos em morros e favelas, muitos dos corpos enterrados ou queimados são desses usuários. Eles representam um estorvo para as “bocas” — locais onde são vendidos os entorpecentes, pois em geral não têm dinheiro e perturbam o movimento, oferecendo-se para fazer qualquer coisa, inclusive favores sexuais, em troca da droga.

Uma das falhas mais graves no combate à violência, para Marina, é que a sociedade não consiga evitar o momento em que o menino se torna bandido. Ela acredita que as soluções são alternativas e sairão das cadeias e das próprias favelas, como o Afroreggae e os trabalhos de MV Bill e Celso Athayde, realizadores do documentário *Falcão, meninos do tráfico*. A inspetora defende que moradores e técnicos da polícia sejam ouvidos em primeiro lugar sobre a questão da violência — “não os *gabineteiros* — não a política de gabinete. Não agüentamos mais ouvir esse discurso e ver a desgraça aumentando debaixo do nosso nariz”.

UMA VERDADEIRA BABEL

Luiz Eduardo Soares falou das políticas de segurança pública do ponto de vista do gestor, papel que assumiu em algumas ocasiões. O maior problema, para ele, é a falta de ordenação, de diálogo e cooperação entre os diferentes órgãos de segu-

rança pública, tanto em nível federal quanto estadual, em função de suas estruturas organizacionais. “A Secretaria Nacional de Segurança Pública, a Polícia Federal, a Polícia Rodoviária Federal, que fazem parte do Ministério da Justiça, não têm nenhum laço orgânico entre si”, afirmou.

As polícias estaduais também não conversam entre si, até porque não falam a mesma língua. O especialista revelou que há 56 polícias no Brasil, cada uma com seu próprio modelo de formação. “É uma verdadeira Babel”. Há também uma pluralidade na categorização de crimes e delitos, que varia de estado para estado, dificultando a organização de um banco de dados nacional.

Luiz Eduardo acredita que, com as ferramentas institucionais hoje existentes, é impossível fazer uma boa gestão nas polícias estaduais, mesmo que haja máxima honestidade. Isso porque os gestores não dispõem de dados sobre os resultados das ações, sobre a taxa de esclarecimento de crimes, não há instrumentos de avaliação nem planejamento, de modo que as máquinas burocráticas dos órgãos policiais se reproduzem por inércia.

Além disso, as polícias estaduais reproduzem modelos de hierarquia e disciplina herdadas do Exército. “Em termos de segurança pública, o Estado aceita conviver com uma estrutura arcaica, do tempo da ditadura, estrutura que não pode responder aos preceitos constitucionais e que compromete o trabalho dos profissionais de polícia”, atestou.

A FAMÍLIA E O CAVEIRÃO

Outro desafio é fazer com que projetos interessantes sobrevivam ao ciclo político-eleitoral. Subsecretário de Segurança Pública e Coordenador de Segurança, Justiça e Cidadania do Estado do Rio no primeiro ano do governo Anthony Garotinho (1999-2000), Luiz Eduardo contou que o plano de segurança pública elaborado pela equipe da qual fazia parte foi desmantelado quando o então governador decidiu se candidatar à presidência da República, e os cargos dos gestores entraram na barganha com as novas alianças políticas.

Decepção parecida aconteceu em 2003, quando era secretário nacional de Segurança Pública. Depois de oito

meses de diálogos e negociações com governadores, no chamado Pacto pela Paz, para a implantação do Sistema Único de Segurança Pública (Susp), de novo o cálculo político interferiu, avaliou Luiz Eduardo. Para ele, o presidente Lula não quis assumir o ônus de uma política de segurança pública nacional. “Não vamos chegar a lugar nenhum se depositarmos nossas fichas nas boas intenções, é preciso mudança na própria estrutura política”, afirmou. “Político burguês tem compromisso, em primeiro lugar, com sua própria carreira”.

No debate que se seguiu, o diretor-geral da Associação de Funcionários da Fundação Oswaldo Cruz (Asfoc), Rogério Lannes Rocha, também coordenador do Programa RADIS, enfatizou a necessidade de os sindicatos, inclusive a Asfoc, terem maior engajamento na busca por soluções para o problema da violência e na cobrança das políticas públicas nessa área. Para Rogério, os intelectuais e a academia estão falhando em seus discursos em defesa dos direitos humanos. “Estamos perdendo essa disputa simbólica, dentro da mídia e frente a ela”, alertou.

A questão dos usuários de drogas veio à tona novamente quando um dos participantes chamou a atenção para a importância da educação como tarefa do Estado, mas também das famílias, já que os pais passam cada vez menos tempo com os filhos. Luiz Eduardo Soares disse não concordar com a culpabilização do consumidor como discurso público, mas revelou que, em casa, diz às filhas que, “neste momento, acender um baseado é pôr fogo na cidade”.

Interessante também foi a discussão em torno do *Caveirão* (*Radis* 43) — veículo blindado com o qual o Batalhão de Operações Policiais Especiais entra nas favelas cariocas. “Você se sente humilhado por um blindado que representa o Estado”, disse Luiz Eduardo, denunciando que, desde 2005, o Bope não aceita rendição. “Por que o *Caveirão* é um problema? O problema é quem está dentro dele”, retrucou Marina Maggessi, reclamando que ninguém aborda a questão da formação do policial, da necessidade de fazê-lo ter orgulho da profissão e da importância de prevenir que, também ele, torne-se um bandido. ■



Como evitar a paranóia



Marinilda Carvalho *

Desde que, em 2002, a multinacional japonesa Asahi Foods registrou a marca "cupuaçu", impedindo que exportadores da Amazônia usassem a palavra nos rótulos de derivados da brasileiríssima fruta — imbróglia solucionado em instâncias diplomáticas e comerciais —, as autoridades mantêm alerta vermelho aceso para tudo o que se refere à saída do país de exemplares da maior biodiversidade do planeta, a do Brasil. Este caso não foi o primeiro nem o mais famoso: nos anos 1960, o veneno da jararaca acabou aproveitado, com permissão do pesquisador, na fórmula de um anti-hipertensivo de sucesso mundial. Mas hoje a biodiversidade é preocupação nacional, e sua defesa, às vezes atabalhoada, originou uma palavra estigmatizante: biopirataria.

No primeiro semestre deste ano houve vários exemplos de repressão à biopirataria — ou ao que se pensa ser biopirataria —, tema geralmente divulgado de forma simplista. O caso mais estridente foi o de um pesquisador do Instituto Butantan, de São Paulo, multado em abril ao enviar a colega da Universidade de Dusseldorf, na Alemanha, 13 exemplares do invertebrado onicóforo. Três semanas antes, a dupla publicara na revista *Nature* artigo sobre outra espécie, e não tinha intenção alguma de obter lucro com seus estudos, típicos da troca de experiências entre zoomorfoloastas.

Os casos certamente deixariam perplexo, se estivesse vivo, o professor Sebastião Oliveira, que foi curador da Coleção Entomológica do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), em Manguinhos, tendo trabalhado grande parte da carreira na classificação de insetos. O professor morreu aos 86 anos em abril do ano passado, e gos-

tava de lembrar sua intensa troca de experiências com pesquisadores alemães, que mantêm ligação estreita com Manguinhos desde o início do século passado, quando Oswaldo Cruz ainda estava à frente do Instituto Soroterápico Federal, o atual IOC. O professor contava que, das espécies conhecidas de mosquitos — e 90% delas não estão classificadas —, a maior parte está na Amazônia, conhecida graças aos alemães, que recolheram muitas amostras e receberam outro tanto de colegas brasileiros.

É um clima complexo para o intercâmbio científico — que o jornal *O Estado de S. Paulo* resumiu na expressão "crime e paranóia" em reportagem de maio — especialmente quando há casos de biopirataria real. A Índia foi vítima de três escândalos: a RiceTec patenteou como "invenção" sua o arroz *basmati*, antiquíssimo na cultura indiana; a Monsanto se apropriou de milenar trigo indiano com baixo teor de glúten; e a

WR Grace registrou como pesticida seu a árvore *neem*, que cresce no mato e nos quintais indianos, a ponto de ser chamada de "farmácia da aldeia", tantos são os usos, descritos em sânscrito séculos atrás (um deles, como antibactericida para limpeza dos dentes). A Índia levou anos lutando por seus direitos nos tribunais — e prossegue.

Assim, todo cuidado é pouco mesmo. Como ficam, então, instituições de pesquisa que detêm grandes coleções, quase todas trocando amostras com parceiros no exterior?

Coleções são espaços institucionais dinâmicos que abrigam frações do patrimônio genético/biológico, nacional ou estrangeiro, na definição da pesquisadora Claudia Inês Chamas, doutora em Engenharia pela Coppe/UFRJ que no IOC atua na área de propriedade intelectual. Para ela, é certamente necessária a repressão às ações de biopirataria num país que detém até 20% da biodiversidade global. "Disciplinar o acesso aos recursos genéticos e regular os ganhos resultantes da exploração desse patrimônio e do uso de conhecimentos tradicionais são medidas bem-vindas, e por isso há tantos esforços por uma legislação de proteção", diz.

TREINAMENTO E ALERTA

Mas isso exige extrema atenção das instituições. "A Fiocruz, por exemplo, considera prioridade o desenvolvimento de suas coleções e, ao mesmo tempo, o atendimento da legislação", afirma Cláudia. "As coleções são estratégicas, essenciais para preservação e catalogação da biodiversidade, inclusive das espécies ameaçadas de extinção". Por isso, e dada a longa tradição de cooperação científica, tem treinado profissionais e alertado os parceiros para as novas regras, planeja a criação de um Fórum Permanente de Coleções Científicas para monitorar e aprimorar o acervo e em 2007 promoverá o 1º Simpósio Internacional de Coleções Científicas.

Biopirataria é conceito complexo: supõe a apropriação de elemento da diversidade biológica sem autorização, com prejuízo dos valores de comunidades (não necessariamente indígenas), esclarece a pesquisadora. Após a assinatura da Convenção sobre Diversidade Biológica, as discussões em torno da regulamentação ganharam projeção global, e a tendência internacional passou a ser a repressão. "Mas ainda há graves lacunas nos instrumentos de proteção", avalia. "A Organização Mundial da Propriedade Intelectual propôs o termo *biogrilagem* em substituição a biopirataria".

A letra da lei

A legislação que disciplina a área:

- ♦ Decreto nº 2.519, de 16/3/1998, que promulga a Convenção sobre Diversidade Biológica, assinada no Rio de Janeiro em 5/6/1992;
- ♦ MP nº 2.186-16, de 23/8/2001, que regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do Artigo 225 da Constituição, os Artigos 1º, 8º, alínea "j", 10, alínea "c", 15 e 16, alíneas 3 e 4 da Convenção sobre Diversidade Biológica, e dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e o acesso à tecnologia e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização;
- ♦ Decreto nº 3.945, de 28/9/2001, que define a composição do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético e estabelece as normas

para seu funcionamento, mediante a regulamentação dos Artigos 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 e 19 da Medida Provisória nº 2.186-16;

- ♦ Decreto nº 4.339, de 22/8/2002, que define princípios e diretrizes para a implementação da Política Nacional da Biodiversidade;
- ♦ Decreto nº 4.946, de 31/12/2003, que altera, revoga e acrescenta dispositivos ao Decreto nº 3.945;
- ♦ Decreto nº 5.439, de 3/5/2005, que dá nova redação aos Artigos 2º e 4º do Decreto nº 3.945;
- ♦ Decreto nº 5.459, de 7/6/2005, que regulamenta o Artigo 30 da MP nº 2.186-16, instituindo as sanções aplicáveis às condutas e atividades lesivas ao patrimônio genético ou ao conhecimento tradicional associado e dá outras providências.

O Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (Cgen), do Ministério do Meio Ambiente (MMA), é quem autoriza o acesso e a remessa de exemplares da biodiversidade, com base em volumosa regulamentação — talvez maçante para os pesquisadores, mas de entendimento essencial para a instituição que lida com cooperação científica. O Ibama (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, do MMA), que tem sido o "alcoz" dos pesquisadores, exerce papel repressivo por atribuição do Cgen, a partir da Deliberação nº 40 (de 24/9/03). E há outros órgãos envolvidos: a autorização para a presença de estrangeiros em expedições científicas, por exemplo, compete ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o CNPq, conforme o Decreto nº 98.830 e a Portaria nº 55, ambos de 1990. Coleta, com embarcações, em águas jurisdicionais brasileiras, plataforma continental e zona econômica exclusiva é autorizada pelo Comando da Marinha, do Ministério da Defesa, como reza o Decreto nº 96.000, de 1998. Em alguns casos, interferem ainda a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Ministério da Agricultura e a Polícia Federal.

INVESTIMENTO É VITAL

Muita coisa. E as instituições de pesquisa precisam se adaptar às exigências, pois lei, obviamente, tem de ser cumprida — ou o pesquisador

continuará tendo problemas. "É necessário que as instituições invistam para lidar com a burocracia, de modo a facilitar o trabalho dos pesquisadores", diz Cláudia. "É vital orientar os cientistas sobre todos os trâmites em cada situação".

É claro, a dinâmica da pesquisa requer sempre processos ágeis, sem obstáculos, pois o tempo é crucial para o sucesso dos projetos. Muitas vezes, lembra Cláudia, há recursos financeiros atrelados aos projetos que demandam decisões rápidas, sob pena de não se cumprirem as metas acordadas com o agente financiador da pesquisa. Por isso, recomenda a especialista, é importante promover avaliações regulares do impacto dessas políticas, com intensa participação dos envolvidos. Só assim é possível melhorar continuamente as práticas, inclusive para verificar a eficácia das medidas de combate à biopirataria.

Claudia, porém, não joga toda a responsabilidade sobre as instituições de pesquisa. Ela considera urgente o treinamento dos profissionais que operam em portos e aeroportos, para que compreendam todo este complexo processo de regulação dos materiais genéticos, facilitando o diálogo com cientistas em trânsito e evitando constrangimentos. "A atuação dos diversos órgãos nem sempre se mostra clara para as instituições de pesquisa", diz. (Colaborou Bruno Camarinha Dominguez) 

SERVIÇO

INTERNET

MONITORAMENTO DA AÍDS

O Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, a rede Centers for Disease Control and Prevention/Global Aids Program Brazil e o Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict/Fiocruz) uniram-se para criar o Sistema Nacional de Monitoramento em Aids, o MonitorAids (<http://157.86.8.37/frames.htm>), com indicadores da doença no Brasil, incluindo, entre outros dados, a cobertura de testes de HIV em gestantes, o percentual de infecção de recém-nascidos e gastos do governo.

PUBLICAÇÕES

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Reforma da Reforma: repensando a saúde, do sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos (Editora Hucitec), foi lançado em 1992 e chega à terceira edição neste 2006



— quando tanto se fala em mudanças no SUS. Originário de sua tese de doutorado defendida em 1991, o livro analisa as políticas neoliberais de produção e organização da atenção à saúde e faz um balanço do processo de descentralização instituído no Brasil em fins da década de 1980. O último capítulo propõe mudanças na forma de organização da atenção à saúde na área pública, bem como dos métodos de planejamento, de gestão e da prática dos profissionais de saúde.

A Hucitec, a propósito, relança neste ano mais dois livros do autor: **Os médicos e a política de saúde** (segunda edição), que aponta as dificuldades para se conseguir a adesão da categoria dos médicos à luta por um sistema de saúde público gratuito e de qualidade, nas palavras do sanitarista David Capistrano Filho (1948-2000), e **A saúde**



pública e a defesa da vida (terceira edição) — crítica a temas que geram grandes polêmicas no movimento sanitário: a preponderância do projeto neoliberal, o papel da assistência médica e organização do SUS. Certamente marcará a saúde pública e as lutas pela defesa da vida.

Inventando a mudança na saúde, do sanitarista Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (organizador). Coletânea de artigos produzidos no Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa) da Unicamp, traduzem anos de experiência de uma equipe que teimou em acreditar no SUS.



A maioria dos artigos analisa intervenções concretas em instituições de saúde: secretarias municipais de Campinas, Piracicaba (São Paulo), Ipatinga (Minas Gerais) e na Santa Casa do Pará (Pará). A postura crítica dos autores expõe limites, impasses e contradições da administração pública e dos modelos tecno-assistenciais dominantes, mas apresenta descobertas, novos arranjos organizacionais e políticos, capazes de sustentar mudanças na saúde. Também da Hucitec.

EXPERIÊNCIAS CURRICULARES EXITOSAS

Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde, de Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araújo de Mattos (organizadores), conta a trajetória e os resultados da pesquisa EnsinaSUS, linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) do Instituto de Medicina Social da Uerj. Com rigor ético e disciplina científica, este livro apresenta os processos pedagógicos na área da saúde voltados para a prática da integralidade e o trabalho no SUS. A publicação foi lançada pelo Lappis em parceria com a Editora Abrasco.



Os autores são Aluísio Gomes da Silva Júnior, Ana Lúcia de Moura Pontes, Bruno Stelet, Cláudia March, Francini Lube Guizardi, Gilson Saippa-Oliveira, Lílian Koifman, Maria do Carmo dos Santos Macedo, Maria Elizabeth Barros de Barros, Regina Aurora Romano, Regina Lúcia Henriques, Ricardo Burg Ceccim, Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Verônica Silva Fernandez e Yara Maria de Carvalho.

Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS, organizado por Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araújo de Mattos, também faz parte do EnsinaSUS. O livro reúne textos produzidos pelos autores das propostas selecionadas pela "Convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde", em agosto de 2004, lançada pelos ministérios da Saúde e da Educação em parceria com o Lappis, com a Associação Brasileira de Universidades Estaduais e Municipais e a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior — que culminou na pesquisa EnsinaSUS. As experiências apresentadas no livro (Editora Abrasco) têm como objetivo a prática da integralidade em saúde na graduação.



Mais informações

Setor de Publicações do IMS: tel. (21) 2587-7303, ramal 248; e-mail publicacoes@ims.uerj.br

ENDEREÇOS

Editora Hucitec

Rua Joaquim Antunes, 637,
Pinheiros • São Paulo
CEP 05415-011
Tel. (11) 3060-9273
Fax (11) 3064-5120
E-mail contato@hucitec.com.br
Site www.hucitec.com.br

Editora Abrasco

Tel. (21) 2590-2073
E-mail abrlivro@ensp.fiocruz.br
Site www.abrasco.br

PÓS-TUDO

O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde



Lenir Santos*

Nenhum sistema de saúde público sem organização, parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos de conduta, regulamentos técnicos, critérios de incorporação de tecnologia e limites de gastos dará conta de atender à demanda ofertada na sociedade, cada dia mais sofisticada e que poderá, muitas vezes, ter muito mais a ver com interesses financeiros do que com interesses humanísticos.

Todavia, não podemos ter a ingenuidade de acreditar que os governos também não tentam mitigar o direito à saúde mediante diversos subterfúgios. Por isso, não podemos perder de vista os dois lados da moeda nos pleitos da saúde:

a) as **evasivas de governos inconseqüentes** que tentam desprover de conteúdo os direitos sociais, priorizando políticas que os esvaziam de sua qualificação constitucional. Contra isso, na saúde, temos como ponto de partida o disposto na EC 29, que vincula percentuais mínimos para a saúde e que *devem ser cumpridos sem maquiagem e outros artifícios* e outros ditames legais e constitucionais; [Na *Folha de S. Paulo*

do dia 4/6/2006, Jânio de Freitas, em sua coluna, com muita propriedade, descreve alguns fatores de condicionam e interferem com a saúde, sem, contudo ser responsabilidade do setor saúde a sua realização. Muito pertinente a crítica ao governo Lula, que incluiu ações, como o Bolsa-Família, nas despesas com saúde com o único fim de tentar maquiar os gastos com saúde, em razão dos recursos mínimos que a Constituição impõe aos entes federados.] e

b) os **excessos que as pessoas pretendem para si** — em absoluto desrespeito ao interesse coletivo — que são, muitas vezes, reforçados por ordens judiciais que interferem e atrapalham o planejamento da saúde. Contra isso, somente o bom senso de juízes e promotores poderá minimizar a demanda por medicamentos e procedimentos complementares de pessoas que escolheram o sistema privado e pleiteiam do SUS serviços complementares, sem obrigar-se a respeitar sua normatividade; ou, ainda, de pessoas que, mesmo estando no SUS, pretendem medicamentos e procedimentos que estão fora de protocolos e regulamentos técnicos fundados em conhecimentos científicos *atualizados*.

Por fim, o Poder Judiciário na saúde poderá ser um grande aliado contra *os abusos e as evasivas do Executivo*, mas não pode decidir *quanto* gastar nem *como* gastar, uma vez que isso já está definido em leis, sendo essa competência do Legislativo e do Executivo. Não tem o Judiciário legitimidade para alterar leis orçamentárias, percentuais de tributos vinculados, critérios legais do planejamento da saúde. *Quanto gastar*, a EC 29 já o diz; *em que gastar*, o art. 200 da CF, de maneira mais abrangente, e a Lei nº 8.080, em seus arts. 6º, 7º/VII, 35º, 36º e 37º já o fazem.

Qualquer demanda judicial da saúde deve ver respondidas algumas questões, como:

♦ Qual o **conteúdo dos planos de saúde** discutidos e aprovados nos conselhos de saúde (representação da sociedade na definição da política de saúde local, estadual e nacional)? Estão sendo cumpridos?

♦ Quais as reais **responsabilidades do ente federado** no âmbito dos pactos de gestão [Portaria MS nº 399, de 22/2/06]— documento definidor, entre os entes fe-

derados, de suas responsabilidades com a saúde? Estão sendo cumpridas?

♦ Há **compatibilidade da política de saúde com as disponibilidades de recursos financeiros**, conforme recursos mínimos derivados dos percentuais previstos na EC 29 (15% para os municípios, 12% para os estados e valores iguais aos do ano anterior, acrescidos da variação do PIB, para a União)? A EC 29 está sendo cumprida?

♦ O **paciente escolheu o sistema público de saúde**, com todas as suas nuances organizativas, técnicas, principiologicamente etc.?

♦ A **terapia prescrita** pelo profissional público de saúde está em conformidade com os regulamentos técnicos, os critérios epidemiológicos, os protocolos de conduta, a tecnologia admitida, a padronização de medicamentos do SUS?

♦ Esses **regulamentos** estão sendo periodicamente revistos, a fim de manter a *necessária* (de acordo com o critério epidemiológico) atualização técnico-científica?

As decisões judiciais, quando desbordam de sua competência, interferem de forma negativa na organização e implementação do SUS, colocando em risco o princípio da igualdade, uma vez que aqueles que recorrem ao Judiciário podem ser mais beneficiados do que aquele que adentrou o SUS voluntariamente, além de poder estar atendendo, de maneira indireta, demanda das indústrias de medicamentos.

Ao Judiciário compete coibir os verdadeiros *abusos* das autoridades públicas na saúde, não deixando nunca de analisar se estão sendo aplicados recursos financeiros de acordo com os percentuais mínimos constitucionais; se a execução dos serviços se funda em critérios epidemiológicos, técnicos e científicos; se mantém as unidades de saúde abastecidas de todos os medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e se a revê periodicamente, fundada em dados científicos etc.

Esses fatos qualificam verdadeiramente o sistema público de saúde, inibindo omissões das autoridades públicas e interesses individuais que poderão implodir o sistema público de saúde que deve ser solidário e cooperativo por excelência. 

* Advogada, especialista em direito sanitário pela USP, procuradora aposentada da Unicamp; este texto é a Conclusão do artigo, cuja íntegra está no site do RADIS, seção Exclusivo para a Web (www.ensp.fiocruz.br/radis/web/49/web-02.html)

existimos para ouvir você!

Ouvidoria Fiocruz um canal de cidadania

Procure a **Ouvidoria Fiocruz** quando:

- sua reclamação ou denúncia for apresentada em uma de nossas Unidades e não obtiver resposta satisfatória
- desejar apresentar sugestões ou elogios aos serviços da Fiocruz

Contate-nos:

Portal Fiocruz
www.fiocruz.br/ouvidoria
Ouvidoria ou Fale Conosco

Tel.: (21) 3885-1761
Telefax: (21) 3885-1762

Av. Brasil, 4365
Vila Residencial, sala 10
21040-900 - Rio de Janeiro/RJ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz