

NESTA EDIÇÃO



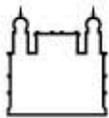
Rumo à Treze

Conselho Nacional de Saúde prepara a 13ª Conferência

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 55 • Março de 2007

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



ORÇAMENTO DA SAÚDE

Como sempre, cortes

A serviço do Movimento Sanitário



Figura importante para o Programa RADIS foi o sociólogo Arlindo Fábio Gómez de Sousa. Sua trajetória na Fundação Oswaldo Cruz começou em 1º de julho de 1967, e nos dois anos seguintes chefiou o Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz — ao qual o RADIS estava vinculado. De 1983 a 1985 assumiu a direção da própria Ensp, referen-

dado pela comunidade escolar. Arlindo descreve o clima da época: “Enquanto as ciências sociais em toda parte se resumiam à abertura de livros, nosso departamento abrigava sociólogos, educadores, psicólogos, economistas e antropólogos em busca do desenvolvimento de novas experimentações, como o RADIS”.

Arlindo presidiu as primeiras eleições para diretor de unidade na Fiocruz, participou de cinco Conferências Nacionais de Saúde, sendo relator-geral da 9ª, e é um dos fundadores do chamado “Partido Sanitário”, que reuniu sanitaristas de diferentes ideologias na luta pela criação do SUS. Foi ainda presidente da Abrasco de 1992 a 1994 e, no mesmo período, integrou o Conselho Nacional de Saúde.

Entusiasta da comunicação em saúde criou, em 1994, o Canal Saúde, da Fiocruz — que dirige até hoje, acumulando a chefia de Gabinete da presidência da fundação —, projeto concebido em resposta às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde. Nesta entrevista, ele fala dos primeiros anos do RADIS. “Foi num campo fértil de idéias e atividades que surgiu o RADIS, ferramenta importante para uma reflexão sobre a saúde”.

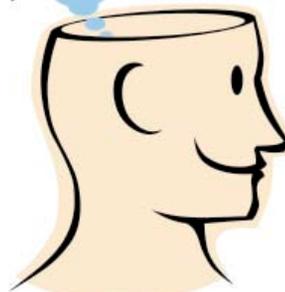
Como era o Programa RADIS nos anos 80?

A idéia foi desenvolvida pelo Sergio Goes, que ficou à frente do RADIS durante dois ou três anos. Tínhamos três publicações: *Dados*, voltada para gestores; *Súmula*, que fazia uma síntese do que haviam publicado sobre saúde os principais jornais e revistas do país; e *Tema*, cuja característica era colocar em dia um tema específico e aprofundá-lo. Elas atendiam a uma necessidade real de atualização de informações que tinham os profissionais e os gestores de saúde.

Quantos eram na época?

Eram oito pessoas apertadas numa sala. Mas recorria-se muito também ao restante dos profissionais da Ensp, que subsidiavam as publicações quando era preciso aprofundar um tema.

25 ANOS DE PENSAMENTO SANITÁRIO



RADIS
1982
2007

Houve mudanças editoriais nessa fase?

Acho que não houve diferentes linhas editoriais. Pode ter havido ênfases ou oportunidades em diferentes tempos. Quando o RADIS surgiu, vinha ocupar outro nicho, diferentemente daquele ocupado pelos livros didáticos e pelas poucas revistas especializadas que havia. Portanto, ao longo do tempo, o RADIS soube se ajustar à demanda e às necessidades que o setor saúde tinha de informações. Por exemplo, o jornal *Proposta* veio atender a uma questão política de que *Súmula*, *Dados* e *Tema* não davam conta. Acho que as ênfases estão muito mais relacionadas à capacidade que o programa sempre teve de responder ao tempo do que com mudanças editoriais.

Como era a relação do RADIS com o governo?

Nada de muito complicado. Mas devemos lembrar que em nosso país vivemos um período em que certas coisas eram proibidas. Assim como havia o *Pasquim* como um veículo que quebrava ou tentava quebrar a censura com metáforas, nós tínhamos, guardando as devidas proporções, o RADIS, que com a *Tema* ou a *Súmula* chamava a atenção para o que estava acontecendo.

Qual a contribuição do RADIS?

O pensar do Movimento Sanitário, que teve voz na tão decantada 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, não proveio de uma geração espontânea. Esse pensar se deve muito aos cursos descentralizados de Saúde Pública da Ensp e ao RADIS. Eles foram fundamentais para a formação do pensamento da Saúde Pública no Brasil. Isso ficou muito claro após a Oitava, quando foi criado o *Proposta*, o *Jornal da Reforma Sanitária*. O programa era fundamental para aprofundar a discussão sobre a Assembléia Nacional Constituinte no nível que o setor saúde queria. Isso é reconhecido por todos da área. (K.M.)

Números

Um leitor disse que o RADIS não deixa as multinacionais dos transgênicos em paz. Pois desta vez confrontamos os números de uma ONG a favor com os de outra contrária ao plantio e ao consumo dos organismos geneticamente modificados. Divergência de contas à parte, fica claro que só oito países realmente entraram nessa, como o Brasil, que aceitou o fato consumado de os fazendeiros plantarem e venderem o que havia sido proibido. A Romênia, que chegou a ter 85 mil hectares plantados em 2005, proibiu o produto em 2006 e adotou política de descontaminação para voltar a ser zona livre de transgênicos, o que valoriza sua produção.

Jornalistas adoram números e percentuais para dar mais precisão e credibilidade às reportagens. Porém, é bom ter cautela. Números ajudam a quantificar e descrever fatos, mas nem sempre os explicam.

É verdade que há números que dizem tudo. Como na notícia da seção Súmula sobre as vantagens do teste rápido de rotavírus desenvolvido em Bio-Manguinhos/ Fiocruz, que reduz o tempo do resultado, que ia de 15 minutos a 24 horas, para três minutos e custa R\$ 0,60, contra os R\$ 6 do importado. Ou quando se constata que a África resume a noção de determinantes sociais da saúde e a situação dos povos pobres do mundo por concentrar um terço dos contaminados pelo HIV e 90% das mortes por malária, além de ter 6% de sua população com hanseníase. Em São Paulo, o governo Serra reteve 15% do percentual de ICMS a que as universidades estaduais (USP, Unicamp e Unesp) tinham direito há 20 anos, causando dano ao ensino, às finanças e à autonomia universitária.

Às vezes, os números são relativos. Na academia, mede-se o impacto de artigos pelo quanto ele é citado. Mas nem sempre isso corresponde a maior qualidade e mérito, como problematiza o artigo da seção Pós-Tudo.

Freqüentemente, porém, os números confundem mais do que explicam ou então ocultam intenções, como nas inúmeras formas de cálculo do orçamento da Saúde. Nossa matéria de capa busca esclarecer diferentes aspectos desta questão vital para a saúde pública, área que é o coração das políticas sociais e carece de recursos maiores e mais bem aplicados.

Dos R\$ 16,4 bilhões de contingenciamento que o governo Lula anunciou para o Orçamento da União em 2007, com o objetivo de acelerar o crescimento, 46% são da área social, sendo a Saúde a mais prejudicada: bloqueio de R\$ 5,7 bilhões de um orçamento que já era insuficiente. Ao dar a notícia, um comentarista de rádio explicou contingenciamento como "economia de despesas correntes para honrar uma dívida, como a pública, que tem que ser paga". E concluiu, orgulhoso: "É simples assim!"

Esclarece mais a reação do falecido sanitarista Sergio Arouca, quando o governo Sarney anunciou que incluiria a Saúde em corte linear do Orçamento. Comparando os cortes a amputações, o então presidente da Fiocruz advertiu que, diferentemente de um dedo ou até de uma perna, quando se amputa parte do coração o paciente morre.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ A serviço do Movimento Sanitário 2

Editorial

- ♦ Números 3

Cartum

3

Cartas

4



Súmula

5

Toques da Redação

7

Orçamento da Saúde 2007

- ♦ R\$ 5,7 bilhões a menos 8

Radis adverte

12

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Um ano de trabalho e muitas expectativas 13



Conselho Nacional de Saúde

- ♦ Debate em favor do SUS 14
- ♦ Comunicação (ainda) com ruído 16

Serviço

18



Pós-Tudo

- ♦ Qualidade, impacto e citação. Uma relação obscura 19



CARTAS

RADIS 25 ANOS

Sou assinante da *Radis* e a cada exemplar que leio acredito mais na Saúde Pública. Acho que pode dar muito certo! Além de informativa, ela traz otimismo e a certeza de que todas as idéias de fazer do Brasil um país digno na área da saúde são possíveis. Parabéns. Viva a idéia de Sérgio Goes de Paula!

♦ Rosângela Machado, psicóloga do SUS, Ilhéus, BA

MAIS CONTROLE SOCIAL

Desde a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, da qual tive o orgulho de participar, passei a receber essa valorosa revista, que tem me auxiliado muito na realização do programa *Cidadania e Saúde em foco*, que faço semanalmente na rádio comunitária de nossa cidade. Nele procuro abordar diversos assuntos, entre eles, o controle social em nosso país, já que sou ferrenho defensor do SUS. Gostaria que o referido assunto fosse mais abordado, já que os conselhos ainda são dominados em nossa

região, fazendo com que convivamos com uma saúde virtual, cujos números e índices não espelham a realidade. O nosso PSF é um exemplo.

♦ Josemar Bento Oliveira, técnico de Enfermagem, Morro do Chapéu, BA

RADIS AGRADECE

Parabéns a todos desta revista. Recebo a *Radis* desde 2001, quando estive em Brasília. Gostaria que 2007 fosse tão belo quanto 2006 para todos da *Radis*, vocês estão de parabéns pelo conteúdo da revista, de muito valor. Sou sua fã de carteirinha.

♦ Dacirley da Silva Rezende, funcionário público estadual, Belo Horizonte

Sou estudante do curso de Enfermagem e gostaria de parabenizar a equipe da revista *Radis* pelo excelente trabalho. Utilizo a revista como meio de informação para o meu aprendizado e crescimento, pois é muito importante sabermos o nosso papel como gestores e profissionais de saúde.

♦ Fernanda Munduruca, Feira de Santana, BA

Sou estudante do curso de Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina. Conheci a revista e adorei. Os artigos são muito interessantes e importantes para a informação do profissional.

♦ Andréia Schorr, Palmitos, SC

Gostei muito dessa revista, até porque sou enfermeira e me identifiquei muito com o conteúdo passado aos leitores, as dificuldades no trabalho com a população carente. Vocês estão de parabéns pelas matérias divulgadas.

♦ Maria de Fatima Souza Barbosa, Campina Grande, PB

Parabéns à *Radis* pelo esforço em manter a chama que impulsiona a luta pela saúde em todos os segmentos da sociedade.

♦ Luis Ildefonso da Silva (Luis Saúde), delegado-usuário à 12ª CNS, Barra Bonita, SP

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Sou leitora da *Radis* há alguns meses e adoro as matérias que vocês lançam. Não sei o porquê de não ter chegado a mim a edição da reportagem "Reforma psiquiátrica é lenta, mas avança" (*Radis* 38). Gostaria muito, se possível, que vocês me enviassem; há muito tempo espero por uma matéria dessas. Muito obrigada pelas informações que vocês nos fornecem todos os meses.

♦ Jaqueline Pereira Moura, profissional da área da saúde, Patos, PB

☑ *Prezada Jaqueline, a edição nº 38 está esgotada. Você pode imprimir o PDF em nosso site. Se não tiver essa possibilidade, nós imprimiremos e enviaremos a você.* ☑

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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 56.000 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),
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha Dominguez

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 Osvaldo 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.ensp.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.

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

TESTE RÁPIDO DE ROTAVÍRUS É PREMIADO

O Ministério da Saúde e a Unesco, agência da ONU de educação, ciência e cultura, concederam o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS ao pesquisador Waldemir de Castro Silveira, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), pelo desenvolvimento de um teste diagnóstico rápido para detecção de rotavírus. Waldemir criou o método em seu mestrado profissional em Tecnologia de Imunobiológicos de Biomanguinhos, em convênio com o mestrado em Biologia Celular e Molecular.

Na dissertação, orientada pela pesquisadora Jussara Nascimento, de Biomanguinhos/Fiocruz, Waldemir propõe um método rápido – apenas 3 minutos – e eficiente para a detecção de rotavírus, agente causador da diarreia aguda que, anualmente, mata no mundo subdesenvolvido 611 mil crianças de até 5 anos. No Brasil, são 850 óbitos por ano e mais de 300 mil internações no SUS.

“A dificuldade de diagnóstico do rotavírus é o principal desafio ao seu controle, pois a doença pode levar à morte por desidratação em poucas horas e os kits de diagnóstico atuais, além de exigirem tempo para gerar resultado, são importados e caros”, disse Waldemir à Agência de Notícias da Fiocruz.

A técnica consiste na aplicação de um reagente composto de microesferas de látex conjugadas a um anticorpo específico anti-rotavírus, fabricados no Brasil, numa lâmina com amostra fecal do paciente e na rápida observação do preparado: uma aglutinação visível indica a presença do microrganismo. A produção do kit, pela empresa nacional Biodevices, começará neste semestre. Os kits serão usados em testes de campo, dispensando equipamentos ou instalações de laboratório, e custarão 60 centavos, contra os R\$ 6 dos importados.

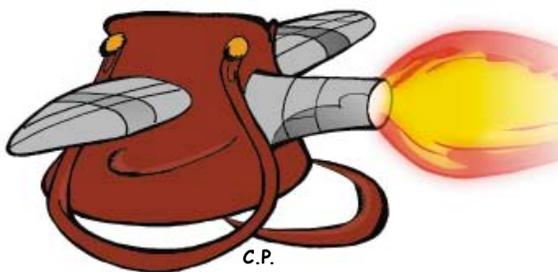
DENGUE ATACA EM 4 ESTADOS

O Ministério da Saúde está em alerta para a dengue em quatro estados: Mato Grosso do Sul – onde a situação é “gravíssima”, segundo disse o ministro

da Saúde, Agenor Álvares, em visita a Campo Grande –, Paraná, Tocantins e Piauí, que registraram crescimento da doença. Também preocupa o Estado do Rio: uma força-tarefa do ministério vem combatendo o *Aedes aegypti* por conta dos Jogos Pan-Americanos, em julho.

No dia 1º de fevereiro, Campo Grande teve 1.070 notificações em 24 horas; dos 14.349 casos do estado, 10.301 estavam na capital. “Os municípios percebem que a doença fica estável e afrouxam na fiscalização”, disse o ministro.

GOVERNO QUER “TURBINAR” BOLSA-FAMÍLIA



O ministro Patrus Ananias informou que o governo estuda propostas de reajuste linear do Bolsa-Família de 4% a 15%. Na proposta mais modesta, os recursos orçamentários seriam suficientes. Na mais ousada, seriam necessários mais R\$ 900 milhões. Também se avalia a ampliação da cobertura do programa para famílias com jovens de até 18 anos, e não 15, como atualmente. O benefício varia hoje de R\$ 15 a R\$ 95. As famílias com renda per capita de até R\$ 60 recebem rendimento básico de R\$ 50, podendo chegar a R\$ 95 pela complementação de R\$ 15 por filho adicional. O programa atinge 11,1 milhões de famílias na linha da pobreza, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

As mudanças no Bolsa-Família farão parte de um “Pacote da Cidadania”, conjunto de medidas para melhoria das políticas sociais. Afirma-se, porém, que o pacote será mais centrado na integração dos programas já existentes do que na criação de novas iniciativas. Seriam integradas famílias hoje atendidas pelos estados, a exemplo de Rio de Janeiro e Bahia – os governos estaduais criavam programas paralelos aos federais. A idéia, agora, é cooperar, e não competir.

VACINA CONTRA HPV TERÁ PREÇO CONTROLADO

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, do governo federal, decidiu que o Gardasil, vacina contra o HPV (vírus presente em 70% dos casos de câncer no colo do útero) da Merck, custará no máximo R\$ 364,16 por dose. O laboratório, que queria cobrar até R\$ 700 pela dose (são necessárias três), decidiu recorrer da decisão. O Cervarix, da concorrente GlaxoSmithKline, deve ser aprovado em maio pela Anvisa. O Gardasil é indicado para a faixa etária entre 9 e 26 anos. O Cervarix, de 10 a 55 anos.

ABUSOS NAS CLÍNICAS DE FERTILIZAÇÃO

Quem pode está pagando R\$ 40 mil por criança nascida viva nas clínicas de fertilização do Brasil, informou matéria do *Estado de S. Paulo* (7/1), numa peregrinação cheia de falsas promessas, procedimentos inúteis e gastos desnecessários. O urologista Jorge Hallak, diretor científico do Centro de Reprodução da USP, disse que, embora esteja na ponta da tecnologia de reprodução, o Brasil virou um país de “turismo reprodutivo”, atraindo especialmente casais europeus, devido à prática sem regras nem ética das clínicas.

“Se os casais que procuram a reprodução assistida fossem bem-informados, um quarto deles deixaria de fazê-la”, afirmou. Para o médico, o Brasil se transformou numa “fábrica de bebê de proveta”: de cada 100 casais, 95 fazem inseminação artificial, mas menos da metade precisaria, afirmou.

TRANSGÊNICOS: MENTIRAS E MEIAS-VERDADES

As lavouras transgênicas no Brasil atingiram 11,5 milhões de hectares em 2006 – o terceiro maior crescimento no mundo, atrás apenas de Estados Unidos e Argentina. É o que afirma o relatório anual do Serviço Internacional para a Aquisição de Aplicações em Agrobiotecnologia (ISAAA), ONG que defende o uso de biotecnologia na agricultura. O relatório, entretanto, foi contestado por Bob Phelps, diretor-técnico da Gene Ethics Network – ONG que condena o uso indiscriminado dos alimentos geneticamente modificados.

"O ISAAA faz afirmações insustentáveis, aumenta os números e ignora os impactos negativos dos cultivos geneticamente modificados", afirma. Segundo ele, são erroneamente citados entre produtores o Irã, que não aprovou o plantio de 50 mil hectares de arroz transgênico, com diz o documento, e a Romênia, que teria 100 mil hectares de soja transgênica. O país, que plantou 85 mil hectares em 2005, proibiu o produto em 2006 e adotou política de descontaminação para voltar a ser zona livre de transgênicos. A ONG também afirma que a produção de transgênicos é global, mas o próprio relatório mostra que 99% estão em apenas oito países: EUA, 53,5%; Argentina, 17,6%; Brasil, 11,3%; Canadá, 6%; Índia, 3,7%; China, 3,4%; Paraguai, 2%; e África do Sul, 1,4%.

"O alcance dos transgênicos estacionou desde 1996, quando quatro cultivos foram liberados comercialmente – soja, milho, algodão e canola – e nenhum foi acrescentado desde então", diz. "O relatório informa que 10,3 milhões de produtores cultivaram transgênicos em 2006, mas isso corresponde a 0,7% dos produtores mundiais", lembra. "Consumidores e produtores assegurarão a rejeição às sementes, aos cultivos e aos alimentos transgênicos ao redor do mundo", prevê Phelps. "O ISAAA está chicoteando um cavalo morto".

ONU PREMIA MARINA SILVA

O esforço da ministra Marina Silva, do Meio Ambiente, para incluir o tema ambiental na agenda de desenvolvimento do Brasil lhe renderam o prêmio "Campeões da Terra", do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma). Os sete vencedores, entre os quais o ex-presidente americano Al Gore, que em 2006 lançou o documentário indicado ao Oscar *Verdade inconveniente*, sobre aquecimento global, foram anunciados em 1º de fevereiro na sede do programa, em Nairóbi (Quênia). O diretor-executivo do Pnuma, Achim Steiner, elogiou a "coragem" da ministra por defender no governo a causa ambiental.

Em entrevista ao *Estado de S. Paulo* (7/1), a ministra disse que não quer ser a única no governo a se preocupar com a questão ambiental, que pode acabar trazendo prejuízos comerciais ao país. "Esse pensamento estratégico não precisa estar apenas no Ministério do Meio Ambiente, tem de estar na Agricultura, em Minas e Energia, na Indústria e Comércio".

A ministra afirmou que em cinco anos houve queda de 75% no desmatamento da Mata Atlântica e de 52% na

Amazônia. Sem isso o agronegócio brasileiro estaria numa grande saia-justa, disse. "Só não vê quem não quer". O Brasil tem 45% de sua matriz energética renovável – "Que país pode dizer isso?" – e também 81% da matriz elétrica. A ação cabe, para ela, aos setores que lidam com o desenvolvimento.

"Temos 575 mil quilômetros quadrados de áreas desflorestadas abandonadas", disse. O próprio Ministério da Agricultura confirma que é possível triplicar-se a produção de grãos sem derrubar mais uma árvore, acrescentou. "Quer notícia melhor? É só usarmos a tecnologia que temos". Marina guarda uma foto do tempo em que entrava sem armas na floresta para combater a derrubada ilegal da mata. "Nessa época só tinha a vida para lutar contra o desmatamento; hoje, poder descer numa área com 480 policiais federais é uma oportunidade que só posso agradecer".

NOVA CEPAL DO H5N1 NO BUTANTÃ

O Instituto Butantã recebeu em janeiro do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos nova cepa do vírus H5N1, da gripe aviária, para que seja repetida a tentativa – frustrada no ano passado – de desenvolvimento de uma vacina. O material foi enviado a 10 fabricantes internacionais. Se tudo der certo, o Butantã receberá US\$ 2 milhões do governo americano. A nova amostra veio do subtipo que surgiu na Indonésia.

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO CRESCE NO MUNDO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) já atinge 2% da população mundial. A pesquisadora Maria Conceição do Rosário, do Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP disse ao *USP Online* de 5/1 que as estatísticas vêm subindo não pelo aumento da doença, mas pelo maior conhecimento a respeito. Para um diagnóstico do TOC é preciso confirmar obsessões e/ou compulsões que tomem pelo menos uma hora por dia e que atrapalhem a vida da pessoa e da família.

As compulsões mais comuns: de limpeza e descontaminação, de verificação (por exemplo, conferir várias vezes se uma porta está fechada), de repetição, de simetria e ordem, além do colecionismo (juntar objetos e não se desfazer deles). O TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente no mundo, atrás de depressão, depen-

dência química e fobias. Também é conhecido como "doença do segredo", pois, constrangida, a maioria dos pacientes não fala do problema.

CRÍTICAS DO REPRESENTANTE DA OPAS

Em entrevista ao *Estado de S. Paulo*, Horácio Toro Ocampo, representante no Brasil da Opas/OMS aposentado em 31 de janeiro, afirmou que, embora a saúde tenha a mesma importância que educação e combate à violência, "nas falas do presidente, porém, a saúde está em segundo plano". De acordo com ele, os últimos ministros da área permitiram que tomasse corpo a tese equivocada de que se gasta muito em saúde no país: "Com todo o respeito que tenho pelos brasileiros, acho que falta humildade para reconhecer que há muito a ser feito ainda na área da saúde".

O Pacto pela Saúde (grupo de documentos que substituiu a Lei de Responsabilidade Sanitária), segundo Ocampo, tem a intenção de renovar esse compromisso de gestores e dos próprios trabalhadores. "Mas muitas coisas ficam nos documentos, nas boas intenções". Para ele, faz falta um verdadeiro compromisso das autoridades de Saúde, sejam nacionais, estaduais ou municipais. "Há um longo caminho para percorrer", disse. "É preciso fiscalização, cobrança e, para quem cumpre as metas, premiações". Sem punição, afirmou, muitas vezes os seres humanos não cumprem seus compromissos.

TRANSPARÊNCIA E ÉTICA PÚBLICA

O *Diário Oficial da União* publicou em 2/2 decreto do presidente Lula instituindo o Sistema de Gestão da Ética do Poder Executivo, cujo objetivo é integrar programas de ética pública e criar políticas que facilitem o acesso à informação, dando mais transparência aos dados. Qualquer cidadão poderá convocar a Comissão de Ética Pública, criada em 1999, para apurar infrações éticas de agentes públicos ou órgãos estatais. Telefone (61) 3411-2952 Fax (61) 3411-2951 E-mail etica@planalto.gov.br

"MST E E-CHANGER: QUAL O PROBLEMA?"

Esse é o título do artigo de 1º de fevereiro em que o jornalista Rui Martins, correspondente em Berna do jornal *Expresso*, de Lisboa, responde a matéria gratuita do *Estado de S. Paulo* (25/1) sobre o repasse de "recursos oficiais do governo

suíço” a ONGs com projetos no Movimento dos Sem-Terra brasileiro. “A informação é exata, qualquer pessoa pode obtê-la no site da ONG E-Changer (www.e-changer.ch/lettres%20circulaires.html), não é segredo”, diz o autor. Mas uma informação verdadeira é desvirtuada e transformada em algo duvidoso e quase delituoso “por se tratar do diabolizado MST” — que a ONG ajuda em alimentação, maternidade e agricultura.

Já na primeira frase da matéria, segundo Rui, o objetivo é claro: “Recursos oficiais do governo suíço estão servindo para financiar atividades e programas do Movimento dos Sem-Terra”. Um entretítulo insiste: “Entidade até treina sem-terra em informática”. Qual a intenção dessa matéria sobre subvenções da Suíça ao MST, mesmo que sejam legais e se enquadrem no programa de desenvolvimento e cooperação com países estrangeiros?, pergunta Rui. “Só pode ter sido com o objetivo de gerar mal-estar e provocar corte na subvenção”. E ironiza: “Alô, governo suíço, alô, deputados e senadores suíços, tem dinheiro suíço sendo desviado para financiar a revolução agrária no Brasil. Cortem a subvenção!” — esse é mais ou menos o recado que o artigo quer transmitir à Suíça, afirma.

Para o jornalista, autor de *O dinheiro sujo da corrupção — Como a Suíça entregou Paulo Maluf* (Geração Editorial, São Paulo, 2005), “a Suíça é um país de direita, de banqueiros, de neoliberais; isso não impede que respeite a democracia e os direitos humanos”, diz. “Mesmo os suíços de direita não aprovam os latifúndios e, como têm um profundo respeito por seus agricultores regiadamente subvencionados, reconhecem a necessidade de uma melhor divisão de terras no Brasil”.

UNIVERSIDADES PAULISTAS PERDEM VERBA

No primeiro mês de gestão, o governador José Serra, de São Paulo, reteve 15% do percentual de ICMS a que as universidades estaduais paulistas têm direito segundo o regime de autonomia financeira com vinculação orçamentária em vigor há 20 anos. A Unesp deixou de receber R\$ 10,3 milhões; a Unicamp, R\$ 5,5 milhões; a USP, R\$ 11,5 milhões. Preocupa ainda a comunidade universitária os Decretos nº 51.460 e 51.461, com que Serra criou a Secretaria de Ensino Superior e mudou a composição do Conselho de Reitores das Universidades Estaduais Paulistas. Pela nova compo-

sição, o governador ganhou maioria no conselho, o que, segundo os reitores, reduz a autonomia universitária.

“A mudança do modelo de autonomia coloca em risco a manutenção da qualidade do ensino, da pesquisa e da extensão nas três universidades”, avaliou o vice-reitor da Unesp, Herman Jacobus Voorwald, informou o *Estado de S. Paulo* de 2/2, em editorial que critica as medidas e elogia a autonomia universitária.

NOVO FORMATO PARA O FSM 2008



O espaço do Brasil: delegação de 400 pessoas

FOTO: VALTER CAMPANATO/ABR

O Fórum Social Mundial 2008 não terá um único encontro, mas mobilizações por todo o mundo no mesmo período do Fórum Econômico de Davos, na Suíça, onde se reúne anualmente a elite financeira internacional. Porto Alegre, que sediou as primeiras edições do fórum, candidatou-se novamente para 2009. A sétima edição do FSM, de 20 a 25 de janeiro, em Nairóbi, no Quênia, teve participação de 60 mil pessoas, que debateram principalmente a pobreza, a exclusão e a doença no continente africano, desta vez sob um tema novo: “A luta dos povos, as alternativas dos povos”. O Brasil enviou a maior delegação. Informou a Agência Brasil que a jornada mundial de mobilização de 2008 retomará o tema *Outro mundo é possível*.

No 2º Fórum Social Mundial da Saúde, de 21 a 23 de janeiro, os debates giraram em torno das condições extremas da África: lá vive um terço dos contaminados pelo HIV, ocorrem 90% das mortes por malária e mais de 6% dos habitantes têm hanseníase. “A África resume a grave situação em que vivem os povos pobres do mundo”, afirmou Valdevir Both, secretário-executivo do fórum, que trabalhou sob o tema “África: O espelho do mundo”. ■

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

toques da
redação



DIA MUNDIAL SEM TABACO — Ambientes livres de fumaça (“Smoke-Free Environments”) é o tema deste ano do Dia Mundial sem Tabaco, em 5 de maio. A OMS aproveita a data, criada em 1987, para conscientizar a população sobre os males do cigarro e estimular leis de restrição à produção, à propaganda e ao consumo. Neste 2007, o alerta é: a saúde do trabalhador exige ambientes 100% livres do tabaco.

EXCESSO DE PAPEL — Discussão relevante na primeira reunião do ano no Conselho Nacional de Saúde (pág. 14): o desperdício de papel. Uma conselheira lembrou que o material previamente enviado aos integrantes do CNS é o mesmo que está sobre a mesa quando todos chegam para a reunião. Em janeiro, a pasta de impressos continha 309 páginas, enviadas a 48 titulares, fora suplentes e convidados. A questão ambiental, destacou a conselheira, deveria ser importante para instituições como o CNS, dedicadas à saúde pública. Ficou acertado que os conselheiros levarão à reunião o material recebido, que passa a ser impresso, frente e verso, em papel reciclado.

DENGUE E NEGLIGÊNCIA — Em Ribeirão Preto (SP), o prefeito Welson Gasparini (PSDB) ameaçou cassar o alvará de comerciantes em cujas lojas fossem encontrados criadouros de larvas do *Aedes aegypti* por três vezes consecutivas. Talvez funcione com negociantes, mas... e o cidadão comum negligente que, entra ano sai ano, deixa destampados recipientes variados que atraem o mosquito?

CONASEMS MUDA COMANDO — Tomou posse no dia 7 de fevereiro o novo presidente do Conasems, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ele substituiu Edmundo Costa Gomes, que se tornou secretário estadual de Saúde do Maranhão. Helvécio é médico, servidor concursado da Prefeitura de Belo Horizonte há 20 anos, epidemiologista. É doutor pela Unicamp desde 2006, com tese que tratou da integralidade no SUS. ■

ORÇAMENTO DA SAÚDE 2007

R\$ 5,7 BILHÕES A MENOS



Katia Machado*

Qual é o orçamento da saúde para 2007? Entra ano sai ano, é sempre complicado calcular seu valor real. Para começar, há muitos orçamentos. Pela Emenda Constitucional nº 29, que estabelece os recursos mínimos de destino obrigatório na saúde, o orçamento deveria ser de R\$ 43,9 bilhões. Se já estivesse aprovado o Projeto de Lei Complementar 01/03, que regulamenta a EC-29, chegaríamos a R\$ 56,7 bilhões – o correspondente a 10% das receitas correntes brutas da União. No projeto original do governo enviado ao exame do Congresso Nacional no ano passado, estavam destinados à saúde R\$ 40,7 bilhões – aí incluídas algumas despesas tradicional e indevidamente identificadas como gastos em saúde.

O Congresso aprovou para o setor em dezembro R\$ 49,7 bilhões (as emendas parlamentares superaram R\$ 1,7 bilhão!) que, deduzidas as despesas indevidas (R\$ 3,9 bilhões, correspondentes ao pagamento de inativos e dívidas do setor), resultaria em R\$ 45,7 bilhões. Já a Lei nº 11.451, sancionada pelo presidente Lula em 7 de fevereiro, dizia: o orçamento da saúde será de R\$ 46,2 bilhões. Faltava porém o orçamento real, o contingenciado, isto é,

o dinheiro de verdade que sobra para os ministérios após os cortes impostos pela equipe econômica.

No dia 13 de fevereiro, o ministro Paulo Bernardo, do Planejamento, anunciou corte de R\$ 16,4 bilhões nos gastos de custeio e investimentos da administração pública federal – segundo ele, para cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal. No mesmo dia, o ministro Agenor Álvares informava ao plenário da 170ª reunião do Conselho Nacional de Saúde um corte em torno de R\$ 3,5 bilhões sobre o orçamento determinado pela EC-29. “Um prejuízo incalculável para as ações do SUS”, protestou o presidente do CNS, Francisco Batista Júnior. Os conselheiros aprovaram moção de repúdio “a qualquer política que represente corte ou contingenciamento dos recursos do SUS”.

Em entrevista no fim da tarde do dia 15, Paulo Bernardo confirmou o bloqueio no Orçamento Geral da União – 46% somente na área social: dos R\$ 65 bilhões previstos, sobraram R\$ 57 bilhões. E o principal corte foi no Ministério da Saúde: R\$ 5,7 bilhões, e autorização de gasto de R\$ 34,8 bilhões, segundo publicou o site do Planejamento (www.planejamento.gov.br) no mesmo dia. No ano passado, a pasta da Saúde empenhou 35,4 bilhões. Paulo Bernardo, informou a

Agência Brasil, disse que as políticas sociais estariam preservadas: foram cortados “apenas investimentos administrativos, como aquisição de carros novos, computadores ou móveis”.

Na Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em Brasília, fevereiro foi um mês de ansiedade. A equipe tentava negociar com o Planejamento, numa reunião após outra, a redução “da tragédia”, como disse à *Radis* um preocupado funcionário. No dia 22, ainda sem a definição do decreto oficial de programação orçamentária do Ministério do Planejamento – o governo tem 30 dias para publicá-lo após a sanção da lei, ou seja, o prazo final seria 7 de março –, a equipe esperava um bloqueio de R\$ 5,7 bilhões. Ou mais. “Estamos fazendo o possível para minimizar o corte”, disse à *Radis* o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Paulo Coury. “O próprio Ministério do Planejamento está tentando ajudar.”

Uma certeza: para o cumprimento da EC-29, o governo terá que soltar dinheiro ao longo do ano.

Antes da má notícia, boa parte do setor andava até animada com as novidades no Pacto pela Saúde, criado em março de 2006 pela Portaria Ministerial nº 698 e regulamentado, em 29 de janeiro de 2007, pela Portaria Ministerial nº 204. Agora, estão deta-



lhadas as transferências de recursos a estados, Distrito Federal e municípios, com repasses fundo a fundo em cinco blocos de financiamento.

Os blocos são: Atenção Básica, composto por Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável); Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, composto por Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC); Vigilância em Saúde, composto por Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica, composto por Básico da Assistência Farmacêutica, Estratégico da Assistência Farmacêutica e Medicamentos de Dispensação Excepcional; e Gestão do SUS, composto por Qualificação da Gestão do SUS e Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão repassados fundo a fundo em conta única e específica para cada um deles, observados os atos normativos específicos. Com a nova modalidade, os gestores de saúde passam a ter maior autonomia a partir do plano de saúde estabelecido e aprovado pelo conselho municipal ou estadual. Isso significa que no bloco de recursos de Atenção Básica, por exemplo, o gestor poderá destinar

recursos às ações estabelecidas segundo a necessidade local.

Há novidade também no bloco Gestão do SUS: contribui-se para o processo de qualificação da gestão ao ser ampliada a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades da população. Segundo a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, isso proporcionará ao gestor condições para elaborar políticas e ações estratégicas.

Para receber os recursos devidos, assim, o município e o estado devem aderir ao Pacto pela Saúde e assinar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que inclui metas e compromissos sanitários prioritários: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças emergentes e endemias, como dengue e hanseníase, e redução da mortalidade por câncer de colo do útero e mama. Fazem parte ainda do TCG: adoção da política nacional de saúde do idoso, elaboração e adoção da política nacional de promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica à saúde, tendo como principal mecanismo a estratégia de Saúde da Família.

Na opinião do presidente do CNS, o passo seguinte seria o planejamento dos recursos a partir da realidade socioepidemiológica e do estabelecimento de prioridades que contemplem os três níveis de atenção à saúde. "Para isso, é

fundamental a participação não somente do conselho de saúde, mas também da comunidade, em debates e seminários regionais que possibilitem um diagnóstico e um plano de ação o mais próximo possível da realidade local", disse Júnior à *Radis*, otimista, um mês antes dos cortes nas verbas da saúde. Ele elogiou os incentivos previstos para o gestor comprometido com as metas correspondentes à dotação orçamentária e também as penalidades aos que, de maneira comprovadamente deliberada, não honrem os contratos.

Para o sanitarista Gilson Carvalho, pediatra que se especializou em financiamento da saúde, a proposta poderá minimizar alguns problemas sem, contudo, resolvê-los todos — a portaria, na verdade, reduz a cinco blocos de financiamento as várias "caixinhas" existentes na saúde, usadas para pagamento por produção de procedimentos. "O novo pacto traz melhorias, mas não corrige a ilegalidade, pois não há uma relação de co-responsáveis nem a transferência de recursos obedece aos critérios legais da Lei 8.080", afirma. Ele explica que um dos grandes problemas do financiamento federal da saúde é que temos um sistema de pagamento vinculado e tutelado, muito próximo do pagamento por produção, formando as até 130 caixinhas de financiamento, muitas

ainda existentes. “Pior: para denominar esta operação, usurpou o termo legal de *repassa fundo a fundo*, cuja característica era sua forma regular e automática”.

Gilson lembra que a União, nos anos 1980, era responsável pelo financiamento de 75% das ações e dos serviços de saúde. “Hoje, 26 anos depois, é responsável por apenas 50% do financiamento, mesmo sendo a única esfera de governo com poder legal de arrecadar para a saúde”, observa. A consequência disso são insuficiências em várias áreas, a exemplo dos déficits na Atenção Básica, nos medicamentos excepcionais, na Atenção de Média e Alta Complexidade, evidenciadas neste 2007. “Continuo dizendo que o financiamento da saúde no Brasil passa por cinco providências: aumento de recursos, diminuição da corrupção, eficiência nos gastos, mudança do modelo de se fazer saúde e transformação do Brasil”.



PRIORIDADE PARA POUCOS

A saúde do país espera, para este ano, a aprovação do PLC 01/03, do ex-deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP) que, com 58.290 votos, não se reelegeu em 2006. O PLC regulamenta a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 – que por sua vez alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O projeto determina que a União reserve à saúde 10% de suas receitas correntes brutas e define, enfim, o que é e o que não é gasto em saúde. Essa espera está sendo longa. A capa da *Radis* de novembro de 2003 tinha como título “Saúde defende aplicação da Emenda Constitucional”;

outra capa, de dezembro de 2004 (“Orçamento da saúde: entenda como funciona para lutar melhor por ele”), dizia que a iminente aprovação do projeto revolucionaria a saúde. Neste 2007, a regulamentação é prioridade, declarada em discursos, do presidente do CNS, do novo presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Helvécio Magalhães Júnior, que é secretário de Saúde de Belo Horizonte, e do próprio ministro Agenor. O problema é que não é prioridade da equipe econômica e nem mesmo do Congresso Nacional, apesar das seguidas promessas.

No primeiro semestre de 2006, por exemplo, o projeto chegou a entrar na pauta de votações, mas não houve deliberação. Para o presidente do CNS, o PLC 01/03 ainda não foi aprovado porque está na contramão da lógica que norteia as atuais relações políticas e econômicas no Brasil: “O discurso do corte de gastos públicos com viés conservador, da desvinculação das receitas, do déficit nominal zero, que fundamentam na verdade a proposta do Estado mínimo desresponsabilizado das políticas sociais”.

Júnior não se cansa de afirmar a importância vital do projeto para o financiamento do SUS e, conseqüentemente, para o próprio SUS, “pois regulamentaria regras até agora transitórias”. Afinal, a EC-29 muda o Artigo 198 da Constituição, que prevê que União, estados, Distrito Federal e municípios apliquem anualmente um mínimo de recursos em ações e serviços de saúde. Os percentuais, entretanto, precisam ser definidos por lei complementar. Para Gilson Carvalho, a principal vantagem do projeto é que eleva o mínimo de recursos federais anuais para R\$ 56,7 bilhões, bem mais que os atuais R\$ 43,915 bilhões determinados pela EC-29. “Um incremento de R\$ 12,8 bilhões, ou 29,15% a mais para a saúde”.

Aos críticos que consideram a saúde já bem financiada, mas mal gerida, Gilson responde com cálculos interessantes. O gasto estimado do setor privado em saúde em 2006 foi de R\$ 87,54 bilhões, resultado a que o especialista chegou somando três componentes: despesas com planos e seguros de saúde (R\$ 44,88 bilhões), desembolso direto do cidadão (R\$ 16,41 bilhões) e gastos com medicamentos diretamente adquiridos (R\$ 26,25 bilhões).

Já o investimento público federal (R\$ 40,78 bilhões), estadual (R\$ 18,69 bilhões) e municipal (R\$ 19,44 bilhões) totalizou R\$ 78,91 bilhões (ver tabela). Isso significa que em 2006 o investimento do Brasil em saúde por habitante/ano, calculado pelo dólar do câmbio em 3/7/2006 (R\$ 2,17), teria sido de US\$ 410,69 – acima dos US\$ 300 de há quatro anos (*Radis* 28). Gilson fez mais contas, seguindo o critério do *Annual Report* da Organização Mundial de Saúde, cujos índices usam o dólar internacional, com poder real de compra 2,8 vezes maior que o dólar do câmbio, ou seja, o mesmo dólar, se usado no Brasil, compra mais e promove mais ações do que, por exemplo, nos Estados Unidos – “Um moleque com um dólar em São José dos Campos compra mais balas que um boy em Miami”, exemplifica Gilson. Por esse critério, estima o especialista, o Brasil teria chegado a US\$ 1.154 por habitante/ano e os EUA, a US\$ 7.500 (ver textos em www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-01.html).

Ainda assim, alerta o sanitarista, as ameaças à saúde são muitas. Para ele, estamos enfrentando a turbulência de três grandes bombardeios à aprovação do 01-03: o primeiro vem do próprio governo Lula. “Isso se confirma na oposição à aprovação pelo ministro do Planejamento, Paulo Bernardo, e pelo atual presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia (PT-SP), o único líder partidário a não referendar a colocação

Estimativa de gastos com saúde – Brasil – 2006 (R\$ bi)

Público	Federal	40,78
	Estadual	18,69
	Municipal	19,44
	Total	78,91
Privado	Planos e seguros	44,88
	Desembolso direto	16,41
	Medicamentos	26,25
	Total privado	87,54
Público-privado	Total Brasil	166,45

FONTE: MS-SPO – MS-SIOPS – ANS – IBGE-POF – ESTUDOS GILSON CARVALHO



FONTE: GILSON CARVALHO

Os gastos da saúde em 2006

Na reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde de 9 de janeiro de 2007 foi apresentado o relatório consolidado da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS referente à execução dos recursos da saúde em 2006. Segundo a comissão, que utilizou para tanto a tabela “Execução orçamentária e Financeira 2006 – Consolidado, Ministério da Saúde, Posição Dezembro”, dos quase R\$ 44,3 bilhões executados no ano passado, 1% foi utilizado em amortização de dívida, 7% em pagamento de pessoal inativo e pensionistas, 11% em pessoal ativo e 81% em ações e serviços de saúde e outros custeios e capital (OCC).

Dos 85 itens analisados pela Cofin, 62 foram considerados empenhados com nível adequado, 8 com nível regular e 15 com nível inadequado. Em termos de liquidação,

28 itens tiveram nível adequado, 9 itens, nível regular e 48 itens, nível inadequado. Em termos de empenhamento e liquidação com nível adequado, apenas 9 itens; e em relação ao empenhamento e liquidação com nível inadequado, 36 itens. Foram analisados recursos empenhados e liquidados por Fundação Nacional de Saúde, Funasa, Assistência Suplementar de Saúde, Fiocruz, entre outras unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Segundo a Cofin, o ministério cumpriu em 2006 o estabelecido pela EC-29. Dos R\$ 40.777.756.496 empenhados com ações e serviços de saúde, foram aplicados R\$ 40,7 bilhões, incluindo o valor total empenhado em gastos das farmácias populares. Para Gilson Carvalho, “aparentemente o ministério cumpriu a EC-29 com um a mais de

R\$ 218 milhões”. Isso foi possível, segundo o especialista, porque foram incluídas nessas contas despesas consideradas ilegais, como R\$ 163 milhões das farmácias populares, R\$ 218 milhões de serviços de saúde próprios de servidores e R\$ 317 milhões de recursos diretamente arrecadados e que não poderiam estar computados nos mínimos exigidos pela emenda. “No fim, entre superávit e despesas indevidas, ficaram faltando R\$ 429 milhões para o ministério cumprir o mínimo exigido pela EC-29”, afirma.

Segundo sua análise, a União também não cumpriu a EC-29 no ano passado. Dos 27 estados, em 2005 apenas sete cumpriram os mínimos legais, deixando um débito de mais de R\$ 4 bilhões. A grande maioria dos municípios tem cumprido, em média com superávit.

do projeto na pauta, no ano passado”, diz. O segundo bombardeio, segundo Gilson, vem do economista Delfim Neto, “amigo de Lula, que reduz a saúde à ineficiência e à corrupção e se manifesta contra a vinculação de recursos”.

O terceiro vem do quase desconhecido “Memorial dos Estados” (ver íntegra em www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-02.html), apresentado em 2006 a parlamentares e ressuscitado este ano após o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), no qual os governadores pedem “algumas adequações jurídico-financeiras” em vários artigos do PLC 01/03. Uma das “adequações” propõe explicitamente a diminuição em cerca de R\$ 10 bilhões de sua responsabilidade no financiamento da saúde, “abrindo caminho para outras usurpações do dinheiro da saúde”, denuncia Gilson.

Sem a aprovação necessária, ficam valendo as regras transitórias da EC-29, pelas quais estados e municípios destinam a ações e serviços de saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas próprias e transferências constitucionais e legais. À União, cabe repassar apenas o mesmo que gastou no ano passado, mais a variação nominal do PIB.

A falta da lei abre brechas para que ações de saneamento e combate à fome, por exemplo, continuem contabilizadas como gastos de saúde. “Não que isso não seja importante, mas cada setor

tem seu orçamento e, quando desviamos o dinheiro da saúde para outros fins, o setor fica sem recursos suficientes para investir no que de fato são ações e serviços públicos de saúde”, defende o especialista em Medicina Social Edmundo Gallo, pesquisador da Fiocruz/Brasília e professor da Ensp/Fiocruz. Ex-diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, ele lembra que essa é uma discussão antiga, anterior à EC-29. “Há quem queira saneamento como gasto de saúde não porque o considere como tal, mas porque quer desonerar a pasta deste serviço, jogando o ônus para a saúde”, salienta.

AÇÕES DE SAÚDE

Segundo o PLC 01/03, são despesas com ações e serviços públicos de saúde: vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; capacitação do pessoal de saúde do SUS; desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; e ações de saneamento básico

próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, desde que aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação, as efetivadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras a critério do CNS.

Fazem parte também do grupo as ações de manejo ambiental, vinculadas diretamente ao controle de vetores de doenças, a gestão do sistema público de saúde e a operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde, investimentos na rede física do sistema de saúde – obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde –, ações de apoio administrativo das instituições públicas do SUS imprescindíveis à execução de ações e serviços de saúde e a remuneração de pessoal ativo em exercício na área da saúde, incluindo encargos sociais.

Assim, ficam de fora as seguintes despesas: pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os de saúde, despesa que cabe ao Tesouro Nacional; pessoal ativo da área da saúde quando em atividade alheia à respectiva área; serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas; merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvada a recuperação de deficiências nutricionais; ações de saneamento



básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos; limpeza urbana e remoção de resíduos; preservação e correção do meio ambiente por órgãos de meio ambiente dos entes da Federação e entidades não-governamentais; ações de assistência social; obras de infraestrutura urbana, ainda que beneficiem direta ou indiretamente a rede de saúde; e ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na lei complementar ou vinculados a fundos específicos.

Para o presidente do CNS, o projeto estabelece uma forma legal de vinculação de receitas federais, estabelecendo de maneira cristalina o que pode e o que não pode ser considerado efetivo gasto em saúde, cria mecanismos de fiscalização efetivos, o que significaria na prática um incremento razoável de recursos, bem como uma democratização que contribuiria para a aplicação mais racional e resolutiva dos recursos da saúde. O projeto, destaca Júnior, “encerra um debate de conteúdo fortemente ideológico, que necessita do envolvimento dos conselhos de saúde, dos setores progressistas e da sociedade civil organizada”. E envolve instrumentos de mobilização política que podem ser o diferencial para sua aprovação, enfim, no Congresso.

Outro antigo debate diz respeito à eficiência dos gastos em saúde. Em artigo de 2004, Gilson Carvalho alertava para a necessidade não apenas de aumento dos recursos no limite legal e possível, como também do bom uso dos poucos recursos disponíveis. “A chave do cofre será aumentar recursos ou gastar melhor?”, perguntava. Defensor de ambas as alternativas, Gilson criticava as emendas parlamentares. Para ele, embora previstas na Constituição e na legislação, as emendas podem ser argüidas de inconstitucionalidade. “Ferem a cláusula pétrea de independência dos três poderes, porque a grande maioria não atende a prioridades e planos de investimentos, oportunistam atos de corrupção e acabam sendo usadas como poder de troca do Executivo com o Legislativo diante das necessidades daquele de aprovação de seus projetos no Congresso”.

Conhecedor da área por sua experiência no ministério, Edmundo Gallo concorda: normalmente, as emendas parlamentares não costumam guardar relação com o processo de qualificação de ações e serviços de saúde. “São feitas, na verdade, em função dos interesses dos parlamentares a partir

de demandas de suas bases eleitorais”, diz. E acabam absorvendo de 5% a 8% do orçamento da saúde.

Para Francisco Júnior, as emendas têm conteúdo historicamente perverso e prejudicam a eficiência dos gastos. “Vejo essa questão com profunda tristeza e desmesurada preocupação”, diz o presidente do CNS. “Na área de saúde, então, têm sido utilizadas em procedimentos ilícitos”. E também vão contra os conselhos de saúde, “que geralmente não têm qualquer participação em sua elaboração e vêem suas propostas orçamentárias solenemente violentadas”. Isso, para ele, configura crime dos mais graves cometidos contra a população brasileira. Por isso, defende energeticamente a extinção dessa prática.

Gallo sugere que o Ministério da Saúde assuma a responsabilidade de instruir o parlamentar sobre as reais necessidades de um plano de investimento. “O problema não é a emenda em si, pois de um modo geral elas são usadas em projetos de investimento na saúde, não são custeio”, ressalva. “O problema é a forma como se conduz o processo de elaboração, aprovação e liberação”.

* Colaborou Marinilda Carvalho

Radis adverte

As etapas
municipais
da Treze
começam em
abril. O SUS
precisa da sua
participação!





Um ano de trabalho e muitas expectativas

Em 13 de março de 2006 foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), por decreto do presidente da República. O objetivo principal: propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fundadas na realidade para combater as desigualdades sociais e mobilizar a sociedade nesse sentido. Afinal, o Brasil, 13ª economia do mundo, é o 8º país com pior distribuição de renda, revelou pesquisa publicada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 2005. Hoje, depois de um ano, pergunta-se: quais os avanços conquistados pela comissão?

Integrada por 17 pessoas de várias áreas — médica, econômica, jurídica, empresarial, social, cultural e ecológica —, a CNDSS conseguiu em pouco tempo motivar algumas mudanças nas políticas públicas, enfatizando o direito à saúde no Brasil. Esta é a análise feita pelo coordenador da comissão, Paulo Buss, presidente da Fiocruz, médico e titular da Academia Nacional de Medicina. “As evidências se acumulam em muitos estudos reunidos pela CNDSS, mostrando que renda, emprego, escolaridade e saneamento são, entre outros, poderosos determinantes da mortalidade, da morbidade, da qualidade de vida e da saúde”, destacou. Isso ficou claro, por exemplo, em boa parte dos trabalhos apresentados ao 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Além de muitas dessas relações de causalidade, foram apresentados programas, estratégias e projetos de intervenção sobre os determinantes sociais da saúde.

No que diz respeito ao enfrentamento de alguns dos determinantes no Brasil, o coordenador da CNDSS acredita no acerto da estratégia da Saúde da Família e do programa Bolsa-Família. “Outro progresso foi o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, em março do ano passado, juntando-se aos esforços da comissão”, ressaltou.

Paulo Buss não está plenamente satisfeito. “Acho que podíamos ter feito mais”, disse. “Mas a presença da ques-

tão dos determinantes sociais da saúde, por outro lado, cresceu muito nos debates políticos e técnico-científicos do país depois do surgimento da CNDSS”.

Como coordenador, ele aguarda os resultados dos 83 estudos contratados em setembro do ano passado pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde a partir do edital de pesquisa em determinantes sociais e outros temas, lançado em julho. Os estudos se dividem em quatro linhas de apoio: determinantes sociais, que conta com recursos de R\$ 3,2 milhões; saúde da pessoa com deficiência, R\$ 1,5 milhão; saúde da população negra, R\$ 2,2 milhões; e saúde da população masculina, R\$ 1,5 milhão. Ou seja, um investimento total de R\$ 8,4 milhões.

Para o advogado e professor de Direito da USP Dalmo de Abreu Dallari, outro integrante da CNDSS, a comissão é muito nova e não há precedentes em que ela possa se apoiar. “Ela está ganhando experiência e eficiência a partir de suas próprias atividades”, atestou. Além disso, seu objetivo é muito amplo e os resultados de seu trabalho dificilmente serão obtidos e vistos imediatamente”. Em tão pouco tempo, segundo Dallari, são evidentes alguns bons resultados: “A CNDSS vem dando maior precisão a seu papel e definindo métodos de atuação e aumentando gradativamente sua eficácia”.

BALANÇO TÉCNICO

Dallari acredita que a comissão conseguiu *a priori* chamar a atenção e despertar a consciência dos responsáveis pelas políticas sociais. “Esse é o primeiro passo”, afirmou. A expectativa, segundo ele, é que a partir de agora, e gradativamente, a CNDSS exerça maior influência sobre as políticas públicas e contribua cada vez mais com dados e propostas relativas às respectivas áreas de atuação social e profissional de cada integrante, assim como na elaboração de diagnósticos. “Somente assim”, salientou, “teremos objetividade em nosso trabalho”.

Responsável pela Secretaria Técnica, que dá apoio administrativo e técnico à CNDSS, o médico Alberto Pellegrini

Filho, pesquisador de políticas públicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, lembra das três principais linhas de ação da comissão: produção de informação e conhecimento; apoio a políticas e programas para a equidade; e mobilização social. Deste tripé, disse Pellegrini, a primeira linha foi muito bem-exercida pela CNDSS neste primeiro ano; a segunda, parcialmente, faltando formalizar-se o intercâmbio com ministérios; a terceira, muito pouco desenvolvida. “Houve divulgação, mas não mobilização”, reconheceu.

Ações como a constituição do grupo de trabalho com integrantes de vários ministérios, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, assim como reuniões para discussão de metodologias de intervenção sobre os determinantes sociais, ocorridas em Genebra e no Brasil em 2006, podem ser consideradas boas iniciativas. Mas, ressalva Pellegrini, com expectativa de maior mobilização em 2007, “ainda há muito a fazer”. Ele participou, com Paulo Buss, de programas de televisão em 2006 para divulgar a CNDSS e encaminhou carta aberta aos candidatos à presidência da República na eleição do ano passado (*Radis 49*), visando um debate sobre o tema. “No entanto, não tivemos a repercussão desejada”.

Neste primeiro aniversário a CNDSS lança o Sistema de Informação Nacional sobre Determinantes Sociais, que ficará disponível no site da comissão (www.determinantes.fiocruz.br). O sistema inclui dados sobre os vários determinantes. Os interessados poderão acessar, por exemplo, o índice de desemprego no país. Paralelamente, está em execução a formação de uma rede entre pesquisadores com a participação de gestores de saúde para conferir os resultados preliminares das pesquisas desenvolvidas, assim como a preparação de um portal para debates sobre os determinantes sociais, a ser lançado no primeiro semestre deste ano, e de um relatório final em fascículos. “Para tanto, a partir de julho, cada grupo vai tratar de um tema específico”, informou. (K.M.)

Debate em favor do SUS



FOTO: BRUNO CAMARINHA DOMINGUEZ

Francisco Júnior, Agenor Álvares e Francisco de Campos na 169ª reunião do CNS: temas complexos, discussões francas, prioridades comuns

Bruno Camarinha Dominguez

Apesar do nome, a centésima sexagésima nona reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde — realizada nos dias 17 e 18 de janeiro, no auditório do CNS, em Brasília — não foi comum. Pela primeira vez, um presidente eleito pelos conselheiros — o farmacêutico Francisco Batista Júnior — comandou o encontro, como salientou na abertura o ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva. “Esse fato representa o avanço do controle social no país”, disse. E citou exemplos que provam a boa atuação de conselhos em todo o país: as máfias das sanguessugas e dos remédios foram denunciadas por conselheiros de Mato Grosso do Sul e do Distrito Federal, respectivamente.

“Mas nós sabemos que há conselhos e conselhos”, ressaltou, para em seguida pedir o fortalecimento do controle social nos estados e municípios. “Sempre falo que o primeiro, o segundo, o terceiro e o quarto compromisso dos conselheiros é com a população; o quinto pode ser corporativo, se não prejudicar os interesses do povo”, destacou. Encarregado de fazer uma análise de conjuntura, o ministro Agenor

brincou dizendo preferir conversar com os conselheiros. Na conversa que se seguiu, fez questão de ressaltar a complexidade que é gerir o sistema público de saúde e, bem-humorado, chegou a sugerir a criação do “seguro-gestor”. E explicou o porquê da proposta: “Em determinado período, tive em minha mesa mais de 1.000 convênios para assinar e, se minha assinatura faltasse numa única via, um promotor poderia me denunciar alegando que pretendo fraudar os recursos públicos”.

Aproveitando para criticar a judicialização do setor, citou outro exemplo para justificar o “seguro”: caso um secretário de Saúde não cumpra decisão que o obriga a fornecer, por exemplo, um cogumelo indiano contra disfunção erétil a determinada pessoa, vai preso. “Eu defendo que o Ministério Público continue atuando contra os maus gestores, o que não aceito é envolver todos na sujeira”, acentuou. “Se não, daqui a pouco ninguém mais vai querer ser gestor na área”. Para Agenor, é preciso tirar da gestão os que não têm respeito pela coisa pública, mas sempre respeitar os que estão comprometidos com a população. Ele ainda reclamou de que a economia feita e os gargalos tampados são pouco valorizados.

De sua parte, contou o esforço para tirar do Ministério da Saúde “organizações criminosas”, por meio de processos administrativos. E também para cumprir integralmente a Emenda Constitucional (EC) 29: “A gordura que existia no nosso orçamento até dois anos atrás foi cortada, com o apoio do presidente Lula”. Os desafios para este ano, segundo apontou o ministro, são a regulamentação da EC-29, a qualificação da Atenção Básica, a regulação da média e alta complexidade, a normatização da urgência e emergência e a regulamentação da assistência farmacêutica.

A TREZE EM DESTAQUE

Mas a principal pauta da reunião foi a 13ª Conferência Nacional de Saúde, a Treze. Se, por um lado, os conselheiros concordaram quanto à data do evento (*Radis* 54), por outro discordaram em relação ao tema central. A mesa-diretora sugeriu que a 13ª fizesse referência aos 20 anos da 8ª, realizada em março de 1986, aproveitando para avaliar os avanços do Sistema Único de Saúde e traçar estratégias para a superação dos problemas. “O SUS nunca esteve tão na berlinda como agora; há um movimento para modificar o sistema para pior”, disse Júnior — como é tratado por todos

o presidente do CNS —, justificando a necessidade de resgate dos princípios da 8ª. Na prática, o conselho estimularia municípios e estados a analisarem a atenção básica, secundária e terciária sob a luz dos pactos de Gestão, pela Vida e em Defesa do SUS.

Já a conselheira Raquel Maria Rigotto, representante do Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente, propôs que a conferência tratasse do desenvolvimento e seus reflexos na saúde da população. A idéia não agradou a todos. “O desenvolvimento deve ser discutido pelo país, temos que focar no SUS”, defendeu Lígia Bahia, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mas o presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, José da Rocha Carvalheiro, disse entender que as duas propostas não eram excludentes. O secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Antônio Alves de Souza, lembrou que a saúde contribui para o desenvolvimento do país — “A Anvisa regula 30% do Produto Interno Bruto nacional” —, mas acaba sendo vista pelo governo como despesa, e não como investimento.

Nas falas seguintes, outros temas surgiram: saúde como direito do cidadão, universalidade e integralidade. “Eu não discutiria essas questões, porque abriríamos brechas para revê-las; isso já está posto”, polemizou José Eri de Medeiros, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Na reunião ordinária de fevereiro — dias 12 e 13 —, os conselheiros finalmente decidiram que o tema central da Treze será “Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento”. E adiaram as etapas municipais: de 1º de abril a 5 de agosto, as municipais; de 15 de agosto a 15 de outubro, as estaduais.

Ainda no encontro de janeiro, em meio a tantas divergências os conselheiros concordaram em que as conferências estão sendo vulgarizadas — principalmente por conta do excesso de temáticas. Armando Bardou Raggio, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, chegou a propor que as etapas municipais aconteçam no mesmo dia em todo o país, numa tentativa de mobilizar a população e a imprensa, o que gerou nova polêmica.

Reconhecida a dificuldade da proposta na prática, a secretaria-executiva do CNS se dispôs a consultar os estados sobre a possibilidade de que promovam suas etapas no mesmo período. Também ficou acertado que o conselho não reconhecerá as deliberações de conferências regionais (que reúnem

municípios que não fizeram suas etapas). Os conselheiros ainda ratificaram a decisão de que, até novembro, nenhuma conferência temática seja promovida. Foi também consenso que o formato das conferências, que divide opiniões, seja discutido na 13ª.

Outra decisão unânime: desta vez, não haverá um documento-base, e sim um roteiro indicando as principais questões que precisam ser debatidas nos municípios e estados. Foi decretado ainda o fim das subcomissões de organização — por exemplo, de infra-estrutura e comunicação. A partir de agora, haverá apenas a comissão geral. Após intenso debate, que acabou rejeitando a proposta de mesa-diretora, o pleno do CNS estabeleceu que a comissão seja formada por 16 conselheiros (oito usuários, quatro trabalhadores e quatro gestores e prestadores de serviço) e quatro convidados (um de entidade que represente os municípios, um da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, um da academia e um da Plenária dos Conselhos de Saúde). O Ministério da Saúde destinou R\$ 9 milhões à 13ª CNS.

CNS X TERCEIRIZAÇÃO

O consenso predominou no debate seguinte — “Terceirização de gerências e gestão do SUS”: o CNS tem que fazer valer suas decisões sobre o tema. Em março de 2005, os conselheiros condenaram a terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) ou outros mecanismos com objetivo idêntico. E estabeleceram prazo de 12 meses para que os órgãos de gestão do SUS adotassem medidas para cumprir a deliberação — o que não aconteceu.

Como lembrou Sérgio Ricardo Góis, da Confederação Nacional do Comércio, o Ministério Público Federal determinou, em maio de 2006, o fim das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na cidade de São Paulo com base em deliberação do conselho municipal (*Radis* 43), mas a prefeitura recorreu da decisão. “Estados e municípios alegam autonomia administrativa para não respeitarem a decisão do conselho”, acrescentou a secretária-executiva do CNS, Eliane Cruz. “Essa é uma disputa política que devemos debater na 13ª”. Sérgio frisou que os conselheiros devem se municiar judicialmente para embate de igual para igual com os gestores.

O perigo, afirmou Antônio Alves, é o CNS ficar desmoralizado perante a opi-

nião pública porque suas resoluções não são cumpridas. “Nós podemos deliberar que a União não mais repasse recursos a hospitais cuja gestão foi terceirizada, mas precisamos cobrar a aplicação dessa decisão”, propôs. Enquanto isso, a terceirização avança — como destacou Lígia, citando o exemplo do Rio de Janeiro, cujo governador, Sérgio Cabral, anunciou a criação de uma fundação para contratar profissionais de saúde. “E olha que ele representa o novo na política”, comentou.

FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A Residência Multiprofissional em Saúde (RSM) — modalidade de ensino de pós-graduação destinada às profissões que se relacionam com a saúde e desenvolvida em ambiente de serviço (*Radis* 51) — foi outro tema da reunião. Em sua apresentação, o secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Francisco Eduardo de Campos, festejou a regulamentação da RSM, publicada dois dias antes do encontro. Segundo ele, este é um importante passo para melhorar a formação de estudantes, que normalmente se orientam para o modelo hospitalar sem ter em vista o trabalho no Programa Saúde da Família, por exemplo.

Carvalheiro quis saber de uma eventual aprovação da graduação em Saúde Coletiva, que há anos divide as opiniões dos sanitaristas (*Radis* 13). Francisco respondeu: “Eu não tinha uma opinião formada, mas o Naomar de Almeida [*reitor da Universidade Federal da Bahia*] e o Jairnilson Paim [*professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFBA*] conseguiram me convencer de que é uma boa proposta”. Um dos argumentos a favor: as pessoas estão aprendendo a gerir o SUS por tentativa e erro, já que menos de 5% dos cerca de 100 mil gestores da área no Brasil têm pós-graduação em Saúde Coletiva. “E nós precisamos reorientar essa lógica”.

Do lado contrário, os críticos afirmam que a graduação em Saúde Coletiva aponta para a formação de um profissional com competências que deveriam estar em todas as carreiras da área. Essa formação, afirmam, também empobrece duas características da saúde coletiva, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade: seria como dizer aos demais profissionais de saúde que o trabalho na área é privativo de um novo profissional. Além disso, com esse novo profissional ficaria intocado o modelo biomédico hegemônico. 

Comunicação (ainda) com ruído

Radis
rumo à 13ª

Um mês antes de sua 169ª reunião Ordinária, o Conselho Nacional de Saúde promoveu o 2º Seminário Nacional de Comunicação e Informação em Saúde, que atraiu 300 pessoas para dois dias de debate – 11 e 12 de dezembro – na Academia de Tênis Resort, em Brasília. Em meio às críticas recorrentes à cobertura da saúde na grande mídia, como no encontro de dezembro de 2005 (*Radis* 42), os participantes defenderam a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos, festejaram os resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (ver box) e apresentaram sugestões (antigas e novas) para o bom desempenho da comunicação em saúde.

Como resumiu a pesquisadora Ilara Hämmerli Sozzi (Ensp/Fiocruz), da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS, “a comunicação e a informação aumentam a capacidade argumentativa e o poder político dos conselheiros, assim como a capacidade propositiva, crítica e fiscalizadora dos movimentos sociais”. Não se pode reivindicar a equidade sem acesso a dados sobre a desigualdade, disse ela na mesa-redonda *Pacto pela democratização e qualidade da comunicação e informação em Saúde*, na tarde do primeiro dia do evento.

Na mesa-redonda *Democratização da comunicação e informação*, na manhã seguinte, o professor Valdir de Castro Oliveira, do Departamento de Comunicação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), acrescentou: a comunicação e a informação ajudam a dar visibilidade aos atores sociais, fazendo com que suas opiniões sejam vistas, ouvidas, comentadas e debatidas. Mas, apesar da importância do tema, comunicação e informação quase não aparecem na legislação da saúde, constatou o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, na mesa-redonda *Comunicação e informação em saúde: desafios para o controle social*, na tarde do dia 11. Na Lei 8.080/90 há apenas quatro incisos tratando do assunto. “Deveriam estar nos princípios do SUS”, sustentou.

Na abertura do seminário, Júnior festejou as ações de comunicação e informação do CNS, uma área que ele próprio

criticava devido à falta de interação entre o conselho nacional e os estaduais e municipais. Hoje, esse contato é diário, afirmou. A aproximação aconteceu graças ao Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS), cujo resultado final foi apresentado na tarde do dia 12 pela coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria-Executiva do CNS, Alessandra Ximenes, que gerenciou o projeto. “É um marco histórico porque agora o movimento social tem nome, endereço e telefone”, comentou Ilara.

Mas é preciso ampliar esse espaço de interlocução, avaliou Júnior, já que muitos conselheiros municipais nem sequer tomam conhecimento das ações do conselho de seus estados. “Eu mesmo não sei o que está acontecendo no do Rio Grande do Norte”, contou o português. Ilara também bateu na tecla da articulação. Segundo ela, é prioritária a informação aos conselheiros sobre a saúde da população, para que embasem suas demandas e atuem de forma solidária. “Mas sem prejudicar as agendas locais”, ressaltou. A pesquisadora propôs que o CNS mobilize os conselhos em torno de temas específicos, como a mortalidade materna, para que avaliem a situação em sua localidade.

POUCA DIVERSIDADE

Na palestra *Democratizar a política de comunicação e informação*, ainda no primeiro dia do seminário, o pesquisador Venício Lima, do Núcleo de Estudos sobre Mídia e Política da

Universidade de Brasília (UnB), discorreu sobre a concentração dos meios de comunicação no Brasil – por erro na definição das regras da radiodifusão, sua exploração foi delegada à iniciativa privada, sem limites para a atuação de grupos empresariais. Nos Estados Unidos, disse, há regras para a chamada “propriedade cruzada”, ou seja, uma emissora de TV não pode, por exemplo, editar um jornal impresso na mesma região. “No Brasil, TV, rádio, jornais e revistas estão concentrados nas mãos de cinco conglomerados, com hegemonia de um grupo”.

Para Venício, essa realidade traz sérias conseqüências à democracia, uma vez que a opinião pública tem pouca diversidade de visões e idéias para se formar. O pesquisador criticou o forte vínculo entre a radiodifusão e as oligarquias políticas regionais e locais, sobretudo no Norte/Nordeste. E o pior, disse, é que quem aprova as concessões de rádio e TV são os próprios deputados e senadores. “Portanto, quem concede, concede a si mesmo”. Venício propôs que se observe criticamente o sistema, acompanhando a renovação das concessões e avaliando se respeitam os interesses da população. O pesquisador também sugeriu a criação de conselhos de comunicação para, por exemplo, observar-se a formação de jornalistas. “A maior parte deles foi formada para servir à grande mídia, mesmo nas universidades públicas, quando deveria ser o contrário”.



Para Venício, a mídia alternativa deve ser valorizada, já que propicia o diálogo — a possibilidade de informar e ser informado. De acordo com o professor da UnB, há 4 mil rádios comunitárias legalizadas no país e 13 mil à espera de permissão para funcionamento legal. A comunicação alternativa também foi abordada na fala do jornalista Sérgio Gomes, diretor da Oboré (empresa especializada em comunicação popular), no dia seguinte. “Os conselheiros reclamam das barreiras entre eles e a grande imprensa, mas subestimam o poder dos pequenos radialistas, que estão em contato direto com a comunidade”, argumentou.

E não adianta reclamar das grandes redes de TV, que não mostram o lado positivo do SUS. “A verdade é que a imprensa ainda não aprendeu a cobrir a participação social”, sentenciou Aloísio Milani, editor-executivo da Agência Brasil, portal de notícias da estatal Radiobrás. Ele enfatizou que sua equipe tem se empenhado em preencher essa lacuna, acompanhando as conferências de saúde, por exemplo. E alertou: a comunicação dos conselhos não deve fazer o chamado “jornalismo chapa-branca”, sem a contraposição de idéias, e sim um

jornalismo voltado para o cidadão. O professor da UFMG Valdir de Castro Oliveira salientou que fazer comunicação não é apenas publicizar as ações do conselho: boletins, informativos e sites devem ser ferramentas para se promover a interação com a população, frisou.

NA INTERNET E NO PAPEL

Os conselhos de Santa Catarina, Amazonas e Curitiba apresentaram experiências de comunicação e informação na manhã do dia 12. Em Santa Catarina, partiu da Secretaria estadual de Saúde a iniciativa de criar-se o Portal do Controle Social em Saúde na Internet (<http://controlesocial.saude.sc.gov.br>). O site reúne os contatos dos conselhos no estado, sua composição, notícias sobre ações, legislação e indicadores de saúde.

No Amazonas, também foi criado um site (www.saude.am.gov.br/ces/index), um informativo impresso e o Alô Conselho, central telefônica que orienta a população e informa sobre os serviços de saúde no estado [(92) 3643-6349 e 3643-6377]. Na capital do Paraná, a comissão de comunicação e informação em saúde passou a produzir um informativo trimestral de seis pági-

nas. Com tiragem de 10 mil exemplares, é enviado a vereadores, deputados, faculdades e à rede (própria e prestadora de serviço) do SUS na cidade.

“Os conselheiros têm que entender de tudo, coitadinhos: precisam ser contadores, fiscais, psicólogos...”, brincou a pesquisadora da Ensp/Fiocruz Maria Eliana Labra. E pior, não recebem nada por isso, acrescentou. “Agora, têm mais uma função: promover a comunicação e a informação em saúde”. Na tarde do dia 12, os participantes do seminário foram separados em quatro grupos para a *Elaboração da agenda 2007 de comunicação e informação em saúde*. Todos pediram que os conselhos criem suas comissões de comunicação e informação em saúde.

Como no primeiro encontro, foi proposta a contratação de jornalistas que auxiliem no trabalho das comissões e a realização de uma conferência nacional sobre o tema. No encerramento do evento, Francisco Júnior reforçou que a comunicação e a informação têm muito a contribuir com o fortalecimento dos conselhos, principalmente ao estabelecer um diálogo com as bases, ou seja, com a população que essas entidades representam. (B. C. D.)

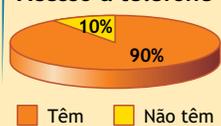
Retrato dos conselhos de saúde

Já está no site do CNS (http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html) a íntegra da versão preliminar de *Resultados do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde*, trabalho feito com ajuda do Datasus, o Departamento de Informática do SUS, que reúne dados coletados entre março de 2005 e setembro de 2006. Iniciado nos estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul, o cadastro contém informações sobre 5.091 — ou 91,07% — dos conselhos de saúde do país.

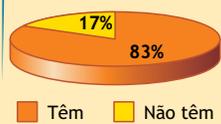
Desses, 556 não têm telefone, 902 não têm fax e 1.354 não têm e-mail. Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste, concentra o maior número de conselhos com acesso a ferramentas de comunicação como telefone (100%), fax (100%) e e-mail (95%), seguido por Espírito Santo (100%, 93% e 99%) e Rio de Janeiro (100%, 94% e 98%, respectivamente).

Além disso, *Resultados* levanta dados — nacionais e por estado — sobre o instrumento legal de criação dos conselhos, a periodicidade e os temas abordados nas reuniões,

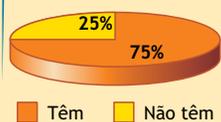
Acesso a telefone



Acesso a fax



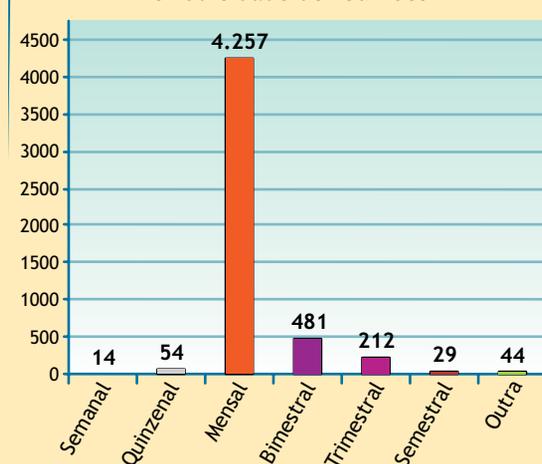
Acesso a e-mail



a adequação de cada um à Resolução CNS nº 333/2003, que trata da composição paritária, e o perfil dos presidentes.

Entre os cadastrados, por exemplo, 4.257 conselhos promovem reuniões mensais; 481, bimestrais; 212, trimestrais; 54, quinzenais; 29, semestrais; 14, semanais, e 44 conselhos, em outras periodicidades.

Periodicidade de reuniões



FONTE: CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE

Pela publicação fica-se sabendo que os presidentes de 3.198 conselhos são gestores. A secretária-executiva do CNS, Eliane Cruz, diz na apresentação esperar que as informações do CNCS, ao se tornarem públicas, sensibilizem movimentos sociais e gestores “para a necessidade de mudanças em algumas realidades ainda desfavoráveis”.

SERVIÇO

EVENTOS

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O evento tem como objetivo a construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com discussão de temas diversos como equidade, diversidade, sustentabilidade, soberania alimentar, direito humano à alimentação adequada, participação e controle social, descentralização e intersectorialidade. De acordo com o regimento, as conferências estaduais, precedidas pelas municipais, devem ocorrer até 30 de abril. O lema: "Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional".

Data 3 a 6 de julho de 2007

Local Fortaleza, Ceará

Mais informações

Tel. (61) 3411.3282/3825/3826

Site www.planalto.gov.br/consea/3conferencia/static/index.htm

E-mail 3conferencia@consea.planalto.gov.br

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA

Com o tema *Bioética: construção social e paz*, o congresso será organizado pela regional paulista da Sociedade Brasileira de Bioética, paralelamente ao 1º Congresso Mundial Extraordinário da Sociedade Internacional de Bioética (Sibi) e ao 1º Congresso da Redbioética/Unesco. O evento pretende discutir temas de importância para o século 21 nas áreas das ciências da vida e dos cuidados da saúde, considerando a realidade social, cultural e sanitária e propondo que a reflexão bioética forneça diretrizes para aplicação no cotidiano.

Data 27 de agosto a 1º de setembro

Local Centro de Convenções Rebouças, São Paulo (SP)

Mais informações

Site www.sbbioetica.org.br

E-mail eventos@scamillo.edu.br

INTERNET

AIDS EM COLETÂNEA

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) lançou um pacote de dois DVDs intitulado *VHdeo Americana*, que reúne aproximadamente

200 comerciais de TV sobre HIV/aids veiculados em 24 países de todo o continente americano (Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos, Uruguai e Venezuela). A antologia traz anúncios criados entre 1995 e 2005, estimula o uso da TV em campanhas anti-HIV e mostra as várias abordagens do assunto em diferentes culturas. A coletânea, por enquanto, não chegou ao Brasil, mas pode ser solicitada por e-mail (sales@paho.org).

Mais informações

Site www.paho.org/vihdeoamerica

SAÚDE EM ALMANAQUE

O mais recente número da publicação *História, Ciências, Saúde*, da Casa de Oswaldo Cruz (www.coc.fiocruz.br/), enfoca a importância dos antigos almanaques de farmácia como fonte de pesquisa na história dos medicamentos (volume 13, nº 4). Publicações como o *Almanaque do Biotônico*, de 1941, são revisitadas por Mario Luiz Gomes, que destaca a relação entre os impressos e as estratégias de promoção dos produtos farmacêuticos.

O texto pode ser baixado na íntegra no endereço www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/11.pdf

CHAMADA DE TRABALHOS**REVISTA DO ICICT/FIOCRUZ**

O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz) lançará em junho a *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS)*, sua primeira publicação científica eletrônica, bilingüe, de abrangência internacional e acesso livre. Reunirá conteúdos críticos sobre informação, comunicação e inovação em saúde, funcionando como um fórum multidisciplinar para

pesquisadores e alunos de pós-graduação brasileiros e de outros países – nas áreas das ciências da saúde, biológicas, humanas e sociais e das engenharias biomédica, agrônômica e de produção –, além de gestores públicos, pesquisadores e dirigentes de organizações bilaterais ou multilaterais e representantes de ONGs.

RECIIS se anuncia pluralista, não-doutrinária e aberta a contribuições que combinem linguagem acessível e rigor acadêmico. Os interessados podem enviar trabalhos para duas seções fixas: artigos originais, com 7 mil palavras, e pesquisas em andamento (projetos em execução ou concluídos; trabalhos de conclusão de doutorado e mestrado e monografias), com 2.500 palavras. Após avaliação e aprovação, os textos serão traduzidos pela RECIIS do português (Brasil) para o inglês ou vice-versa.

Mais informações

Tel. (21) 3865-3246

E-mail reciis@cict.fiocruz.br

LANÇAMENTO**HISTÓRIA DA SAÚDE****Febre amarela:**

a doença e a vacina, uma história inacabada, lançamento da Editora Fiocruz,

é coordenado pelo médico Jaime Larry Benchimol, que coletou dados que remontam às primeiras ações de combate à doença até a produção da vacina. A edição é parte das comemorações dos 25 anos de Biomanguinhos, unidade da Fiocruz que desenvolve e produz vacinas e kits para diagnóstico, traçando um panorama da saúde pública no século 20. "A obra sistematiza o esforço realizado no país para controlar a febre amarela", resume Akira Homma, diretor de Biomanguinhos e consultor da pesquisa.

**ENDEREÇOS****Editora Fiocruz**

Av. Brasil, 4.036, sala 112
Manguinhos

CEP 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

PÓS-TUDO

Qualidade, impacto e citação. Uma relação obscura

Reinaldo Guimarães*

Os *Anais da Academia Brasileira de Ciências* acabam de publicar dois artigos sobre a ciência no Brasil. Trata-se de mais uma consolidação da presença brasileira na base de dados ISI com o objetivo de construir um “quem é quem” entre nós.

O primeiro artigo discute o peso da colaboração internacional e o papel das redes, e o segundo, a identificação de núcleos temáticos de excelência. O método utilizado para a seleção foi o número de citações dos artigos com endereços brasileiros, arbitrado pelos autores em mais de 100, entre 1994 e 2003.

É apresentado também um ranking dos artigos mais citados entre os muito citados: aqueles com mais de 250 citações no período. Foram encontrados 37 artigos nessa categoria entre os 248 citados mais de cem vezes.

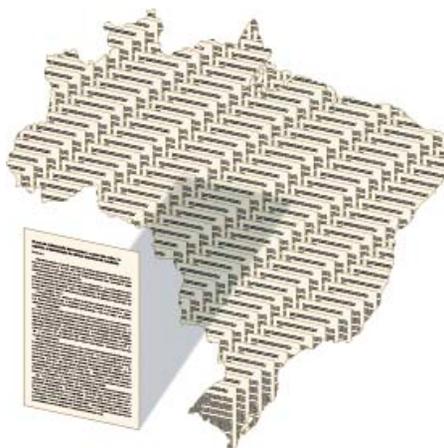
O uso continuado dessa base de dados como fonte de análises quantitativas tem provocado um duplo problema. Em primeiro lugar, o mérito e/ou a relevância das contribuições científicas e tecnológicas é remetida a uma categoria difusa denominada “impacto”. Em segundo lugar, o tal “impacto” é indicado pelo número de vezes que o artigo é citado por outras pessoas em periódicos que são indexados na base de dados que desenvolveu a categoria “impacto”.

A discussão é antiga, mas, conforme as redes de colaboração na pesquisa vão se tornando mais e mais extensas e difundidas, essa relação qualidade/impacto/citação vai se tornando, no meu modo de ver, impraticável.

Tomemos os 37 trabalhos considerados mais importantes porque tiveram mais “impacto” porque foram citados mais vezes pelos pares.

A primeira anomalia diz respeito à sua distribuição pelas áreas do conhecimento ou setores de atividade: dois terços (25) são pesquisas no campo da saúde humana.

Muito embora a pesquisa em saúde seja relativamente forte entre



nós, essa presença acachapante talvez decorra menos disso do que do modo pelo qual um certo tipo de pesquisa em saúde se organiza em todo o mundo, com uma participação considerável de pesquisadores de países como o Brasil (e, mais importante ainda, de pacientes desses países).

O exame dos 25 artigos após consulta ao Portal Capes (2 artigos não foram encontrados) revela um segundo problema, que me parece ainda mais importante. Mais da metade das 25 publicações no setor de saúde humana com mais de 250 citações (13) são ensaios clínicos multicêntricos para o teste de novas drogas ou procedimentos, bem como metanálises de outros ensaios.

Estes artigos possuem um número médio de 19 autores. Quatro outros artigos tratam do estabelecimento de consensos clínicos para a orientação da prática médica (média de 23,5 autores) e um artigo que estabeleceu a associação em nível mundial entre o herpes papiloma vírus e o câncer de colo uterino também foi selecionado. Os cinco artigos restantes versam sobre temas variados, com uma média bem menor de autores (11).

Na maioria dos ensaios clínicos multicêntricos, em particular aqueles patrocinados pela indústria (mas não apenas nestes), os protocolos são elaborados pelo patrocinador e os dados coletados são integralmente enviados, em estado bruto, para serem analisados pelo patrocinador. Nesses casos, a contribuição do endereço brasileiro participante da pesquisa de altíssimo

“impacto” não foi muito além de incluir pacientes e executar os procedimentos previstos no protocolo (além, naturalmente, de receber a remuneração pelos pacientes captados).

Dos 13 ensaios clínicos de alto “impacto”, seis foram financiados pela indústria de medicamentos ou de equipamentos. Os sete restantes foram financiados por entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, como o NIH, a União Européia etc.

Muito mais do que a imaginação, a originalidade, a invenção, a quebra de conceitos estabelecidos, o “impacto” como indicador de mérito ou relevância dessas pesquisas decorre da maneira pela qual ela é realizada. Mediante a construção de grandes redes de pesquisadores, todos tratando de captar pacientes sobre os quais é aplicado um protocolo padronizado. Meneghini e Packer**, aliás, chamam a atenção sobre esse fato quando registram uma média alta de autores e de países participantes por artigo.

A realização de ensaios clínicos financiados pela indústria ou por outras instituições externas, no Brasil, não deve ser desestimulada ou contida, desde que garantidos padrões éticos e práticas republicanas de remuneração por paciente captado.

No entanto, penso que vai uma imensa distância entre reconhecer os benefícios ao participar deles e colocá-los no panteão da pesquisa brasileira. E se estamos fazendo isso é pela persistência na utilização do “impacto” medido por citações como indicador do mérito ou da relevância de nossa produção.

A revista *Science* acaba de publicar (22/12) aquela que, na opinião de seus editores, foi considerada a pesquisa do ano de 2006 — a solução da Conjuntura de Poincaré pelo matemático russo Grigori Perelman. Pelo critério do “impacto”, Perelman e sua pesquisa não existem. Autor e obra são ausentes na base ISI. Parodiando os advogados, “fora do ISI, fora do mundo”. ■

** J Meneghini, R and Packer, AL. 2006. Articles with authors affiliated in Brazilian institutions published from 1994 and 2003 with 100 or more citations. Partes I e II. *An Acad Bras Cienc* 78.

*Médico, vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento da Fiocruz. Artigo publicado no JC e-mail, da SBPC, em 22/12/06.



Há um bom tempo esta revista é cidadã do mundo

Visite a versão *on-line* de **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** em
www.scielo.br/hcsm e www.coc.fiocruz.br/hscience



História, Ciências, Saúde – Manguinhos

é um periódico trimestral da Casa de Oswaldo Cruz, centro de documentação e pesquisa histórica da Fundação Oswaldo Cruz. A revista publica artigos originais, entrevistas, documentos e imagens relacionados com a história das ciências e da saúde.

Correspondência

História, Ciências, Saúde – Manguinhos
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 • 21040-900 • Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2209-4111 • Fax: (21) 2598-4437
E-mail: hscience@coc.fiocruz.br

Assinatura anual R\$ 55,00 INDIVIDUAL • R\$ 80,00 INSTITUCIONAL