

NESTA EDIÇÃO

Fundação Estatal  
de Direito Privado

RJ testa novo modelo  
de gestão do SUS e abre  
debate de especialistas

Insumos  
estratégicos



Polêmica sobre preços  
expõe os interesses que  
movem o mercado

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 58 • Junho de 2007

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

[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Impresso  
Especial

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

...CORREIOS...



## No centro do debate nacional

Marina Silva na Fiocruz:  
“Da mesma forma que  
exigimos energia para o  
país crescer, temos que  
exigir preservação”

# Mais perto do ensino em saúde

Em junho de 1991, a professora e pesquisadora Tânia Celeste Nunes coordenava os cursos descentralizados da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) quando foi convidada para comandar o RADIS. Ficou apenas um ano, mas afirma que lucrou com a experiência: via no programa a chance de aproximar duas áreas básicas, informação e ensino descentralizado em saúde pública - que ainda considera importante.



Por opção ideológica, Tânia formou-se, aos 17 anos, professora do ensino fundamental. Em 1972, graduou-se em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Em 1976, fez especialização em Saúde Pública na Ensp e, em 1987, mestrado em Saúde Comunitária na UFBA, um curso descentralizado da escola. Voltou à Fiocruz, no Rio, para o doutorado em Saúde Pública, concluído em 1998. De 1993 a 2001, foi diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que deixou para assumir a Vice-Presidência de Ensino e Recursos Humanos da Fiocruz. Coordenou a Escola de Governo em Saúde da Ensp. E, desde 2006, coordena o projeto da Ensp de Parcerias com as Escolas de Governo.

## Como foi sua chegada ao RADIS?

O convite me deixou balanceada. Na época, coordenava os cursos descentralizados da Ensp, com o objetivo de mudar o foco de curso para ensino descentralizado. Não era uma mudança de semântica, mas de metodologia e forma. Por isso começamos a estruturar subprojetos que traduzissem essa mudança, inclusive na informação. Tínhamos a proposta de levar a Ensp aos lugares mais distantes, mediante cursos, trabalhando com ex-alunos. Daí ter aceitado coordenar o RADIS. O programa tinha todo o potencial de aproximar ensino em saúde e informação.

## Como era o trabalho na época?

O RADIS estava vinculado exclusivamente à Ensp. Na época, Paulo Buss, atual presidente da Fiocruz, era o diretor da escola, e Álvaro Nascimento, o editor das publicações. Também trabalhavam conosco Rogério Lannes e Caco Xavier, além do pessoal da administração. Era uma equipe muito interessante, que conseguia interagir com facilidade. A cada oito dias, mais ou menos, nos reuníamos para conversar sobre pautas. Eu fazia a revisão final das matérias, a análise mais profunda do conteúdo de saúde, e compartilhava com a equipe a preservação da linha editorial do programa, como também da escola. Aprendi muito. Costumava dizer que eles tiravam as franjas do meu texto.

## E a relação com o governo?

Não foi uma época fácil. Estávamos em pleno governo Collor. No Ministério da Saúde, o ministro [Alceni Guerra] tinha muita desconfiança da Ensp, embora mais tarde passasse a se relacionar muito bem conosco. Mas era uma

época de muita tensão. A dificuldade maior era produzir matérias críticas - papel do RADIS - e não expor a escola. Álvaro e toda a equipe souberam fazer isso muito bem: produzir matérias críticas e ser parte, ao mesmo tempo, de uma escola do Ministério da Saúde. Vivíamos ainda um período de total desqualificação do setor público. Ligávamos a TV e assistíamos aos apresentadores de telejornais dizendo que o trabalhador público era um preguiçoso. E havia ainda dificuldade de financiamento. Era a década das reformas, todos estavam com orçamentos apertados.

## Por que sua estada foi tão curta?

Todo o tempo eu achava que o RADIS deveria ser dirigido por jornalistas, que os jornalistas deveriam se formar mais em saúde. Era preciso fazer essa passagem a um jornalista capacitado na área. E isso aconteceu logo depois, quando assumiu Álvaro Nascimento.

## Houve mudanças editoriais?

Não. As revistas *Dados*, *Súmula*, *Tema* e o jornal *Proposta* foram mantidos. As mudanças se deram na estrutura. Compramos computadores e discutimos a lógica da organização do arquivo, para que tivesse mais visibilidade. Foi um momento importante para mim, que tinha a cabeça na área do ensino, e para a equipe jornalística, que tinha necessidade grande de avançar no debate crítico sobre a saúde pública.

## Qual o papel do RADIS na época?

Primeiro, o de preservar-se uma entidade do Ministério da Saúde e, ao mesmo tempo, seu sentido crítico. Tínhamos também como objetivo aproximar a proposta jornalística do RADIS com o ensino descentralizado. Lembro que a coordenação dos cursos descentralizados da Ensp e o RADIS produziram juntos um seminário que consolidou a idéia de rede de escolas de saúde. A idéia era que o RADIS entrasse de uma vez na rede e se colocasse a serviço da informação, para tornar mais sólidos os cursos da Ensp. A proposta não vingou muito depois que saí. Acho que, por um lado, porque o RADIS foi se desenhando mais como um projeto jornalístico e, por outro, porque os cursos descentralizados da Ensp sofreram certa retração. No lugar deles entrou o Ensino a Distância. De qualquer maneira, são idéias que estão na roda e que eu não desisti de buscar.

## E para o futuro?

Acredito ainda no casamento do RADIS com os cursos descentralizados. Vejo o programa como âncora vigorosa do ensino a distância. Acredito que a gestão do ensino escolar no Brasil e o fortalecimento de um sistema de informação brasileiro para o serviço de saúde não passam apenas por bibliotecas fortes, a exemplo da Biblioteca Virtual da Saúde da Fiocruz, como também por programas de comunicação como o RADIS, que tem capacidade de capilarizar tanto a rede de unidades de saúde como a rede de escolas de formação. (K.M.)

25 ANOS DE PENSAMENTO SANITÁRIO



RADIS  
1982  
2007



## Debates pela vida

Nossa matéria de capa destaca o pensamento de três batalhadores por uma vida melhor para esta e as futuras gerações. Colocamos lado a lado conferências proferidas em diferentes aulas inaugurais pelo bioeticista italiano Giovanni Berlinguer, a líder dos agentes comunitários de saúde Tereza Ramos e a ministra do Meio Ambiente, Marina Silva. Como se fora um único discurso, emergem falas contra as iniquidades, pela continuidade do trabalho cotidiano de atenção à saúde e uma lúcida defesa do meio ambiente.

Preocupada com o impacto das mudanças climáticas sobre a saúde, Marina Silva defendeu sustentabilidade para o desenvolvimento. "Da mesma forma que exigimos energia para o país crescer, temos que exigir preservação", disse, sob intensos aplausos.

Ainda nesta edição: cinema americano faz merchandising de cigarro e, no Brasil, cresce a morte no campo, enquanto avança a Reforma Psiquiátrica e o país garante o licenciamento compulsório de medicamento contra a Aids. A presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Sonia Fleury, argumenta que romper o silêncio e descriminalizar é o que realmente previne o aborto. Em debate também a Fundação Estatal de Direito Privado, como novo modelo de gestão para as unidades do SUS.

A expressão de diferentes opiniões renova nossa linha editorial, com o pensamento de quem atua na área da

saúde. Abertas à reflexão, as leitoras Cláudia Kamel, do Rio, e Wanessa Aquino, de Juiz de Fora (MG), escrevem sobre o que requer uma política nutricional acessível à população.

Aos leitores Josenilton Dias, de Jequié (BA), e Fernando Jardim, do Rio, que destacaram a qualidade da capa da edição 55, revelamos um pouco dos bastidores da revista *Radis*. O tema seria a histórica reunião do Conselho Nacional de Saúde que deu posse a Francisco Júnior, o primeiro presidente eleito do CNS. Pronta a capa, com foto já dimensionada para abrir espaço às manchetes, a conclusão da reportagem sobre o Orçamento da Saúde para 2007, que continha dados atualizados e debates relevantes, levou-nos a mudar tudo já no fechamento da edição. O que obrigou nosso editor de arte a trabalhar no Carnaval, para produzir a versão final da elogiada capa.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS



### Comunicação e Saúde

- ♦ Mais perto do ensino em saúde 2

### Editorial

- ♦ Debates pela vida 3

### Cartum

- 3

### Cartas

- 4



- Súmula 5



- Toques da Redação 7



### Fundação Estatal de Direito Privado

- ♦ Um novo modelo de gestão em debate 8
- ♦ Entrevista: Sérgio Côrtes "A esfinge da saúde do Rio já foi decifrada" 10

### Assistência farmacêutica

- ♦ Conselho Federal critica "volta ao passado" 11

### Determinantes sociais da saúde

- ♦ Três ativistas e seus saberes vitais 12

### Radis adverte

- 15

### Insumos estratégicos

- ♦ Melhor preço ou menor preço? 17

### Serviço

- 18

### Pós-Tudo

- ♦ Aborto: descriminalizar para prevenir 19

## CARTUM



C.P.  
&  
A.D.



## CARTAS

## TRANSIÇÃO NUTRICIONAL



Gostaria de parabenizar o RADIS pela excelente matéria do mês de abril, sobre alimentação. É com muito pesar que assistimos diariamente milhares de jovens em todo o mundo tentando adequar suas imagens ao dito padrão imposto pela “ditadura da aparência”. A entrevista com a coordenadora do núcleo de Doenças da Beleza e do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social da PUC-Rio, Joana de Vilhena Novaes, foi lúcida e trouxe à luz as questões socioculturais embutidas nesse novo movimento – que ela tão bem elucidada na entrevista –, em que beleza e magreza são as moedas

de troca, abrindo portas para se existir socialmente, uma vez que a imagem da pessoa magra e bela é quase a personificação da imagem de sucesso.

A reportagem aponta também para as propostas do Ministério da Saúde no sentido de trazer à tona a questão da alimentação saudável e, entre elas, o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, com dicas de alimentação mais saudável. Neste ponto, fico perplexa em constatar que as ações voltadas para a população ainda estejam totalmente voltadas para o cidadão de classe média, pois os das classes mais populares ou aqueles situados abaixo da renda mínima mensal não podem (apesar de muito desejarem) sequer pensar em adotar nenhuma das propostas sugeridas por tal guia. Como podemos sugerir o consumo diário de pelo menos 6 porções de cereais, tubérculos e raízes a uma gorda parcela da população que, se tiver sorte, consumirá uma única e pobre refeição por dia?

Continuando: “(...) Consumir pelo menos 3 porções de frutas, legumes e verduras diariamente... (...) Leites e derivados devem estar no cardápio... (...) Uma porção de carne, peixe ou

ovos garante boas fontes de todos os aminoácidos essenciais...”

Poderíamos continuar aqui apontando os inúmeros e sucessivos equívocos do governo federal que, em vez de gastar sua preciosa verba em materiais educativos (para a população) descontextualizados, deveria pensar em como reorganizar as propostas nutricionais que tivessem em mente o brasileiro comum, de baixa renda. Por que não pensar em combinações alimentares de alto valor nutricional e de baixo custo? Por que não investir em pesquisas, ou melhor, por que não valorizar os dados de pesquisa que apontam as inúmeras vantagens da dieta vegetariana – infinitamente mais acessível e menos poluidora?

A questão que procede neste tipo de discussão continua valendo: estaria de fato o governo federal genuinamente interessado na melhoria da qualidade de vida de todos os brasileiros de forma equânime, geral e irrestrita? Vale a reflexão!

♦ Cláudia Kamel, mestre em Ensino em Biociências e Saúde, Grupo CASA/IOC/Fiocruz, Rio de Janeiro

## EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal  
Tiragem 56.000 exemplares  
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

Ouviodoria Fiocruz  
Telefax (21) 3885-1762  
Site [www.fiocruz.br/ouviodoria](http://www.fiocruz.br/ouviodoria)

## PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco

## 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 e Fábio Renato Lucas

Informática Osvaldo José Filho e Gabriel  
Bittencour Cardoso (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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

## Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

**USO DA INFORMAÇÃO** – O conteúdo da revista Radis pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

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.

Quero parabenizar a *Radis* pela reportagem “Um padrão pouco saudável”. Sou nutricionista em Juiz de Fora (MG) e tenho observado a mudança de perfil antropométrico e de hábitos alimentares da classe média e da população de baixa renda em minha atividade no setor público da saúde. Atualmente, estou inserida num projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como colaboradora voluntária, e temos trabalhado com mulheres com sobrepeso e obesidade numa Unidade Básica de Saúde de forma a orientá-las a melhor utilizarem seus poucos recursos para perderem peso e também adquirirem hábitos mais saudáveis de alimentação e de vida. Minha cidade, de cerca de 500 mil habitantes, não tem nutricionista contratado pela prefeitura para atuar na Atenção Básica no sistema público de saúde, infelizmente.

Em minha monografia do curso de especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde da UFJF intitulada “Implementação da educação nutricional no serviço público: visão de profissionais de saúde e de usuários” pude verificar a dificuldade de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, numa UBS da cidade,

na orientação nutricional. Eles se sentem sem referência na área, e reivindicam a inserção do nutricionista nas discussões sobre transição nutricional. Mais de 90% dos usuários acreditam que a alimentação interfere na qualidade de vida e o fator educacional é tão importante quanto o financeiro na determinação da boa alimentação. Esta minha pesquisa recebeu Menção Honrosa pelo Ministério da Saúde no Prêmio de Incentivo a Melhorias do SUS 2006, em cerimônia realizada em 6/12/2006, em Brasília.

A reportagem traz à tona uma discussão importantíssima para a saúde pública, já que a obesidade predispõe a várias doenças crônico-degenerativas; além disso, há a estigmatização do indivíduo com excesso de peso como fraco de caráter e incapaz. Há de se sensibilizar nossos gestores para que percebam que a transição nutricional é problema de saúde pública que precisa de investimentos em recursos humanos e financeiros.

♦ Wanessa França da Silva Aquino, Juiz de Fora, MG

\* O trabalho premiado de Wanessa está publicado no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz/radis/58/web-01.html](http://www.ensp.fiocruz/radis/58/web-01.html))

#### COM CORTES, MAS FORTES

A edição nº 55, sobre o orçamento da Saúde, estava muito interessante, a começar pela capa, um excelente trabalho. Orçamento este que a cada ano sofre com cortes e desvios os mais inimagináveis. Mas estamos fortes, lutando pelo SUS dos nossos sonhos, quando poderemos falar com orgulho de suas qualidades e conquistas.

♦ Josenilton Matos Dias, estudante de Enfermagem, Jequié, BA

Além do habitual conteúdo de alta qualidade, a *Radis* 55 apresentou uma capa muito oportuna que, sozinha, já antecipa o debate de um delicado assunto: os cortes no orçamento da saúde. Assim, parabênzo a equipe na pessoa do editor de Arte, Aristides Dutra, pela capacidade de síntese em assunto tão complexo e de interesse de toda a sociedade.

♦ Fernando Nagib Jardim, Rio de Janeiro

#### NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

## SÚMULA

### BRASIL DECRETA LICENCIAMENTO DO EFAVIRENZ

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou em 4 de maio decreto que oficializou o licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, do laboratório Merck. É a primeira vez que o Brasil ultrapassa a fase da “declaração de interesse público”, que o ministro José Gomes Temporão determinou pela Portaria nº 886, de 24/4. O Merck tinha sete dias para se pronunciar, mas ofereceu desconto de apenas 30%, que o governo rejeitou. O laboratório cobra da Tailândia, por exemplo, US\$ 0,65 por comprimido de 600 mg, mas cobra do Brasil US\$ 1,59 – 145% a mais. O Efavirenz é usado por 38% dos pacientes brasileiros, ou 75 mil dos quase 200 mil em tratamento da aids.

O Brasil gastaria em 2007 US\$ 42,9 milhões com o Efavirenz, e com o licenciamento economizará US\$ 30 milhões. O ministro Temporão reprova a expressão “quebra de patente” tão usada pela mídia – o correto é licenciamento compulsório, disse ele à revista *Carta Capital* de 28/4, porque o país pagará 1,5% de royalties à Merck, como prevê o artigo 31 do Trips, o acordo internacional sobre direitos de propriedade intelectual. O governo importará versões genéricas do Efavirenz de laboratórios qualificados pela OMS, como os indianos Cipla, Ranbaxy e Aurobindo. A partir de julho de 2008, o Efavirenz será produzido por Farmanguinhos/Fiocruz, no Rio, e Lafepe, em Pernambuco. O projeto de pesquisa e desenvolvimento custará R\$ 1,1 milhão.

O licenciamento compulsório já foi usado por Itália e Canadá para produtos farmacêuticos, como também

por Moçambique, Malásia, Indonésia e Tailândia, para anti-retrovirais.

### PROMOÇÃO DE CÂNCER NO CINEMA

Pesquisa da Harvard School of Public Health (Estados Unidos) concluiu que os 50 filmes de maior bilheteria num período de 12 meses exibiram 12,8 cenas com fumantes por hora – o maior índice dos últimos 10 anos, informou matéria do jornal britânico *The Independent* (que a *Folha* reproduziu em 24/4). A Universidade da Califórnia afirma que até 75% dos filmes produzidos em Hollywood incluem cenas em que personagens fumam; nas fitas infantis, o índice chega a 36%. (O filme de 2005 *Obrigado por fumar*, de Jason Reitman, dá uma boa idéia de como é fácil fazer merchandising em Hollywood.)

Harvard vem divulgando pesquisas publicadas em *The Lancet* e *Pediatrics*, segundo as quais crianças de 10 anos que vêem pessoas acendendo cigarro na tela têm 2,7 vezes mais probabilidade de começar a fumar. O reitor Harry Bloom questionou, a executivos de Hollywood, o sistema de classificação de filmes, que segue critérios como linguagem chula, mas não o fumo. “Ninguém até hoje morreu por ouvir palavrões, mas todos os anos 5 milhões morrem de doenças ligadas ao fumo”, disse. “Se vocês forem honestos, reconhecerão que a maioria das cenas de cigarros é desnecessária”.

A escola fez campanhas famosas de saúde pública. Uma delas, que a TV encampou nos anos 80, é que nas noites o grupo escolha um motorista que ficará sóbrio enquanto os demais bebem: em três anos houve queda de 25% das mortes por uso de álcool ao volante nos EUA.



**A MARCA DA 13ª CNS**

A 13ª Conferência Nacional de Saúde já tem logomarca (à esquerda). De 14 a 18 de novembro, em Brasília, sob o tema “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento”, a 13ª deve reunir, pela estimativa dos organizadores, 3.064 delegados. A logo pode ser baixada do site do Conselho Nacional de Saúde: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_13confere/Logo\\_final\\_13.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_13confere/Logo_final_13.pdf).



## O AVANÇO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

“Pode-se dizer que o Brasil deixa de ser, no caso da psiquiatria, um país hospitalocêntrico”, disse ao *Globo* (24/4) o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado. O programa “De volta para a casa”, criado em 2003, já paga R\$ 240 mensais como apoio, previsto na Lei nº 10.216, de abril de 2001 (*Radis* 38), às famílias de 2.519 pacientes – que são cuidados em casa e tratados em postos de saúde ou nos mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial (Caps). O ministério calcula que tenham sido desativados até 11 mil leitos em hospitais psiquiátricos, restando hoje no país 39 mil leitos. Pedro Delgado conta que em dezembro de 2006, pela primeira vez na história da psiquiatria do SUS, o investimento extra-hospitalar, de 50,5%, foi superior ao gasto com hospitais. “O modelo está mudando.”

## DRU E CPMF ATÉ 2011

O governo enviou à Câmara a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 50/07, que prorroga a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) até 31 de dezembro de 2011. O prazo atual termina em 31/12 (*Radis* 48). Nos últimos anos, a DRU foi responsável por quase 60% do total dos recursos livres da União, e a receita da CPMF em 2006 foi de R\$ 32 bilhões, informou a Agência Câmara.

Para acompanhar a tramitação: [www2.camara.gov.br/proposicoes](http://www2.camara.gov.br/proposicoes)

## CRESCE A VIOLÊNCIA NO CAMPO

A Comissão Pastoral da Terra (CPT) lançou em 16/4 o relatório 2006 sobre *Conflitos no Campo no Brasil*, documento anual que reúne, desde 1985, denúncias de violação de direitos humanos na área rural. Neste relatório a CPT conclui que nas regiões com maior mobilização dos movimentos sociais (como no Centro Sul), o índice de violência é menor, se comparado ao da Região Norte. Na opinião da CPT, ao contrário do que afirma o senso comum, o dado revela que a ação dos movimentos sociais contribui para o diálogo. A violência ocorre onde não há organização social.

A Amazônia, por exemplo, responde por 15,3% das ações organizadas, enquanto o Centro-Sul chega a 44,5%.

Pela lógica, diz o relatório, se os conflitos fossem causados pela ocupação de terras, a região seria a de maior incidência de conflitos. Mas registra apenas 25,2% do total do país. A Amazônia foi foco de 45,6% dos conflitos.

Para a Pastoral, no centro da violação de direitos no campo está o modelo de agronegócio e expansão da fronteira agrícola. O representante episcopal da CPT, Dom Ladislau Berniaski, cobra a atualização dos índices de produtividade no campo, que datam da década de 70, e a aplicação da reforma agrária. “Não dá para fazê-la sem mexer na atual estrutura fundiária: mesmo que uma terra seja muito produtiva, não pode ter 2 milhões de hectares”.

## BRASIL DOS DIREITOS SOCIAIS MÍNIMOS

A “Constituição-Cidadã” de 1988 consagrou antigos direitos sociais, criou novos e projetou uma sociedade mais justa e civilizada. Quase 20 anos depois, a tendência é que a população brasileira tenha os direitos reduzidos a certos “mínimos sociais”, em programas voltados aos mais pobres. A conclusão é do professor Denis Maracci Gimenez, do Instituto de Economia da Unicamp, na tese de doutorado “A questão social e os limites do projeto liberal no Brasil”, informa o *Jornal da Unicamp* nº 356, de 23/4 a 6/5 ([www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/abril2007/ju-356pag03.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/abril2007/ju-356pag03.html)). “Há um processo de adequação da questão social à ordem econômica liberal, em que a lógica do necessário é substituída pela lógica do possível”, diz o autor. A pesquisa, de 300 páginas, aborda a estagnação econômica que vem desde 1980 e, neste recorte de tempo, os 15 anos de projeto liberal.

## NOVO SECRETÁRIO DA SAS

O professor José Carvalho de Noronha, do Departamento de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (DIS/ICict/Fiocruz), é o novo secretário de Atenção à Saúde. Sanitarista histórico, a partir de 2005 respondeu pela representação do Ministério da Saúde no RJ e era assessor de José Gomes Temporão desde a posse do ministro, em março.

## SUBCOMISSÕES NA CÂMARA

O plenário da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados definiu em abril a composição das três novas subcomissões permanentes e das especiais. A da Saúde será presidida, como previsto (*Radis* 56), por Alcení Guerra (DEM-PR, o ex-PFL); a da Previdência Social, por Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP); e a da Assistência Social e Família, por Eduardo Barbosa (PSDB-MG).

A Subcomissão Especial do Idoso terá como presidente João Bittar (DEM-MG); a de Saúde da Mulher e Planejamento da Família, Cida Diogo (PT-RJ) e a de Controle Social e Participação Popular no Âmbito das Políticas da Seguridade Social, Dr. Rosinha (PT-PR). Para comandar a Frente Parlamentar da Saúde, foi eleito pela terceira vez consecutiva o deputado Rafael Guerra (PSDB-MG). Integram a frente 240 deputados e 25 senadores. ■

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

## Os conflitos em números

**39** assassinatos, contra **38** em 2005

**72** tentativas de assassinato, contra **26** em 2005

**39** agressões a quilombolas

**7.028** vítimas de exploração, em **109** casos

**262** casos de trabalho escravo (Norte do país)

**1.657** conflitos por terra, água, trabalhistas etc. (queda de **11,91%** em relação a 2005, com **1.881** conflitos)

**151** conflitos de terra no Pará

**134** em São Paulo

**123** em Pernambuco

**101** na Paraíba

**76** no Paraná

**917** trabalhadores rurais presos em todo o país (contra **261** em 2005)



## toques da redação

**DIÁLOGOS DA REPÚBLICA 1** — Na entrevista do jornalista Paulo Henrique Amorim (PHA) com o pesquisador do Ipea Gabriel Ulyssea (GU), no *Conversa Afiada* (<http://conversa-afiada.ig.com.br/>) de 9/4/07, o técnico contou que o Bolsa-Família foi responsável pela redução de 10% na desigualdade de renda (os dados constam do livro *Desigualdade de renda — Uma análise da queda recente*, organizado pelos economistas Ricardo Paes de Barros, o próprio Gabriel e Miguel Foguel).

**PHA** — Por família, quanto dá o Bolsa-Família?

**GU** — O máximo é R\$ 95.

**PHA** — Então esta história de que o Bolsa-Família é um assistencialismo, que vicia o pobre, você não concorda?

**GU** — Não, que vicia o pobre não concordo.

**PHA** — Porque [o filho] tem que estudar. É como diz o José Márcio Camargo [PUC-Rio], citado pela Miriam Leitão: quando alguém faz mestrado com bolsa do governo ninguém diz que é assistencialismo, não é isso?

**GU** — É isso.

**PHA** — Você fez mestrado e doutorado com bolsa do governo?

**GU** — Eu fiz mestrado e vou fazer doutorado com bolsa do governo.

**PHA** — E você se considera assistencializado?

**GU** — De jeito nenhum, nem viciado.

**DIÁLOGOS DA REPÚBLICA 2** — No programa *Roda Viva* (TV Cultura) de 16/4/07, o ministro José Gomes Temporão (JGT) discorria sobre os avanços na saúde. Foi interrompido pelo jornalista da *Veja* Reinaldo Azevedo (RA).

**RA** — O senhor tem que reconhecer que isso é uma continuação da política de Fernando Henrique.

**JGT** — Reconheço. Há muito tempo a saúde é política de Estado.

**FRASE 1** — “Tomem cuidado. Estão querendo aproveitar essa discussão sobre o aborto para tentar reduzir a idade mínima para esterilização. Isso não é planejamento familiar, é controle da natalidade. Sou radicalmente contra.” (Temporão ao *Extra* de 13/4)


**FRASE 2** — “Os médicos sabem quando o aborto é provocado. (...) E mandam tomar cuidado com o *tombotec*.” (Vera, auxiliar de enfermagem de hospital, à repórter de *O Dia* que, para matéria publicada em 15/4, conseguiu comprar o abortivo Citotec em dois camelôs do Rio — em casos malsucedidos, a paciente alega no hospital: “Estava grávida e cai da escada”).

**PROPAGANDA 1** — Os repórteres da coluna andam revoltados com a propaganda brasileira. Nosso veterano **Fontes Fidedignas** quer urgentemente a restrição da propaganda de remédios. E não apenas porque isso trará grandes benefícios à saúde da população. É que ele não agüenta mais o anúncio de uma tal Mantecorp, no qual um coral de alegrinhos canta as maravilhas fabricadas por este laboratório. “Distorção macabra do que seja felicidade!”, brada o injuriado Fontes pela redação.

**PROPAGANDA 2** — Fontes também ficou indignado ao saber que o Sindicato Nacional da Indústria de Cerveja recorrerá à Justiça contra a iminente regulamentação, pela Anvisa, da propaganda de bebidas alcoólicas, indústria que faturou R\$ 22 bilhões em 2006. “Recurso indefensável”, sentencia ele, contrário à propaganda de remédio, bebida, cigarro, comida, brinquedo. “Na Suécia não se criam!”. Fontes lembra que nesta sociedade europeia avançadíssima são proibidos, entre outros, anúncios dirigidos a crianças e jovens. “O modo como

se faz a propaganda é intolerável, a legislação é absolutamente leniente, protege a cerveja”, disse à *Folha* (13/4) Pedro Gabriel Delgado, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que acrescentou: “A advertência sobre beber com moderação soa irrelevante”. Fontes, irado, vai além: “É patética!”

**PROPAGANDA 3** — O outro repórter da coluna, o novato **Inocência Foca**, implica com os anúncios do novo Palio, que diz que “você não vai mais conseguir viver sem emoção”. E protesta: “Emoção ao volante é sinônimo de acidente!”

**ALERTA SOBRE CÓLERA** — Pesquisa do Departamento de Microbiologia do Instituto de Ciências Biomédicas da USP encontrou o vibrião do cólera em quatro de 105 amostras retiradas da água de lastro de navios em sete portos: Belém, Fortaleza, Recife, Sepetiba (RJ), Santos (SP), Paranaguá (PR) e Rio Grande (RS), afirma nota da Agência Fapesp (10/5). A água de lastro, que os cargueiros usam como contrapeso, é transportada de um país a outro e pode disseminar espécies alienígenas potencialmente perigosas. A Convenção Internacional para Controle e Gestão da Água de Lastro e Sedimentos de Navios, aprovada em 2004 pela ONU, precisa ser ratificada por pelo menos 30 países para entrar em vigor. Até lá, as autoridades sanitárias regionais têm que abrir o olho, por mais complicado que seja esse controle, já que a água de lastro deixou, recentemente, de ser prioridade para a Anvisa. 



# Um novo modelo de gestão em debate

Katia Machado

A gestão hospitalar é um dos maiores desafios do ortopedista Sérgio Côrtes, secretário estadual de Saúde do Rio (entrevista na pág. 11). O tema é de relevância permanente para o estado, que concentra 28 unidades do Sistema Único de Saúde — são 16 hospitais, dois postos de atendimento, um laboratório, um centro psiquiátrico e um centro de tratamento de usuários de drogas —, a maioria com problemas graves.

Logo que assumiu a secretaria, em janeiro de 2007, Sérgio Côrtes encontrou hospitais em situação de caos (*Radis* 54), com superlotação, pacientes nos corredores, elevadores e aparelhos quebrados, leitos desativados, obras paralisadas. Os problemas, que não eram novos, evidenciavam a necessidade de novos modelos de gestão, como os especialistas afirmam há tempos, entre os quais o médico-sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Unicamp. Segundo ele, a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e normas posteriores trouxeram algumas novidades organizativas, como a gestão participativa, o controle social, a municipalização e a criação de fundos de saúde. Mas a reforma da organização e da gestão do SUS ficaram esquecidas.

As normas de gestão de hospitais ou centros de saúde, de contratação e gestão de pessoal e de avaliação e planejamento são semelhantes às de outros setores da administração pública, não atendendo, portanto, às diretrizes e aos princípios do SUS. “Neste sentido, tenho defendido que deveríamos construir, pelo debate democrático, um novo modelo organizacional para hospitais, policlínicas, serviços de saúde e, particularmente, para a gestão de pessoal”, diz Gastão.

Na mesma linha de pensamento, a advogada Lenir Santos, especialista em direito sanitário, constata que a gestão pública não se modernizou para atender aos novos encargos trazidos pela Constituição, apesar de ter avançado na garantia do direito à saúde. “Continuamos com

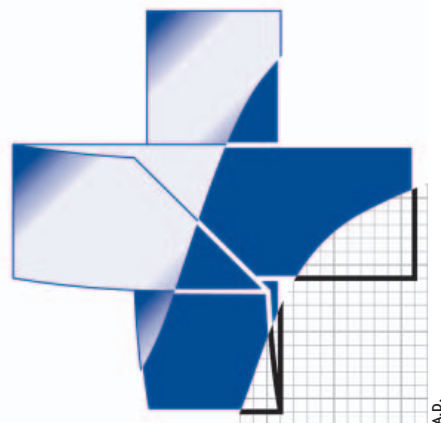
uma gestão emperrada, difícil, arcaica, privilegiando controles cartorários em detrimento dos resultados”, diz. E, sendo o SUS um sistema complexo, sob o ponto de vista político-administrativo, requer-se a permanente interação dos entes federativos, de parcerias e cooperações. “Modernizaram razoavelmente as empresas públicas que atuam em áreas econômicas, mas esqueceram da área social”.

## GESTÃO RESPONSÁVEL

A advogada defende uma política de gestão responsável, com metas a serem cumpridas, avaliação de resultados, “agilidade compatível com o bem protegido, que é a vida humana”. Lenir concorda com o projeto de Fundação Pública ou Estatal de Direito Privado, proposto pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que tem como colaboradora a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) para a execução da idéia no Estado do Rio. É a mesma proposta que Sérgio Côrtes trouxe para a gestão dos hospitais do estado, buscando a solução de problemas como má remuneração (o Rio tem um dos cinco salários mais baixos da saúde) e de má gestão administrativa.

A premissa básica da fundação é a gestão por contrato, com metas de produção, qualidade, transparência nas contas e forte responsabilização do gestor, com perda de mandato quando os compromissos assumidos são descumpridos injustificadamente. “A estrutura da fundação estatal romperá com o formato engessado da administração pública direta e autárquica”, explica Lenir.

Não tendo orçamento público, as fundações se relacionam com seu órgão supervisor (ministérios e secretarias de estado). Pedro Barbosa, coordenador de Desenvolvimento Institucional e Gestão da Ensp/Fiocruz, acrescenta que a fundação pública ou estatal prevê a participação de um conselho de curadores composto, majoritariamente, por quadros do estado e representantes da sociedade nos conselhos de saúde, além de uma diretoria-executiva. Ficam assim sujeitas aos controles dos tribunais



de Contas da União, do Ministério da Saúde e dos estados.

Pedro é defensor antigo desse modelo. Em dezembro de 2004, a Ensp foi convidada a participar da formulação de um novo modelo de gestão para os hospitais federais do Rio de Janeiro, após a grave crise do sistema de saúde carioca (*Radis* 33). Responsável pelo projeto de conversão de hospitais e institutos do Ministério da Saúde em Fundações Governamentais (Públicas e Estatais) de Direito Privado, Pedro afirma que as fundações estatais dão ao campo administrativo maior autonomia na área orçamentária, “sendo os recursos oriundos exclusivamente do SUS”.

Para Lenir Santos, a fundação nada mais é que uma prestadora de serviços do ente supervisor, com metas acordadas numa verdadeira relação de compromissos mútuos acompanhados permanentemente. “Essa nova fundação se equipara ao formato das empresas estatais no tocante à flexibilidade de gestão”, exemplifica.

A gestão dos recursos humanos é outro ponto de destaque. A nova proposta permite a contratação de futuros funcionários pelo regime da CLT — e este seria o ponto de discórdia em torno do modelo —, obedecendo, porém, às normas do concurso público e incorporando lógicas de incentivo por desempenho. Os funcionários do regime estatutário seriam, é claro, mantidos.

Para o farmacêutico Francisco Batista Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde, a proposta segue lógica privatizante, justamente por substituir o regime estatutário pelo celetista e permitir salários diferenciados. “Eu diria que é um golpe mortal aos princípios do SUS”, afirma. “Aprendemos que os profissionais da saúde precisam ser contratados por concurso público e terem estabilidade, precisam ser estimulados e capacitados”. Em sua análise, o modelo



da fundação permite a troca de favores políticos e poderá dificultar o financiamento a médio e longo prazo. Isso porque, salienta, “abre espaço para que um profissional de saúde faça exigências absurdas” — alguns, afirma, negam-se a trabalhar por menos de 25 mil reais.

Pedro considera que falar-se em privatização é uma impropriedade. “Trata-se de um projeto para a administração pública, sendo, uma organização absolutamente pública”, garante. Em sua opinião, o modelo acaba na verdade com algumas privatizações efetivas, como as existentes nas chamadas fundações de apoio. “É bom lembrar que vários hospitais no Rio e muitos no Brasil contam com essas fundações privadas de apoio, que realizam por vezes contratações sem concurso, compras sem licitação, mesmo recebendo recursos do SUS”, ressalta. Para ele, tais práticas ficam superadas com a fundação estatal.

Ele toma como exemplo a própria Fiocruz que, até 1990, foi uma fundação pública de direito privado. “Não me consta que a Fundação Oswaldo Cruz tenha sido privatizada em algum momento, em seus mais de 100 anos de história”, aponta. Pedro acredita ainda que a confusão se deve ao nome “fundação” e ao fato de que muitas delas, hoje em dia, são quase sempre privadas — as tais fundações de apoio. Mas este nome, salienta, é exigência da Constituição Federal.

Para Gastão Wagner, da Unicamp, a proposta pode dar conta do que ele chama de “reforma da reforma do modelo organizacional e de gestão do SUS”. Segundo ele, não para privatizar, mas para construir organizações públicas adequadas às especificidades da saúde, com certo grau de autonomia e, ao mesmo tempo, comprometidas com o SUS. Francisco Jú-

nior que, apesar de sua oposição, acredita na seriedade da proposta, faz apenas uma exigência: “O tema precisa ser discutido não somente pelos especialistas do governo; é preciso chamar os trabalhadores, os sindicatos, as entidades e o movimento social”. O debate, para ele, é ideológico. E, sendo a proposta de fundação estatal fruto de atores comprometidos com a história do SUS, não pode deixar de fora os verdadeiros interessados, que são os usuários do sistema.

### DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS


Muitos confundem as Fundações Públicas ou Estatais com as Organizações Sociais de Saúde (*Radis* 43), modelo que vem ganhando espaço em São Paulo — entidades privadas que não integram a administração pública, esclarece Lenir. Essas entidades privadas são qualificadas pelo governo e, em razão dessa qualificação, passam a executar serviços públicos de assistência à saúde, mediante contrato de gestão. “Trata-se de parcerias entre o poder público e o terceiro setor qualificado pelo Poder Executivo”.

Pedro Barbosa agrega que a Fundação Estatal, conforme anuncia o nome, permanece no âmbito do Estado, da administração pública. Nas OSS, ao contrário, embora o patrimônio seja estatal, a gestão é transferida a organizações privadas sem fins lucrativos. Com o projeto das fundações estatais, acrescenta, “o governo federal opta claramente por inovar a própria administração pública, mas sem deslocar essa responsabilidade ao setor privado, como acontece com as organizações sociais”.

Na opinião de Gastão Wagner, diferentemente das Fundações Estatais, as OSS são uma forma de terceirização, “como se houvesse uma desistência em

fazer a gestão das políticas públicas dentro das próprias organizações públicas”. Na prática, as organizações sociais — assim como as fundações de apoio — representam a terceirização da contratação de pessoal essencial (médicos, agentes de saúde, entre outros), passando a responsabilidade que seria das secretarias municipais e estaduais de saúde a agentes privados (organizações não-governamentais ou entidades filantrópicas).

A questão é muito antiga, afirma Francisco Júnior. “As organizações, as fundações de apoio e também as atuais fundações estatais seguem uma lógica privatizante e precarizante”, afirma. Para ele, a única diferença entre elas é que as fundações estatais continuam sendo um ente público. Para ele, o Movimento da Reforma Sanitária — que pensou o SUS — não conseguiu conter as organizações de saúde, que avançaram sobre o sistema público. “Quando se pensou no SUS, pensou-se também que o privado poderia participar, mas ele estaria em segundo plano [*nas atividades de apoio, como limpeza, manutenção ou segurança, por exemplo*]. Mas isso não aconteceu”. A saída seria a discussão urgente de um modelo com participação da sociedade organizada, e não fincar-se o pé na idéia das fundações estatais.

Pedro Barbosa opina que esta é uma proposta de fortalecimento da administração pública, que exige nova postura de trabalhadores e dirigentes da saúde, visando dar fim ao descrédito da sociedade em relação aos serviços públicos. “Esse projeto acredita fortemente que podemos e devemos ter serviços de qualidade, profissionalizados, incorporando inovações na gestão e na assistência, valorizando as pessoas que trabalham no SUS”. 

## Cinco fundações em dois estados

As Fundações Públicas ou Estatais de Direito Privado são instituídas pelo Poder Público, mediante lei autorizativa. De acordo com Pedro Barbosa, já estava claro, na época da crise da saúde no Rio, que os modelos de gestão vigentes, inclusive os que incorporam fundações de apoio, são autárquicos, centralizados e burocráticos, e é preciso superá-los.

A nova proposta evoluiu e envolveu o Ministério do Planejamento, acionado pelas crises que despontavam na rede hospitalar. Inicialmente defendida por equipes da saúde, foi ampliada para outras áreas do governo (educação, ciência e tecnologia, esportes, turismo,

previdência complementar do servidor público e comunicação).

A idéia surgiu na reforma constitucional do governo Fernando Henrique, em 1998, com a introdução de uma nova figura na administração pública. Como a alteração não era auto-aplicável, foi preciso um projeto de lei complementar (PLC) ao artigo 37, inciso 19 da Constituição. O PLC, atualmente na Casa Civil, regulamenta essa reforma constitucional. É curto e objetivo, definindo um novo ente jurídico na administração pública, do mesmo porte de autarquias, fundações públicas, empresas estatais e sociedades de economia mista. Apreciado na

Casa Civil, será enviado ao Legislativo. Aprovado, concederá ao governo poderes para propor, em áreas específicas, as fundações estatais, a serem criadas por novas leis ordinárias.

Assim fará o Ministério da Saúde. O ministro José Gomes Temporão já sugeriu que poderão ser criadas até cinco fundações estatais: quatro no Rio de Janeiro — Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (InTO), Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Nacional de Câncer (Inca) e para o conjunto dos demais hospitais federais (Servidores, Bonsucesso, Andaraí, Lagoa, Ipanema e Jacarepaguá) — e uma em Porto Alegre, para o Grupo Hospitalar Conceição.

## ENTREVISTA

Sérgio Côrtes

## “A esfinge da saúde do Rio já foi decifrada”

**E**m janeiro de 2007, o ortopedista Sérgio Côrtes passava de funcionário federal a estadual, deixando a diretoria do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), do Ministério da Saúde, para assumir a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio. “Larguei a embaixada de Washington para assumir a de Bagdá”, brincou ele ao aceitar o convite do governador Sérgio Cabral (PMDB).

As muitas denúncias não assustaram o novo secretário, que na carreira já enfrentou até máfias da saúde. Especialista em transplante ósseo, Sérgio conta nesta entrevista que a “esfinge da saúde do Rio”, expressão do ministro José Gomes Temporão, já foi decifrada. O que falta é um novo modelo de gestão, que já começou a construir.

**Como decifrar a “esfinge da saúde”?**

Acho que a esfinge já está decifrada. A questão é construir um modelo de gestão adequado. Como disse o ministro Temporão, o modelo atual está ultrapassado. Vemos, por exemplo, a atenção básica como promoção da saúde e prevenção de doenças. É isso sim, mas não somente. É fundamental a resolutividade, tratar um paciente com problema de hipertensão arterial, oferecer exames complementares e dar continuidade de tratamento.

**O novo modelo é privatizante, como afirmam os críticos?**

Acham que queremos contratar pela CLT para poder mandar embora na hora em que quisermos e acabar com a estabilidade de emprego. O importante desta proposta é a gestão por desempenho. Por exemplo, contrato o serviço de cirurgia cardíaca de determinado hospital, com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista e técnicos de enfermagem; pactuo algumas metas; e pago conforme as metas acordadas.

**E como responsabilizar o gestor que não cumpre as obrigações?**

Acho que o caminho é a Lei de Responsabilidade Sanitária. Eu já fui contra. Hoje, sou a favor dela. Pois, apesar dos contratos firmados, nada temos para punir o gestor que não

cumprir as metas estabelecidas. Nada impede, por exemplo, que eu deixe de cumprir metas relacionadas à saúde do meu estado. Isso não pode acontecer.

**O Rio é termômetro do SUS, como se disse na época da intervenção?**

Não imagino comparar o Rio ao Acre ou ao Pará ou mesmo ao Rio Grande do Sul. Temos culturas diferentes. Mas posso pensar, sim, em modelos de fundação na gestão da atenção básica, por exemplo, definindo metas como taxa de cobertura, redução da mortalidade infantil, aumento do número de consultas de pré-natal.

**Como fazer o Programa Saúde da Família chegar às áreas de conflito do Rio?**

Estamos criando superpostos 24 horas, unidades de pronto-atendimento com equipes de PSF. Um paciente que entra com crise hipertensiva já sai com consulta marcada. Não precisamos estar na zona de conflito. Podemos estar à margem dela, onde profissionais e usuários tenham acesso seguro.

**Quais são suas principais metas?**

Fortalecer a gestão hospitalar, para que ela tenha vida própria. Precisamos também, urgentemente, resolver a questão dos medicamentos excepcionais. Estamos firmando parceria com a Fiocruz e trazendo um técnico do Ministério da Saúde para assumir a gestão de medicamentos excepcionais e insumos estratégicos. Outra meta diz respeito à administração da própria secretaria. Nossa falha é justamente a administração interna.

**Como foi passar de funcionário federal a estadual, as queixas são as mesmas?**

Não, mudam completamente. Eu disse brincando ao governador que sairia da embaixada de Washington, referindo-me ao Into, para assumir a de Bagdá, referindo-me ao Rio. Minha única experiência administrativa foi como diretor do Into, durante cinco anos. E lá era bem mais fácil.

**E quais são as queixas atuais?**

Comparando o ano passado a parte deste ano, notaremos que as queixas na mídia, por exemplo, diminuíram consideravelmente. Um repórter do *Globo*



passou o dia no Hospital Getúlio Vargas e não conseguiu fechar a matéria, pois nada encontrou de alarmante. Se isso for parâmetro, posso dizer que a secretaria melhorou. Mas não quero tomar isso como parâmetro de análise de nossas ações. A mudança marcante é na visão do SUS, nas três esferas de governo. Ou seja, de que podemos melhorar a atenção básica, a média e alta complexidade e criar uma regulação no estado.

**Como está a relação com a secretaria municipal do Rio?**

Com o grupo tripartite montado, a nossa relação tem sido ótima. O próximo passo é começar a apresentar os relatórios, que passam a ter metas, com a responsabilização de cada ente federativo. Agora é que, efetivamente, vamos conseguir medir nossas relações. Mas não há dúvida de que sentar à mesa de negociação foi totalmente diferente da época da intervenção.

**Foi dito que a municipalização no Rio foi precipitada. Isso é real?**

Foi um mau negócio para a prefeitura, que recebeu as unidades com problemas estruturais e de gestão. Não foi previsto um investimento diferenciado na municipalização dessas unidades nos quatro ou cinco anos que se seguiram. Mas não vejo, hoje em dia, outra maneira de se fazer a municipalização senão por contratualização. (K.M.)



## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

# CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA CRITICA “VOLTA AO PASSADO”

**E**m meados do ano passado, o presidente do Conselho Federal de Farmácia, Jaldo de Souza Santos, festejava em editorial da revista *Pharmacia Brasileira*, que a *Radis* (nº 47) reproduziu, a Portaria Ministerial nº 698, de março de 2006 – um “divisor de águas da profissão” por garantir o custeio dos serviços farmacêuticos em todo o conjunto da atenção básica. Menos de um ano depois, o presidente do CFF volta às páginas da revista (“Contradições e equívocos na assistência farmacêutica pública”, ed. Nº 57) para lamentar a edição da Portaria Ministerial nº 204, de janeiro de 2007, que altera trecho básico da anterior.


O Conselho Federal de Farmácia participou dos estudos que antecederam a publicação da 698, pela qual o Ministério da Saúde desconstruiu a “cultura oficial” e criava um bloco exclusivo para o financiamento da assistência farmacêutica: um dos componentes tratava exclusivamente da *organização* dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde. Para Jaldo Santos, após 10 anos de luta da categoria ficava claro que o farmacêutico é um profissional da saúde que não pode estar fora do contexto da atenção básica pública.

No entendimento do CFF, o Ministério da Saúde continuará destinando recursos à gestão da assistência farmacêutica, mas abandonou a idéia da estruturação dos serviços farmacêuticos. “Entendemos que, como está agora, a portaria dificulta a aquisição de equipamentos para a estrutura e a contratação de profissionais”, afirma Jaldo Santos. Isso porque a 204 retira do bloco da assistência o componente que a organizava e assegurava os recursos para seu custeio, transferido, no Bloco de Gestão do SUS, para o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS (ver box). “Então, como qualificar o que não está ainda implantado?”, pergunta. Como menos de 20% dos municípios brasileiros organizaram os serviços farmacêuticos,

no conjunto do país o que se vê é um “trem descarrilado”.

Na avaliação do presidente do CFF, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, onde a política de medicamentos do país acabou concentrada, “parece não entender” a questão “em sua inteireza e complexidade”, apesar do orçamento de R\$ 5 bilhões. Embora os gastos com medicamentos venham aumentando de forma expressiva, o que Jaldo Santos considera louvável, a população em seu entender continua tendo dificuldade de acesso aos remédios e praticamente não tem acesso aos serviços farmacêuticos. “Abandonar o medicamento na mão

do usuário – ou seja, desacompanhado dos serviços farmacêuticos – é como confiar uma arma a uma criança”.

“Não basta o medicamento”, diz Jaldo Santos. “Temos insistido neste bordão porque ele é uma verdade amparada por todos os protocolos, pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Farmácia”, afirma. “O medicamento exige os serviços farmacêuticos para agir com segurança, de forma racional e ao menor custo possível”. O dirigente considera contraditório que o ministério mantenha dois farmacêuticos em cada Farmácia Popular, “alardeando o quanto são imprescindíveis”, mas não faça o mesmo nos outros programas. 

## A DIFERENÇA ENTRE AS PORTARIAS

### — PRT 698/06 —

#### ♦ DO BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 16. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes:

Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional; e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

.....

### — PRT 204/07 —

#### ♦ DO BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 24. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

de dois componentes: I – Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e II – Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde; (...)

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de: I – Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II – Planejamento e Orçamento; III – Programação; IV – Regionalização; V – Gestão do Trabalho; VI – Educação em Saúde; VII – Incentivo à Participação e Controle Social; VIII – Informação e Informática em Saúde; IX – Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e X – outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (M.C.)

#### ♦ DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído





# Três ativistas e seus saberes vitais



Sanitarista e bioeticista italiano Giovanni Berlinguer abriu uma quinzena rica em experiências e saberes técnicos, científicos e populares na Fundação Oswaldo Cruz. Com a conferência “Causas sociais e implicação moral das doenças”, Berlinguer inaugurou no dia 3 de abril o ano acadêmico da Fiocruz. No dia 4 foi a vez de a presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, Tereza Ramos, dar início às aulas da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), com a palestra “Formação técnica e desprecarização dos ACS: uma luta por cidadania”. Por fim, no dia 11, a ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, inaugurou o ano letivo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) falando sobre “Mudanças climáticas e seus impactos na saúde”.

Sem qualquer combinação prévia, cada um em sua área, os três palestrantes trataram de aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde (DSS), assunto do momento que certamente estará presente, em

novembro, nos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central é “Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento”. Num balanço histórico dos DSS, Berlinguer começou citando o clássico *Civilization and disease* (Ithaca, 1943), do historiador da medicina Henry E. Sigerist (1891-1957), pioneiro moderno na constatação de que a doença é determinada por fatores como baixo nível de vida, carência de comida, roupa e combustível [para aquecimento], condições miseráveis de moradia e outros sintomas de pobreza.

## “MULTIDÃO BÁRBARA E INCIVIL”

Antes dele, o médico militar L. R. Villermé (1782-1863) analisou a mortalidade em diversos bairros de Paris, constatou que os índices da Rue de la Mortellerie, onde viviam os pobres, eram quase duas vezes mais altos do que na Île-Saint Louis, onde viviam os ricos, e concluiu que assim ocorria porque a “multidão bárbara e incivil” se reproduzia “em excesso e também morria em excesso”. Ele propunha, como solução, que se “civilizassem os

pobres pelo rigor moral e a cidadania responsável, com ajuda da religião”. Em conformidade com os economistas higienistas, achava que “não cabia papel algum ao Estado ou às reformas legislativas, porque isso minara a liberdade e a iniciativa dos indivíduos” – como defendia T. R. Malthus (1766-1834) em seu *Essay on the Principle of Population* (1798).

Malthus, lembrou Berlinguer, condenava a expansão demográfica, que traria miséria coletiva, e se opunha às leis inglesas em favor dos pobres – a Grã-Bretanha do século 19 foi pioneira em medidas de saúde pública. As causas sociais da doença ficaram mais claras com Virchow (1821-1902), médico polonês, fundador da biologia celular, que, ao estudar uma epidemia de tifo em Eslesia (hoje na República Checa), a pedido do governo prussiano, entendeu que a verdadeira causa do mal estava nas péssimas condições de vida, na falta de higiene, na pobreza, “tudo devido a um Estado autoritário e repressivo”, citou Berlinguer.

Virchow defendeu a necessidade de uma “epidemiologia sociológica”,



da “educação, acompanhada de suas filhas, a liberdade e a prosperidade”. Na Inglaterra, enquanto isso, os transtornos da revolução industrial (fundamental ao crescimento econômico e ao desenvolvimento humano, ressalvou o conferencista) multiplicaram as ameaças ambientais, como também a migração maciça do campo para as cidades. “O primeiro impacto sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores foi devastador”, descreveu o sanitarista. Excesso de horas de trabalho, falta de comida, feroz exploração de mulheres e crianças, moradias insalubres, carência de educação duraram décadas, sem regras ou limites, no que hoje se define como “massacre industrial” ou “genocídio pacífico”.

Os progressos obtidos foram freados por duas tragédias: as guerras mundiais e a “bárbara distorção” das relações entre ciência e política, produto da falsificação da ciência para que justificasse o domínio, disse Berlinguer. “Refiro-me à idéia, surgida no clima das conquistas coloniais, da superioridade de algumas raças sobre outras”, esclareceu, na intenção de legitimar com leis da natureza a excelência de uma estirpe e seu direito/dever de dominar as outras – tendência com muitos antecedentes, como a escravidão, o genocídio dos povos da África e da América, a negação (aqui mesmo no Brasil, indico) da liberdade dos negros.

Era a época do aberrante paralelismo entre os métodos da medicina e os da política, afirmou. Se a resposta à pergunta “Que fazem os médicos se uma parte do corpo está irremediavelmente comprometida, com risco de matar o enfermo?” era “Para salvá-lo deve-se extirpá-la”, sustentava-se, por analogia, que o mesmo deveria ser feito se parte da população “infectasse” a “harmoniosa coletividade”. O primeiro passo foi a esterilização dos doentes mentais; o segundo, a eliminação dos incapacitados graves; o terceiro, o extermínio sistemático de pessoas consideradas de “raças inferiores e hostis à maioria de sangue puro”.

A esta doutrina deu-se o nome de biopolítica. “Por sorte, existe também outra biopolítica, pela vida, pelo princípio de que toda pessoa nasce igual em direitos”, defendeu. No século 20, as políticas foram “uma impressionante oscilação entre perspectivas de vida e perspectivas de morte”, citou ele frase do historiador italiano Leonardo Paggi. Berlinguer lembrou que em 1942, enquanto Hitler determinava



FOTO: ANA LIMPFIORUZZI

Berlinguer: “Pelo despertar da consciência e da vontade de agir em favor da coletividade”

o extermínio dos judeus, na Inglaterra William Beveridge (1879-1963) apresentava a uma Londres destruída pelas bombas, em nome do governo, o projeto do Estado do Bem-Estar Social, que afirmava o direito à vida, à saúde e à segurança para todos os cidadãos – segundo Berlinguer, uma das maiores conquistas do século.

### CONTRA AS INIQUIDADES

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Radis* 45), que Berlinguer integra, criada em 2005 pela OMS, pode impulsionar novas conquistas, afirmou. A CDSS tem a tarefa de estudar realidades, promover ações, convocar a sociedade civil. Seu trabalho estará encerrado em 2008, e Berlinguer disse esperar que ela contribua para a criação das bases científicas e das premissas políticas – “este é o trabalho mais difícil”, comentou – que permitam o enfrentamento permanente das profundas iniquidades na saúde existentes entre países e entre os grupos sociais do mesmo país.

O conferencista lembrou que o Brasil foi o primeiro país a criar sua comissão nacional. A idéia central é que a medicina e a assistência sanitária constituam apenas um dos fatores que influem na saúde da população. As causas principais estão no amplo espectro de condições sociais e econômicas em que vivem as pessoas: pobreza, injustiças, déficit de educação, insegurança alimentar, exclusão e discriminação social, insuficiente tutela da primeira infância, discriminação de gênero, moradia insalubre, degradação urba-

na, falta de água potável, violência difundida, ausência ou baixa qualidade dos sistemas assistenciais.

Berlinguer apontou algumas conseqüências: a expectativa de vida varia de 34 anos em Serra Leoa a 82 no Japão; a probabilidade de morte entre 15 e 60 anos é de 8,3% na Suécia, de 46,4% na Rússia e de 90,2% no Lesoto; na Austrália há uma diferença de 20 anos na expectativa de vida entre os aborígenes e a média dos habitantes; 11 milhões de crianças abaixo dos 5 anos morreram em 2002, 98% em países pobres.

Pouquíssimos governos têm programa para enfrentar com organicidade os determinantes sociais da saúde, observou, e é preciso então aprender com as experiências. Depois da fundação da OMS, os êxitos na luta contra as doenças se multiplicaram também pela difusão de antibióticos e vacinas. Logo predominou a idéia de que todos os problemas seriam resolvidos pela biomedicina. A eficácia das campanhas de erradicação da varíola e a derrota na tentativa de erradicar a malária – impossível sem profundas mudanças ambientais, sociais e culturais, ressaltou – evidenciaram o lado positivo e o negativo da experiência. Muitos governos, inclusive de países pobres, construíram grandes “palácios da saúde”, destinados às elites urbanas, e não à saúde pública.

A virada começou nos anos 60 e 70, com programas sanitários de tipo comunitário, formas participativas de assistência e ênfase na prevenção,



como no estado indiano de Kerala, no Sri Lanka, na Costa Rica e em Cuba. Essas experiências demonstraram que a saúde pode melhorar mesmo onde a renda *per capita* não é alta, contanto que haja empenho do Estado e da comunidade e adesão dos profissionais sanitários. Em 1976, Hafdan Mahler, então diretor-geral, propôs à Assembléia Geral da OMS uma idéia utópica, mas mobilizadora: saúde para todos no ano 2000. A prioridade da atenção básica, observou Berlinguer, vinha acompanhada de uma explícita referência à *causae causarum* (causas das causas): “O objetivo implica eliminação dos obstáculos à saúde, isto é, a eliminação da desnutrição, da ignorância, da água contaminada, das casas insalubres, tão importantes como a solução dos problemas médicos”.

O ano de 1978 marcou o triunfo e a decadência destas orientações. A Conferência de Alma Ata (Casaquistão), com 3 mil participantes e 67 organizações internacionais, relançou a proposta de Mahler. Mas o mundo mudava. Começava a era do neoliberalismo, propenso a considerar a saúde como fonte de lucro, a criticar a saúde pública como obstáculo à



iniciativa privada, a deslocar o comando da OMS para outras agências, como Banco Mundial, FMI, Organização Mundial do Comércio. A partir dos anos 80, o objetivo da saúde para todos desapareceu do horizonte político.

Há, contudo, progressos reais, e para Berlinguer a ciência e o mercado são, se usados com cautela, duas das criações mais positivas da engenhosidade humana. Mas a conjunção não foi virtuosa e o diagnóstico mais evidente do fracasso está no crescimento das desigualdades. Berlinguer destacou, em meio às tragédias, três fenômenos “extraordinários e em geral positivos” na história da nossa espécie: a emancipação das mulheres, o crescimento exponencial da população e o prolongamento (quase o dobro) da expectativa de vida. Por que então no Japão essa expectativa é maior do que em Serra Leoa? Por que na Inglaterra um trabalhador não-qualificado vive sete anos menos do que um profissional?

### SOLIDARIEDADE RETÓRICA

A primeira resposta é simples, disse Berlinguer. O Japão é o país mais longo do mundo porque é rico, tem menos desequilíbrio, mais coesão social e eficaz sistema universal de prevenção e cura. Em Serra Leoa falta comida, água, trabalho, assis-



FOTO: BRUNO CAMARINHA DOMINGUEZ

Tereza Ramos: “Os agentes não conhecem a lei e a vontade dos prefeitos é manter tudo como está”

tência, educação, predominam aids, tuberculose, malária; fala-se muito de solidariedade, mas os países ricos atraem os poucos médicos e enfermeiros do lugar; fala-se em “ajuda humanitária”, mas a União Européia a cada euro doado subtrai dois com o comércio desigual.

A segunda resposta é mais complicada. Os trabalhadores subalternos têm os recursos essenciais, mas Michael Marmot (presidente da CDSS) definiu suas condições como “síndrome do status”, baseado em fatores materiais e imateriais: dependência, falta de controle sobre a própria vida, tendência a comportamentos nocivos, não-reconhecimento do trabalho, queda da auto-estima. Em outras palavras, a ausência do que Adam Smith (1723-1790) definia, em sua *Teoria dos sentimentos morais*, como “a importância de ter o que é necessário para desempenhar o próprio papel sem vergonha”. “Com dignidade”, resumiu Berlinguer.

Mas as informações sobre discriminação, tortura, miséria, doença e abandono ajudam a coligar as forças que combatem esses eventos, ampliando a oposição, segundo o sanitarista porque os povos têm capacidade e disponibilidade para reagir frente às dificuldades dos outros e muitos tendem a considerar a felicidade alheia necessária para sua própria felicidade. Há uma nova reflexão moral, a consciência de que existem “bens materiais comuns”, como a natureza, o clima, as águas, os recursos energéticos, e bens comuns imateriais, como educação, conhecimento, informação, inovação. “E a saúde”.

Superada a idéia de que a conjunção entre livre mercado e ciência pode resolver os problemas do mundo, criam-se novas motivações para agir em favor da coletividade: primeiro, o reconhecimento de uma economia de mercado regulada e, ao mesmo tempo, a rejeição a uma “sociedade de mercado” hostil a qualquer outro valor; depois, a evidência de que a humanidade inteira foi chamada a enfrentar o maior dos riscos, a progressiva destruição do equilíbrio ambiental. Aplaudidíssimo, encerrou: “Isso implica o despertar da consciência e da vontade de agir.”

A combativa pernambucana Tereza Ramos deixou logo à vontade a jovem platéia no auditório da EPSJV/Fiocruz: “Quem quiser pode rir do meu sotaque, porque eu também rio do sotaque carioca”, brincou. Ela contou que a história dos agentes comunitários de saúde começou em Recife, na associação de moradores de cinco favelas, com apoio da igreja. O movimento cresceu e, em 1980, tornou-se independente, chegando a participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando pediu financiamento para as ações: eram todos voluntários. O pedido “dormiu” até 1991, lembrou Tereza, quando nasceu o programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Mas o então ministro Alcenor Guerra “piorou” o projeto de 1986, que os agentes acabaram aceitando.

Em 1993, o programa só não acabou porque o Unicef divulgou os resultados das ações na queda da mortalidade infantil, no aumento



do acompanhamento pré-natal e na imunização. Veio o Programa Saúde da Família e, em 1996, os agentes começaram a pedir capacitação e vínculo de trabalho. A Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, finalmente criou a função. Tereza lembrou que os agentes ficaram de vigília durante os debates, até a aprovação de cada tópico. "Assim como aprendemos a visitar casas, visitamos cada gabinete, que dividimos por andar", contou. "Meu maior arrependimento é ter dormido na hora da votação final, caída de cansaço". Em resposta aos que achavam que os agentes estavam em Brasília para passear, ela levou oito colegas para ver como a coisa funcionava. "No primeiro dia já queriam voltar".

O primeiro curso técnico de ACS veio em 1995. "Alguns estados terminaram, outros começaram, outros não fizeram", observou. Tereza defendeu que o curso seja feito no horário de trabalho, e não à noite, para que os agentes possam ampliar a escolaridade, e que as Escolas Técnicas do SUS sejam geridas por universidades, e não por gestores estaduais. "Não podemos depender da 'boa vontade' dos gestores, nem contar com as mudanças a cada quatro anos", argumentou.

Sobre a EC 51, Tereza afirmou que o desafio é fazer com que os gestores a cumpram. Nos estados em que os agentes são mais organizados, como nos do Nordeste, a despreciação está acontecendo, garantiu. "O problema é que há muitos agentes que nem sequer conhecem a lei", apontou. "E a vontade dos prefeitos é manter tudo como está". Uma barreira é a própria Lei 11.150/2006, que regulamenta a contratação de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias. O texto não define prazo para que os prefeitos regularizem a situação.

Segundo ela, em alguns municípios os agentes estão sendo contratados como celetistas: ganham salários maiores, mas não têm estabilidade. "Queremos ser servidores públicos estatutários", frisou. Uma questão antiga. Até pouco tempo, pensava-se que não era possível contratar estatutários por processo de seleção, somente por concurso, portanto não seria possível exigir que morassem em determinada localidade. "Enganaram a gente", resumiu.

À palestra de Tereza seguiu-se um concorrido debate. Tereza explicou a importância do curso técnico e lembrou que os agentes já passaram por vários cursos temáticos isolados (ama-

mentação e hanseníase, por exemplo), recebendo certificados praticamente sem valor, já que não os identificava como ACS. A questão foi resolvida com o curso técnico desenvolvido pelas 37 ETSUS, as escolas para trabalhadores de nível médio do SUS: mais de 72 mil ACS já se formaram no primeiro módulo.

### O PROBLEMA É "QUANDO"

"E o segundo e terceiro módulo, vão ser feitos?", quis saber uma agente comunitária do Rio. Tereza mostrou-se confiante. O problema é *quando*. "Depende da pressão que fizermos", disse, convocando os colegas à luta. Ela destacou que é preciso rever as exigências para que agentes se inscrevam. Para o primeiro, é necessário ter ensino fundamental; para o segundo e o terceiro, pede-se ensino médio. Tereza defende que ACS possam cursar os módulos 2 e 3 sem a formação exigida, mesmo que não recebam o certificado. "Assim, estaríamos incentivando os agentes a voltarem à escola". Ela própria voltou a estudar e termina o ensino médio neste ano.

Questionada sobre o Projeto de Lei 7.703/06, o do Ato Médico, que define atividades privativas do médico, Tereza ressaltou que, em muitas regiões, os agentes são tudo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos. "Por conta da ausência de outros profissionais, as opções dos ACS se resumem a cuidar ou deixar morrer", apontou. Apesar dessa cruel realidade, garantiu, a intenção de sua categoria não é substituir as outras, e sim ajudar a salvar vidas.

"Os agentes comunitários têm que ser meio doidos, é uma profissão muito difícil", afirmou. Tereza começou como voluntária e já passou por quatro gestões diferentes como agente comunitária. Em duas ocasiões, tentaram demiti-la, mas não conseguiram. "Podem tirar meu boné e minha camiseta, mas nunca tirarão a agente comunitária de dentro de mim".

"A ministra do coração de todos nós", nas palavras do presidente da Fiocruz, Paulo Buss, avisou de saída que não se esperasse fala técnica: "Não sou da área da saúde", disse Marina Silva. No entanto, cumpriu o auditório superlotado, com gente de pé e sentada no chão, dizendo que falar ali implicava responsabilidade tripla, como brasileira, integrante do governo e beneficiária dos avanços da Fiocruz. "Premiada com cinco malárias e três hepatites, fui muito bem tratada".

Marina contou que quando foi chamada para o Ministério do Meio Ambiente (MMA) avisou que faria "uma política de país, sem pirotecnia, pois pirotecnia pode durar alguns meses, mas não se sustenta". O resultado das políticas de país, ao contrário da pirotecnia, ficará, mesmo que os governos passem.

### NA ERA DOS LIMITES

Chamou atenção na palestra seu jeito bem brasileiro de usar a palavra "esquentamento" em lugar de aquecimento global. Contou que oito estudos encomendados em 2003 pelo MMA mostraram que a população já está sendo afetada pelo esquentamento: aumento da malária e da dengue, diminuição de alimentos, escassez de água, principalmente na África. "Será um prejuízo inegável se tudo virar cerrado", disse. "O mundo pode perder 20% do seu PIB por conta desses fenômenos". A ministra afirmou que algumas pessoas acham que esse discurso é pessimista só para atrair mais dinheiro para o meio ambiente. "Mas é uma necessidade: estamos na era dos limites e precisamos nos adaptar, mitigar os impactos e cuidar das pessoas vulneráveis".

O MMA tem trabalhado com políticas transversais, aliadas a outros setores, porque as mudanças não dependem de um único ministério. "A Agricultura,



**Radis adverte**  
**As festas juninas vêm aí.**  
**Balão é crime, rojão machuca!**

o  
 "o",  
 resenta que  
 zação de matérias-  
 que industrial brasileiro são  
 da política de compras de  
 nos, que visa eficiência, bons  
 redução do preço de entrega  
 erio da Saúde. "É, portanto, um  
 Colombo, mas que fere interesses  
 ciais estabelecidos".



FOTO: ARISTIDES DUTRA

Marina cercada por repórteres após a palestra: a imprensa foca “na aeróbica do mal”

por exemplo, precisa mudar seu padrão de plantação e é fundamental que países mudem seus padrões de consumo e despejo”, defendeu. Para ela, os países em desenvolvimento não podem exigir o direito de desmatar suas terras, alegando que os desenvolvidos já desmataram as deles. “Todos têm que proteger o ambiente”.

Marina voltou a pregar que o saber científico se alie ao conhecimento popular. “O que os engenheiros sabem sobre sedimentos os pescadores também sabem sobre marés, e aliados os dois ficam mais capazes de mitigar as causas do esquentamento global”, exortou. Ela lembrou que quem ajudou a diminuir o desmatamento foram pessoas simples, “aqueles de quem se dizia que atrapalhavam o desenvolvimento — eu incluída”. A tradição e a modernidade juntas, para Marina, podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e mudar os sistemas.

Num dos trechos mais contundentes da palestra, a ministra disse que pode ser prazeroso ficar-se nesse ciclo de produzir e consumir. “Mas se continuarmos assim não vamos preservar os direitos dos que ainda não nasceram, meus netos e netas”, disse. “Nós nos centramos em nossos direitos, e não nos das futuras gerações — haverá futuro para os que ainda não nasceram?”, perguntou.

O desenvolvimento exige envolvimento, asseverou — ambiental, econômico, social, cultural, político e ético. Segundo ela, essas são as bases da sustentabilidade, principalmente a política, porque não há como mudar

paradigmas sem apoio da sociedade. Num exemplo, disse que levamos 14 anos para conseguir proteger os 7% restantes da Mata Atlântica, e foi a própria sociedade que colocou 500 deputados em Brasília que não se importam com o desmatamento. “Faço parte do grupo de ambientalistas insustentáveis”, disse. “Da mesma forma que exigimos energia para o país crescer, temos que exigir preservação”.

Em consonância com as preocupações dos sanitaristas, Marina disse que estamos nos esquecendo da ética, que não avançou na velocidade da técnica: hoje podemos produzir alimentos para todos, mas milhões passam fome e esse problema tende a aumentar. Para a ministra, a sociedade está sempre à frente dos governantes e agora vem recebendo as informações necessárias para pressionar os governantes por respostas. “Quero ver o dia em que para ser eleita a pessoa tenha que expor seus planos para mitigar esse processo de esquentamento global”.

### INTERSETORIALIDADE RESOLVE

Quando assumiu o MMA, o índice de desmatamento no país crescia 27% por ano, informou. O ministério propôs acordo a três outras pastas — “diziam que eu estava querendo dividir a culpa, ou então que tinha que assumir sozinho a questão e fazer o gol, mas respondi que, ao chutar a bola, poderia acabar quebrando a perna na trave”. Pois as ações intersetoriais começaram em 2004 na BR-163, onde havia expansão da grilagem, e conseguiu-se criar oito milhões de hectares de reservas. Na

Amazônia, inibiu-se a ocupação, por grileiros, de 66 mil propriedades em terras públicas, que seriam usadas para exploração predatória.

As ações com a Polícia Federal, por exemplo, também aumentaram, e apenas as que envolviam o Ibama passaram de 29 para 146 por ano, com a prisão de mais de 500 pessoas, 120 delas do próprio Ibama, por envolvimento em crimes ambientais. A taxa de desmatamento caiu 51% e evitou-se o lançamento de 430 milhões de toneladas de CO<sub>2</sub> (gás carbônico) na atmosfera nos últimos dois anos. “E é apenas o começo, já que o problema é grave”.

Marina lembrou que é possível triplicar a produção de grãos e a criação de gado na Amazônia sem derrubar um pé de mato, como afirmou o ex-ministro da pasta (Sarney Filho, PV-MA). “Boas idéias de ONGs e governos passados foram aproveitadas e transformadas em política, porque leis não precisam de autoria”, disse. “No Brasil existe a fulanização das leis, como Rouanet ou Sarney, mas as leis não são das pessoas”, afirmou, sob aplausos. “Temos que acabar com essa coisa de só cuidarmos da criança se formos o pai, temos que cuidar pela crianças”.

### “ONDE PODEMOS NOS UNIR”

“A natureza é o espaço onde podemos nos unir”, conclamou Marina. “O empresário precisa das mesmas coisas que eu, água pura, ar limpo”, disse. Mas o problema é que as pessoas focam na “aeróbica do mal”. A imprensa, por exemplo. “Cita minhas divergências na questão dos transgênicos com Roberto Rodrigues, ex-ministro da Agricultura, mas não fala das parcerias do MMA com a Embrapa”, reclamou. “Dizem que sou contra os transgênicos, mas isso não é verdade: o que defendo é um modelo de convergência, que estabeleça critérios”. Ela reconheceu que quando enumera os critérios as pessoas acham mesmo que ela é contra. “Sou a favor do desenvolvimento, mas não a qualquer custo”.

É preciso aliar o saber técnico ao popular, cobrou. E contou uma piada que repete em todo lugar (“Minha equipe não agüenta mais ouvir”): “Dois pesquisadores armaram acampamento às margens de um rio. Um caboclo avisou que ia chover e o rio transbordaria. Os dois responderam que a previsão anunciava tempo bom. Choveu, o rio transbordou e os pesquisadores foram perguntar ao caboclo como ele previra a chuva. “Tá vendo aquele formigueiro ali embaixo e aquele outro ali em cima? Quando elas vão para o formigueiro de cima é que embaixo vai encher d’água.” A ministra foi aplaudida de pé. (M.C. e B.C.D.)



## INSUMOS ESTRATÉGICOS



Bruno Camarinha Dominguez

**R**eportagem publicada pelo jornal *O Globo* em fevereiro apontou, em tom alarmista, que o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) — unidade produtora de medicamentos da Fiocruz — passou a pagar mais caro por matérias-primas desde que adotou uma nova política de compras. A partir de 2006, o instituto exigiu nas licitações que os princípios ativos fossem produzidos no Brasil — a matéria tratou essa medida como proibição da participação de empresas estrangeiras. Para embasar a denúncia, o jornal comparou os gastos de Farmanguinhos aos da Fundação para o Remédio Popular (Furp) — laboratório do governo paulista — com matérias-primas usadas na produção de anti-retrovirais.

Farmanguinhos comprou de duas empresas nacionais, a Nortec Química e a Globe Química, enquanto o fornecedor da Furp foi o laboratório chinês Xiamen Mchem. Segundo cálculos do jornal, a unidade da Fiocruz pagou 62,7% a mais pelo quilo da zidovudina e 93,9% a mais pelo da lamivudina. Diretor de Farmanguinhos, o sanitarista Eduardo Costa contesta o dado: “Apresentei a correção da tabela antes da publicação da reportagem, mostrando que a diferença nos preços finais não chega a 35%, mas o jornal não a alterou”.

“O que também surpreende é que o texto tem partes extraídas de denúncia de representantes de indústria chinesa que se sentem prejudicados por nossa atual política de compras”, aponta. Ou seja, esses representantes é que apresentaram a “denúncia” ao jornal. O diretor lembra que eles respondem a processo por fraudes em licitações

e impetraram mandado de segurança pedindo a anulação de dois pregões da Fiocruz que, coincidentemente, seriam analisados pela Justiça na semana seguinte à publicação da matéria. “O jornalista e os editores do jornal interpretaram as informações pelo equivocado viés do denunciante”.

A juíza da 22ª Vara Federal do Rio de Janeiro, Lilea Pires de Medeiros, considerou corretas as medidas tomadas por Farmanguinhos e negou a anulação dos pregões. De acordo com Eduardo, as exigências às empresas estrangeiras visam a segurança da população. “Constatamos, em compras anteriores, taxas de rejeição das matérias-primas importadas de até 60%, reprocessamentos industriais em até 80% e perdas de rendimento industrial até 10 vezes maior que o aceitável”, frisa.


#### DADO NEGLIGENCIADO

Estudo encomendado pela Fiocruz comprovou que se Farmanguinhos comprasse, por exemplo, a zidovudina de boa qualidade por um preço 30% maior do que o oferecido nesses pregões internacionais, ainda assim teria retorno financeiro de 25% — sem acréscimo para o governo. O diretor apresenta outro dado negligenciado pelo jornal: os ganhos no processo industrial permitirão que a unidade da Fiocruz entregue os anti-retrovirais a custo 20% menor. Ou seja, Farmanguinhos geraria “lucro” de mais de R\$ 10 milhões, em vez do “prejuízo de 7,3 milhões” estimado por *O Globo*.

Para Eduardo, é preciso analisar a questão para além do que a lógica das forças de mercado tenta impingir. O produto chinês importado recebe subsídios e não recolhe impostos aos cofres nacionais, observa, enquanto a indústria brasileira paga tributos de 36% sobre o faturamento. O diretor

salienta que a nova política de compras da unidade é legal — respeita as leis 8.666/93 e da Inovação Tecnológica — e foi submetida à Procuradoria Federal da Advocacia Geral da União, que a aprovou. O governo federal, inclusive, estuda transformar em padrão este modelo de política de compras. “Assim, acabaremos com os atrasos na entrega e ainda contribuiremos para a criação de empregos e conseqüente desenvolvimento”.

Eduardo afirma que a lei não obriga as empresas públicas a comprarem pelo menor preço, mas sim pelo melhor preço — o produto mais conveniente à administração pública pelo valor mais baixo. “O prejuízo para o erário, para os pacientes e para a economia do Brasil vêm sempre do fato de que não se compra certo, e em geral decorre dos constrangimentos que sofre o administrador”, diz. O presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio, Carlos Santarem, concorda. Ele acredita que priorizar o menor preço dos insumos, em vez da qualidade, é administrar com visão limitada.

Para ele, um sistema de gestão bem-estruturado deve levar em conta preço, atendimento aos prazos de entrega, resultados de cada remessa, reprocessamentos e desvios das matérias-primas. “Descartar fornecedores incompetentes — e já acumulamos histórias de insumos importados de baixa qualidade — fica fácil e inquestionável quando o objetivo maior é o usuário do medicamento”, destaca. Eduardo ainda acrescenta que qualidade e customização de matérias-primas do parque industrial brasileiro são prioridades da política de compras de Farmanguinhos, que visa eficiência, bons produtos e redução do preço de entrega ao Ministério da Saúde. “É, portanto, um ovo de Colombo, mas que fere interesses comerciais estabelecidos”. 



## SERVIÇO

## EVENTO

## 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES



Coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, a segunda edição da conferência propõe debate sobre temas como análise da realidade brasileira social, econômica, política, cultural e os desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), com avaliação das ações e políticas propostas, sua execução e impacto e a participação das mulheres nos espaços de poder.

Data 18 a 21 de agosto

Local Brasília, DF

## Mais informações

♦ Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Tel.: (61) 2104-9377/9381

♦ Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

Tel.: (61) 3223-0314/0396

E-mail [conferenciamulheres@spm.mulheres.gov.br](mailto:conferenciamulheres@spm.mulheres.gov.br)

Site [www.presidencia.gov.br/spmulheres](http://www.presidencia.gov.br/spmulheres)

## INTERNET

## INDICADORES DO SUS

O Ministério da Saúde lançou o primeiro número da revista *Painel de Indicadores do SUS* (com data de outubro de 2006), editada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep). A publicação inaugurou a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, ainda em 2006. Os temas abordados na revista: o Pacto pela Saúde, documento assinado no ano passado pelas três esferas de governo; a Pesquisa Nacional por Amostra



de Domicílios do IBGE, de 2003; as taxas de mortalidade infantil; a cobertura do Samu; assistência farmacêutica; Saúde da Família; saúde bucal; saúde da mulher; algumas doenças transmissíveis, como malária, tuberculose, dengue, hanseníase e aids; controle social; financiamento da saúde; atenção hospitalar; determinantes sociais da saúde; e metas do milênio.

Pedidos Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Ministério da Saúde Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício-sede, 4º andar, sala 403 CEP 70058-900 Brasília, DF

Download [www.saude.gov.br/segep](http://www.saude.gov.br/segep)

## PUBLICAÇÕES

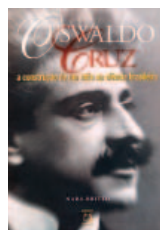
## EDUCAÇÃO E SAÚDE

*Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação*, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), é uma cartilha voltada para o vacinador, ou seja, para o profissional que está na linha de frente do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. A publicação é resultado de parceria entre a escola e o ministério.



## SAÚDE PÚBLICA

*Oswaldo Cruz, a construção de um mito na ciência brasileira*, de Nara Brito, publicado pela Editora Fiocruz, trata da imagem pública do cientista. A autora parte de biografias e de bibliografias sobre Oswaldo Cruz, destacando seu lugar na história social do Brasil, o processo de produção do mito após sua morte, em 1917, e de sua transformação em totem da tribo dos médicos. Publicado originalmente há mais de 10 anos, em 1995, este livro mantém sua atualidade, contribuindo para o estudo das relações entre biografia e processos coletivos.



*Recursos críticos – História da co-operação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde*, de Fernando A. Pires-Alves e Carlos Henrique Assunção Paiva (Editora Fiocruz), trata de



temas cruciais para a saúde pública brasileira e latino-americana nas últimas décadas, a exemplo do papel fundamental dos recursos humanos para a saúde, do desenvolvimento, contexto e impacto da Reforma Sanitária e da relação entre as iniciativas internacionais, nacionais e locais em prol da mudança dos serviços de saúde.

## ANTROPOLOGIA E SAÚDE

*Difíceis decisões – Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*, de Rachel Aisengart Menezes (Editora Fiocruz), aborda a organização social dos centros de tratamento intensivo, os dramas éticos envolvendo profissionais de saúde, pacientes e suas famílias e a emergência de um novo especialista, o intensivista. Na publicação, a autora trata da definição de vida e morte, a separação entre os que ainda vivem e os que devem ser entregues à morte, questões que permeiam frequentemente os CTIs.



## ENDEREÇOS

## EPSJV

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos CEP 21040-900 ♦ Rio de Janeiro, RJ Tel. (21) 3865-9797

Site [www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

## Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112 Manguinhos CEP 21040-361 ♦ Rio de Janeiro Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006 E-mail [editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br) Site [www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

## PÓS-TUDO

Sonia Fleury \*

Desde que o ministro da Saúde abriu o debate sobre o tema do aborto a imprensa e alguns setores da sociedade têm tentado reduzir o âmbito desta discussão à pergunta sobre se o ministro, ou o governo, ou quem quer que seja, é a favor ou contra o aborto.

Mas, alguém pode ser a favor do aborto? Impossível. Esta é uma situação de sofrimento e dor para as pessoas envolvidas e ninguém pode desejar que ela ocorra ou criar medidas que a favoreçam.

No entanto, é cínico assumir que se mantivermos a proibição atual estamos combatendo o aborto e podemos, assim, ir dormir tranqüilos porque as jovens brasileiras estão a salvo desta prática criminosa. Se tomarmos em conta o dado apresentado pelo Ministério da Saúde, de ocorrência anual de mais de 200 mil curetagens como consequência de abortos malsucedidos, temos a evidência de que a mera proibição é completamente ineficaz como medida preventiva.

Eu pergunto àqueles que querem impedir o debate: o que a sociedade brasileira ganha com este silêncio, além do ocultamento da dramática realidade vivida, a cada dia, pelas milhares de jovens que, por diferentes motivos, são levadas a praticá-lo?

Seriam capazes de responder a perguntas tão importantes para a prevenção da prática do aborto como: quantos são os abortos praticados, hoje? Quais são os profissionais que os praticam? Em que condições são praticados?

Quantas jovens morrem hoje por complicações decorrentes do aborto? Quantas ficarão impedidas de procriar quando o desejarem?


Sejamos realistas: não se pode combater e prevenir aquilo que se desconhece, apenas com a criminalização desta prática, que, sabemos todos, raramente resulta em punições.

Mesmo que as jovens possam ter acesso a informações e métodos contraceptivos, sabemos que, apesar disso, muitas gravidezes indesejadas acontecem. O que ocorre, neste caso, em um país onde a

que buscar meios de arranjar o dinheiro para comprar o remédio abortivo (vendido em camelôs) ou submeter-se a um “profissional” que atua em condições precárias e insalubres, ambos procedimentos podendo colocar em risco sua vida.

Em um país onde o aborto não é considerado crime, a situação é outra, o que não quer dizer que seja favorável ou estimulante da sua prática. Ao contrário, a jovem grávida será atendida por profissionais competentes, com apoio psicológico, social e médico, que discutirão com ela as razões pelas quais ela foi levada a pensar em abortar. Não seria uma exigência do namorado, ou dos pais? Nestes casos, a jovem passa a ter na equipe do serviço de saúde um apoio para rever sua decisão frente às pressões familiares. Também são consideradas as condições emocionais e econômicas da jovem, buscando demonstrar-lhe suas reais possibilidades de manter a gravidez.

Finalmente, são discutidos os aspectos morais, relativos à interrupção de uma gestação e as consequências disto na personalidade e no caráter desta jovem. São estes cuidados e atenções que fazem com que muitas jovens tenham condições de rever sua decisão inicial. Mas, qualquer que seja sua decisão, esta será muito mais madura e, portanto, prejudicará menos sua vida.

Digam-me, sinceramente, em qual dos dois países estão sendo tomadas medidas para prevenir o aborto? 

## Aborto: descriminalizar para prevenir

prática do aborto é um crime e em outro país, onde o aborto foi descriminalizado?

No país onde é crime, esta jovem estará privada de uma informação confiável sobre condições de segurança e qualidade, e do acesso a serviços públicos.

Isto impedirá que o aborto seja praticado? Infelizmente, a realidade nos diz não. Se esta jovem for rica, ela poderá ser melhor atendida em serviços privados. Se ela for pobre, terá

\* Cientista política, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

# Quer saber como o dinheiro público é empregado na **Fiocruz**?

Visite o site

## www.fiocruz.br/ccs

e veja que o seu imposto é revertido em ações de saúde pública.

### Agência Fiocruz de Notícias:

divulgando o que a Fundação Oswaldo Cruz faz por cada brasileiro.

e-mail: [ccs@fiocruz.br](mailto:ccs@fiocruz.br) tel: (21) 2270-5343

Ministério da Saúde **Fiocruz** Fale com a Fiocruz Busca  no Portal  FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

#### Agência Fiocruz de Notícias

Saúde e ciência para todos

Segunda-feira, 9 de abril de 2007

Notícias

Galeria de fotos

Entrevistas

Opinião

Especiais

Fio da História

Glossário de doenças

Estante

Equipe/Contato



**Ovitrampas podem reduzir custos no combate ao mosquito transmissor do vírus do dengue**

**Dissertação de mestrado mostra que armadilhas especiais para cocher em do Aedes aegypti e testadas em Pernambuco podem ser um método de combate à doença mais barato do que a metodologia empregada atualmente pelo Programa Nacional de Controle do Dengue**

Entrevista

Nutricionista diz como evitar altas taxas de colesterol desde a infância



#### Proteína de bactéria tem potencial aç

nutricionistas e dos adeptos da alimentação saudável e a biologia molecular introduziu um novo olhar sobre o p como matriz do desenvolvimento de novos produtos c Manaus, as lentes dos microscópios estão voltadas p violaceum. O estudo do genoma da espécie acusou p potencial emprego no combate a doenças como e enfermidades causadas por fungos. Além disso, anális facilidade com a qual a espécie se adapta aos dife pesquisadores crêem que existam mecanismos molecula pela façanha.

