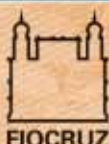


RADIS

comunicação em saúde



FIOCRUZ

Nº 13 • Setembro de 2003

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

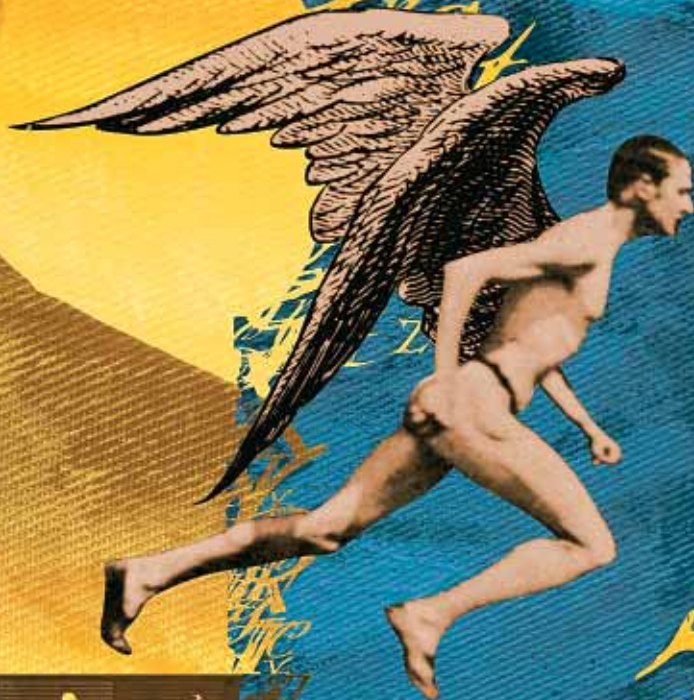
050200482-2/2001-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS



SAÚDE COLETIVA

É PERMITIDO SONHAR

(quase) tudo sobre o
7º Congresso da Abrasco



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

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

Inaugurando a página, apresentamos a **grande questão** sobre Comunicação em Saúde a ser apresentada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, e que vem ocupando nossas manchetes particulares há muitos anos.

REDE
trama, tecido, relações horizontais, radicalidade democrática, transparência, disputa de sentidos entre atores, centralidades, expansão ilimitada

PÚBLICA
de todos, para todos, a partir de todos, expressão de um novo modo de relacionamento governos/sociedade em relação à informação, nova ética comunicacional

NACIONAL
integração, unidade na multiplicidade, política de respeito a políticas, reconhecimento da diversidade cultural, social, política, brasileira

Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde

COMUNICAÇÃO
tornar comum, sentido ampliado, vinculação social, medula do corpo social

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
nem união, nem intersecção de áreas. terceira coisa, saber próprio, usos próprios, perspectivas, soluções, métodos, conflitos próprios

SAÚDE
direito síntese, sentido ampliado, bem estar físico, mental, social

Está expressa, no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, de 2000, no parágrafo 110, a seguinte proposição:

"Institucionalização de uma **Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde**, com diretrizes previstas nos planos de saúde e deliberadas pelos conselhos e conferências; que integre, via Internet e outros meios de comunicação, os conselhos de saúde, Poder Executivo (os três níveis), comissões intergestores, Legislativo, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social."

Os parágrafos seguintes estabelecem as funções e compromissos dessa rede, traçam um desenho de sua configuração inicial e relacionam uma série de atores ('nós' dessa rede) que já estão interligados ou que são potenciais integrantes dela.

Tal proposição é consequência de um longo trabalho coletivo, cons-

trução paciente e brava ao longo de um bom tempo.

O que falta, então?

A implantação efetiva da Rede, que já existe, embora não nomeada como tal, **e sua operacionalização**.

Esta é a quase-única proposta de discussão sobre comunicação em saúde para a Doze, descrita no documento encaminhado pelo GT-Comunicação e Saúde da Abrasco ao Ministério da Saúde e à Coordenação-geral da Conferência:

"Atualmente, parece impossível avançar qualquer discussão sobre Comunicação em Saúde (talvez mesmo sobre ações relativas a controle social) sem que, definitiva e efetivamente, se tenha **existente e visível** a Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde. Toda reflexão, toda avaliação de erro/acerto, toda possibilidade de crítica e construção compartilhada, toda 'correção de

rota', toda e qualquer linha e ser escrita sobre uma política nacional de comunicação parece depender fundamentalmente do fato de que tal Rede, já suficientemente proposta e minimamente delineada, seja uma **realidade**, congregando governos e sociedade, permitindo a circulação de informações, uma nova espécie de diálogo e uma nova ética comunicacional. (...) A urgência é pelo mapeamento dessa Rede, pela identificação de novos atores e potenciais integrantes, pela definição de estratégias de sua divulgação junto às instituições e junto à população, pela promoção de novas conexões e elos, pela ampliação de sua visibilidade e confirmação de seus objetivos, pelo descobrimento de formas de sua legitimação e pela definição de princípios e investimentos."

O documento está na íntegra no site do Radis.

Vocação para o sonho

Soubemos da morte de Sérgio Arouca no aeroporto do Rio de Janeiro, voltando do Congresso da Abrasco. Vão alegre, lotado de gente da Fiocruz e também de amigos chegados de outras esferas próximas. Agora, tristeza.

O Radis não seria o que é sem Sérgio Arouca. Pequeno e restrito projeto da Ensp, distribuído para um cadastro de apenas três mil integrantes, quase todos no Rio de Janeiro, o Radis já tinha em seus princípios, porém, o embrião do que é hoje, em termos de objetivos e usos. E foi isso que Arouca enxergou.

Em 85, assumindo a presidência da Fiocruz, Arouca visualizou o Radis como principal voz impressa da Reforma Sanitária, que influenciaria diretamente o texto constitucional da saúde, em 88. Ele praticamente criou o jornal Proposta, junto com a coordenadora Célia Almeida e o editor Álvaro Nascimento. Foi dele, ainda, a visão de alargamento e extensão do programa, em termos de responsabilidade política com a sociedade. O cadastro passou de 3 mil para 30 e poucos mil assinantes. É inspirada em Sérgio Arouca a visão do que o Radis é hoje e da direção em que caminha. É de Sérgio Arouca a nossa inegável e inarredável vocação para o sonho e para a utopia, nosso mais precioso não-lugar.

A Saúde teve seu *che guevara*, guerrilheiro firme e terno, na figura brilhante de nosso amigo David Capistrano. Sérgio Arouca, no entanto, é o Grande Estadista da Saúde, sempre foi. A generosidade, a capacidade de congregação e compartilhamento e, sobretudo, a imensa e clara visualização

do futuro são marcas do gênio de um estadista.

Todos os que passam pela Avenida Brasil e olham para essa estranha construção em forma de castelo mourisco compreendem, mesmo que não saibam que coisa é essa, que se trata de um louco desvario. Nós sabemos que o castelinho faz parte de um sonho mirabolante de Oswaldo Cruz, sanitarista que primava pela capacidade de enxergar o futuro. Em 1985, Sérgio Arouca não só retomou como reimprimiu na Fiocruz a marca dessa vocação para o sonho. Cada vez que nos afastamos dela, sabemos bem disso, nos tornamos mais um organismo a fazer 'ciência institucional'. Cada vez que, ao contrário, nos apropriamos dos sonhos mais altos sonhados pelo amado guru 'Ralah Rikota', como ele era carinhosamente chamado, nos aproximamos dos desejos da população, dos desejos da humanidade, enfim, dos desejos.

Esse congresso da Abrasco é desde já histórico, por uma série de razões, coincidências, emoções várias. A revista que você tem às mãos, com graça, informação, críticas, reflexão, humor e poesia, filosofia e arte, está também inchada de amor 'filial'. Com ela, homenageamos com nossos sonhos mais brilhantes e verdadeiros aquele que foi uma 'usina de sonhos', como nosso amigo Umberto Trigueiros, coordenador do Departamento de Comunicação em Saúde, o retratou em sua emocionada apresentação na premiação da IV VideoSaúde.

Adiante, portanto, e, como o próprio Arouca dizia: "Saravá"!

CACO



NOSSA CIVILIZAÇÃO EVOLUIU TANTO QUE FINALMENTE ATINGIU O AUGE DA BARBÁRIE

Comunicação em Saúde	2
♦ A Rede de Comunicação em Saúde	
Editorial	3
♦ Vocação para o sonho	
Caco	3
Cartas	4
Súmula da Imprensa	5
Toques da Redação	7
Violência e Saúde	8
♦ Mostra debate ações preventivas	
7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	10
♦ O espetáculo da diversidade	
Entrevista: Gilson Carvalho	14
♦ "Os grandes aliados da implantação do SUS abandonaram a luta central"	
Organização e gestão do SUS	16
♦ Saúde: um direito humano fundamental	
Recursos humanos	19
♦ Regulação e despreciação do trabalho na área da Saúde	
Formação profissional em Saúde	22
♦ Graduação em Saúde Coletiva: sim ou não?	
Entrevista: José Ivo Pedrosa	24
♦ "É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social"	
Comunicação e informação	26
♦ Prioridade é a implementação da Rede de Comunicação em Saúde	
Entrevista: Mirta Roses Periago	28
♦ "O âmbito do 'público' é maior do que o âmbito do Estado"	
Controle Social	30
♦ Legitimidade e liberdade para os conselheiros	
12ª Conferência Nacional de Saúde	32
♦ Comunicação e informação completam o temário da Conferência	
A Saúde na Imprensa	33
♦ Casos Inca e Funasa motivam temporada de caça às bruxas	
Serviços	34
Pós-Tudo	35
♦ A Grande Saúde	
Ora, Pílulas...	35

Capa: Aristides Dutra

Esta capa foi inspirada nas imagens que o designer inglês Dave McKean produziu para a série de histórias em quadrinhos *The Sandman*, também conhecido como Lorde Morpheus, o mestre dos sonhos.

A foto de Arouca é de Nana Moraes e as imagens adicionais são de Eadweard Muybridge e Gustav Doré.

Agradecimentos a Gustavo Alves e a Hélio Nogueira.

CARTAS



CHAPA BRANCA

Sou assíduo leitor desta revista, desde os seus primeiros números, e sempre concordei com a linha programática da mesma, pela sua imparcialidade e independência. Porém, de uns tempos para cá, deparei-me na última folha com uma propaganda enganosa do Governo populista Lula (D. João VI) sobre o Fome Zero. Equivocada desde a sua simbologia (um talher), pois o pobre muitas vezes não tem nem colher e utiliza as próprias mãos para levar o parco alimento à boca, a propaganda também dissimula o arrocho que a população brasileira está sofrendo pela política neoliberal do referido governo (desemprego, juros altos, estado mínimo, reajuste de 1% para os servidores, privatização da previdência, etc.) determinada pelo FMI, Banco mundial e detentores do capital especulativo.

Está na hora de rever a propaganda mencionada, sob o risco de a revista acabar sendo considerada 'chapa branca' do governo federal. Oriente-se, por favor.

Menabarreto Segadilha França
(por e-mail)
Manaus/AM

RADIS VIRA REFERÊNCIA NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SANTA CATARINA

Mais uma vez parabéns pela última Medição da Radis. As páginas 10 e 11 (matéria sobre o temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde) serão reproduzidas e encaminhadas para todos os municípios de Santa Catarina, e também incluídas como material de referência para apoio às etapas municipais da Conferência. Elas também já estão disponíveis em nosso site (www.saude.sc.gov.br).

Por conta da excelência da revista (já cantada em prosa e verso em mails anteriores e em todos os lugares onde vou), estou encaminhando os endereços das Diretorias e Gerências da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para garantir o seu encaminhamento regular para todos os locais institucionais do gestor estadual. Considero essa uma iniciativa de educação permanente de grande impacto para a SES, já que o debate proporcionado pelo Radis motiva naturalmente (ou culturalmente?) pela qualidade das pautas e a profundidade e seriedade das abordagens. O acesso ao Radis pela internet foi outro gol de placa. No campo da mídia da saúde pública, vocês são apenas o máximo.

Flávio Magajewski
Diretor de Planejamento e Coordenação/SES — Santa Catarina

PROMOÇÃO

'Dê um nome ao cachorrinho da Fome'

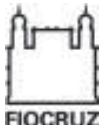


Domingos Sávio, Bernadette, Caco Xavier, Rogério Lannes e Furio, durante o café da manhã.

Foi com enorme prazer que o Radis recebeu os vencedores da promoção 'Dê um nome ao cachorrinho da Fome' para a entrega dos prêmios e do original do desenho. Três dos 17 vencedores estiveram presentes no café da manhã que consagrou a premiação. Bernadette Araújo dos Santos, vencedora com o nome Fominha, se mostrou muito feliz em participar dessa celebração. "Achei que o concurso teria uma repercussão muito grande, pois mexe com um assunto de suma importância: a fome", explicou Bernadette. Para escolher o nome, a vencedora se inspirou nos olhos esbugalhados do nosso vira-lata e do seu jeito franzino. A expressão do cachorro foi tão marcante que Furio Devescovi fez questão de participar da promoção, sugerindo apenas o nome vencedor: 'Fominha'. "Fiz questão de concorrer apenas com um único nome que era a cara do cachorrinho e retratava a realidade do país", esclareceu. Segundo colocado entre as 247 sugestões que o Radis recebeu, o nome 'Costelinha' foi sugerido por Domingos Sávio e outros seis leitores. Ele explica que deu ao nosso vira-lata o mesmo nome dado ao seu cachorro, largado ainda filhote na porta da sua casa todo machucado e faminto. "O cachorrinho da revista me lembrou a sua história", disse o nosso leitor.

O Radis agradece a participação de Bernadette, Furio e Domingos e de todos os ganhadores que, certamente, estiveram presentes em pensamento na nossa festa de premiação.

EXPEDIENTE



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

Periodicidade: Mensal
Tiragem: 42 mil exemplares
Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha
Editor: Caco Xavier

Subeditora: Ana Beatriz de Noronha
Subeditor de Arte: Aristides Dutra
Assistente de Arte: Hélio Nogueira
Redação: Carlos Gustavo Trindade e Katia Machado

Estudos e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Administração: Cícero Carneiro, Márcia Pena, Onésimo Gouvêia e Vanessa Santos

Endereço

Av. Brasil, 4036, sala 515 — Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ — CEP: 21040-361
Telefone: (21) 3882-9118
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: radis@ensp.fiocruz.br

Site: www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impressão e Fotolito

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 respon-

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o Radis um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

SÚMULA DA IMPRENSA

A POLÊMICA SOBRE A REUTILIZAÇÃO DE MATERIAIS HOSPITALARES



Dificuldades em controlar a utilização de materiais descartáveis nos procedimentos médicos e cirúrgicos farão com que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) crie portaria para permitir a reutilização controlada de alguns desses produtos. Os hospitais, no entanto, terão que obedecer a procedimentos para esterilização, limpeza e teste de funcionalidade, que deverão ser informados em protocolo para evitar problemas associados à má utilização. A portaria em vigor do Ministério da Saúde, de 1986, proíbe a reutilização, mas não tem sido obedecida pelos hospitais onde é comum o uso de produtos como cateteres cardíacos, pinças de biópsias e drenos até estarem completamente desgastados. A indústria resiste à mudança proposta pela Anvisa em relação à reutilização de materiais hospitalares de forma radical, tendo como portavoz a Associação Brasileira dos Importadores de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico-Hospitalares (Abimed).

A farmacêutica Carla Viotto Belli, uma das diretoras da Abimed, afirma que a indústria não pode ser responsabilizada em casos de acidentes com os materiais reutilizados, porque os fabricantes só têm como garantir o primeiro uso e não existe a garantia de cumprimento pelos hospitais do que será prometido nos protocolos. O presidente da Anvisa, Cláudio Maierovitch, diz que a indústria está contra a futura portaria, porque o reprocessamento dos materiais hospitalares não é vantajoso comercialmente. Segundo ele, os hospitais serão punidos caso haja problemas em relação aos produtos reprocessados com multas e até interdições e fechamentos. A nova portaria a ser criada pela Anvisa propõe que os materiais reutilizados tenham garantia de funcionalidade e esterilidade equivalente a de um produto novo e a proibição da comercialização e reutilização de 30 produtos. Além das questões de segurança e qualidade, existe a perspectiva de grande economia já que, por exemplo, um cateter cardíaco custa em torno de R\$ 5 mil.

EXPECTATIVA DE MENOS SOFRIMENTO NO TRATAMENTO DE CÂNCER

Os pacientes que se submetem a tratamentos quimioterápicos para combater o câncer poderão viver com mais qualidade de vida devido aos avanços da 'terapia molecular' ou 'terapia biológica'. É o que prevê o oncologista clínico e pesquisador do Instituto Nacional do Câncer (Inca) Daniel Herchenhorn em artigo publicado dia 10 de agosto no caderno 'Jornal da Família' de 'O Globo'. Segundo ele, as medicações (anticorpos) da 'terapia molecular', direcionadas contra determinadas proteínas ou antígenos celulares responsáveis pelo crescimento da célula tumoral, não apresentam os efeitos colaterais frequentes dos quimioterápicos como náuseas, vômitos, alterações nas taxas sanguíneas e quedas de cabelo, porque os anticorpos são ligados especificamente em determinados receptores ou enzimas das células.

No artigo são destacadas medicações da 'terapia molecular' em uso, como o transtuzumab para o câncer de mama avançado, e o rituximab para tumores nos gânglios. Também estão mencionadas no artigo outras drogas cujos estudos têm sido promissores, caso dos anticorpos anti-EGFR (fator de proliferação epidérmica) para tumores de cabeça, pescoço e cólon, e os inibidores da enzima tirosinquinase intracelular para tumores no pulmão. Herchenhorn acha possível que nos próximos cinco ou 10 anos as novas drogas estejam mais difundidas, inclusive combinadas aos agentes quimioterápicos tradicionais.

ACIDENTES DIMINUEM MUITO COM O USO DO ÁLCOOL GEL



Após tantos anos usado e preferido pelas donas de casa, o álcool líquido tem se destacado pelo perigo que representa segundo pesquisa da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) feita em 56 cen-

tros de tratamento de queimados no país. O resultado do trabalho, apresentado em agosto, aponta para uma redução de 45% nos casos de acidentes depois da proibição de venda do produto ocorrida há um ano e a substituição pelo álcool gel. A Associação Brasileira dos Produtores e Envasadores de Álcool (Abraspae), que conseguiu autorização temporária para venda do produto por meio de uma liminar, questiona o resultado da pesquisa por considerar que não existem dados oficiais. De acordo com a entidade, os acidentes acontecem por causa da má utilização do produto, embora esteja disposta a fazer mudanças na embalagem e conteúdo para tornar mais seguro o seu uso.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que efetuou a proibição e toma como base os dados da SBQ, admite a falta de estatísticas governamentais. Os números eram assustadores antes da proibição da Anvisa, pois sete de cada 10 adultos queimados feriam-se com álcool líquido. Mesmo assim, a Abraspae obteve da Justiça autorização temporária para comercialização do produto, enquanto o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (DF) não toma uma decisão sobre o assunto. Apesar de estar liberado, é muito raro encontrar álcool líquido nos estabelecimentos comerciais, o que causa descontentamento da maioria dos usuários des acostumada a utilizar o álcool gel.

A ESPERADA LEI DE BIOSSEGURANÇA

A futura aprovação da Lei de Biossegurança tem agravado o grande embate existente entre os favoráveis aos alimentos geneticamente modificados (transgênicos), caso dos produtores rurais, da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do RS, da multinacional Monsanto, de ONGs como os 'Amigos da Terra', e os contrários encabeçados pelo MST e o Greenpeace. Não é à toa que as reuniões do Governo para discutir o projeto de biossegurança, que estabelecerá regras para o plantio e pesquisas de transgênicos, têm sido prolongadas e o envio do projeto para o Congresso postergado desde o dia 21 de julho. "O assunto é tão polêmico, difícil e árduo para termos consenso no governo, que as discussões se prolongaram além do previsto", admitiu o ministro da Agricultura, Roberto Rodrigues, que é favorável à produção de transgênicos.

Paralelamente, seguem as brigas na Justiça contra a produção transgênica. Um dos últimos rounds foi a decisão do Ministé-

rio Público Federal de recorrer contra a autorização obtida pela empresa Monsanto, por meio de liminar, para o plantio comercial de soja. O Greenpeace argumenta que, apesar da liminar, o plantio do produto não está liberado por depender de Estudo de Impacto Ambiental (EIA/RIMA) conforme previsto na Constituição. A Lei de Biossegurança, que regulamenta aspectos comerciais e socioeconômicos, ecológicos e de saúde, deverá ser votada em regime de urgência (45 dias).

Os defensores dos transgênicos alegam que o produto possibilita o enriquecimento de alimentos e aumento da produtividade; a falta de provas em relação a danos à saúde e que podem contribuir no combate à fome. Já os contrários temem pela saúde dos consumidores e entendem que seria comercialmente desinteressante porque o mercado europeu não aceita o produto. A controvérsia acontece justo no momento em que ocorrem conflitos sociais e ainda estão em plena efervescência às discussões sobre as reformas da Previdência e Tributária.

LIMINAR DO STF MUDA REGRAS DA ANS PARA PLANOS DE SAÚDE



Os usuários de planos de saúde com contratos assinados antes da Lei 9656/98 foram pegos de surpresa, em agosto, após liminar da Justiça. Por unanimidade, os ministros do Superior Tribunal Federal (STF) decidiram que as regras mínimas determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não valem para os contratos assinados antes de 1998, pois consideraram que as mudanças violam o direito adquirido e o ato jurídico perfeito. Entre as regras apreciadas pelo STF, figuram o limite ao reajuste das mensalidades de usuários acima de 60 anos e a proibição em relação às operadoras de suspenderem internações hospitalares e rediscutirem unilateralmente um contrato. De acordo com a ANS, as regras são para garantir o respeito à Lei.

A Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), que moveu a ação de inconstitucionalidade quanto à Lei 9656/98, em 1998,

aproveitou a decisão do STF para enfatizar a necessidade de rediscuti-la para que seja levada à negociação. A Lei obriga as operadoras de planos de saúde a darem cobertura aos casos de doenças preexistentes ou congênitas; a AIDS e ao câncer; para os portadores de quaisquer tipos de deficiência; aos portadores de transtornos mentais e para transplantes de rins e córneas. Conforme a Lei, não há limite no número de diárias em casos de internação, inclusive em UTI.

GOVERNO AMEAÇA QUEBRAR PATENTES DE LABORATÓRIOS QUE FABRICAM REMÉDIOS ANTI-AIDS

Nunca na história do Brasil um governo pressionou tanto os laboratórios transnacionais para redução dos preços de remédios com a possibilidade da quebra de patentes, como ocorre em relação aos anti-retrovirais utilizados em coquetéis para tratamento de AIDS. Embora tente a negociação por todos os meios junto aos laboratórios Merck Sharp e Dhome, Abbot e Roche, o governo procura garantir a quantidade necessária para o país dos anti-retrovirais. O diretor do Programa de DST/Aids, Alexandre Granjeiro, afirma que a preferência é de chegar a um consenso com a indústria sobre os preços dos produtos, mas o acordo está difícil e existem variações para cima de 40% a 80% em relação ao Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos), da Fiocruz, caso assuma a produção dos medicamentos com a licença liberada. "Já existe consenso no governo sobre a necessidade de licença compulsória", disse.

Segundo Granjeiro, existem dois pontos muito sensíveis na questão dos anti-retrovirais para tratamento de AIDS: a possibilidade de fazer a licença compulsória e, se ainda não tiver capacidade de produção nacional, optar pela importação. Entretanto, conforme as atuais regras, só seria possível a importação se os laboratórios detentores das patentes autorizarem. Com a futura mudança no decreto 3201/99, que dispõe sobre a concessão de licença compulsória em casos de emergência nacional e interesse público, o governo garantirá a preferência do detentor da patente só se atender as necessidades pela qual foi feita a licença compulsória. Ou seja, o detentor da patente teria que garantir os mesmos preços, qualidade, tempo e quantidade quanto ao estipulado em outros países.

A possibilidade de importação dos anti-retrovirais para tratamento de AIDS também tem pendências em negociações na Organização Mundial do Comércio (OMC). Quando tudo parecia acertado, no final de agosto, entre os 146 países que

compõem a OMC sobre o uso de remédios genéricos por países pobres em caso de crise da saúde pública para tratamento de doenças como tuberculose, malária e AIDS, surgiu um impasse. Apesar de aceitarem a proposta, Argentina e Filipinas pediram um tempo para poderem tornar públicas algumas preocupações quanto a mudança no Acordo Trips (*Trade Related Intellectual Property Rights*) firmado em Doha-Catar, em novembro de 2001, para promover o acesso universal e equitativo aos medicamentos essenciais. O Brasil poderá importar anti-retrovirais da Índia, para onde segue uma missão de especialistas em saúde de diferentes segmentos do Poder Público, no início de setembro.

O país conta também com as perspectivas de produção dos mesmos anti-retrovirais no instituto Far-Manguinhos, da Fiocruz, onde está em fase final de desenvolvimento para depois passar pelo teste de qualidade, que dura de três a seis meses, e colocação em escala de produção industrial, que pode levar até oito meses. Durante as negociações com o governo, a indústria Merck Sharp e Dome admite a possibilidade de fazer licença voluntária com a transferência tecnológica para Far-Manguinhos do anti-retroviral Efavirenz, mas dependerá das condições colocadas quanto a preços e prazos. A diretora de Far-Manguinhos, Núbia Boechat, gosta da idéia: "Seria muito bom, porque é um produto de marca e importante no tratamento de AIDS, feito por uma empresa de nome. Ganhariam Far-Manguinhos e o governo brasileiro, porque mostrariamos que podemos trabalhar sem problemas com os laboratórios transnacionais", conclui Núbia.

Preços no Brasil dos medicamentos protegidos por patente

Laboratório Roche

♦ *Nelfinavir* 250 mg: US\$ 0,53/cápsula

Laboratório Abbot

♦ *Lopinavir/Ritonavir* – cápsulas 133,33+33,33 mg: US\$ 1,50/cápsula

Laboratório Merck Sharp e Dhome

♦ *Efavirenz* 600 mg: US\$ 2,10/comprimido

Produção Nacional por Far-Manguinhos

♦ *Nelfinavir* 250 mg: US\$ 0,27/cápsula
♦ *Lopinavir/Ritonavir* – cápsulas 133,33 + 33,33 mg: US\$ 0,25/cápsula
♦ *Efavirenz* – 600 mg: US\$ 0,87

Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.



toques da redação

SOCORRO CUBANO — O governo de Cuba propôs ao Brasil a vinda de 100 médicos e 100 enfermeiras para atuarem na assistência a áreas indígenas que têm dificuldades de atrair profissionais da área de saúde formados no país. O Ministério da Saúde cogita esta possibilidade para identificar potenciais de articulação entre os dois países na área de saúde. Ao anunciar a novidade durante o painel 'A Integralidade da Atenção à Saúde: Estratégias de Organização das Ações no SUS', no 'Abrascão', o secretário Nacional de Atenção à Saúde, Jorge Solla, lembrou que a situação indígena no Brasil é bastante complicada, com vários indicadores de mortalidade infantil, morbidade de doenças infecciosas e problemas de cobertura vacinal, resultados de um quadro epidemiológico bastante comprometido. Segundo ele, o governo defende a necessidade de buscar estratégias mais amplas possíveis para resgatar a capacidade de intervenção na área de saúde indígena.

DEBATE SOBRE A FOME — O Grande Debate 'Em Busca dos Objetivos do Milênio: Desenvolvimento e Erradicação da Pobreza e da Fome' do 'Abrascão' ficou marcado pela polêmica sobre se a prioridade de intervenção deve ser o campo ou a cidade. O presidente do BNDES, Carlos Lessa, discordou do presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Manoel José dos Santos, que defendia uma política estrutural de desenvolvimento do país para as áreas rurais, onde considera ser mais grave o problema da fome. Embora tenha afirmado que a reformulação deve passar pelos bolsões de pobreza urbanos e do interior, Lessa lembrou que a maior parcela da população do país (80%) vive nas grandes cidades e depende muito mais da renda monetarizada do que o homem do campo, que tem a oportunidade da coleta. O economista disse que o Brasil apresenta condições de supe-

rar o problema da fome num prazo relativamente curto, porque a produção de alimentos no país é suficiente, e destacou como variáveis-chave para resolvê-lo as reduções das restrições fiscais, melhor adequação da logística para distribuição de alimentos, o emprego e a inserção adequada na estrutura produtiva. Já Santos afirmou que os apoios para áreas rurais não devem ficar restritos a ações emergenciais, como os programas Bolsa Escola e Fome Zero. Segundo ele, devem ser criados projetos de desenvolvimento para viabilização econômica e planejamento que permitam melhorar a assistência técnica, agregar valor ao que é produzido e facilitar a comercialização dos produtos excedentes.



AGENDA DE SAÚDE PARA A AMAZÔNIA LEGAL — Cerca de 180 pessoas se reuniram, entre os dias 08 e 09 de agosto, na cidade de Manaus, para a construção de uma agenda de saúde para a Amazônia Legal, composta pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, localizados na região Norte, e Mato Grosso e Maranhão, localizados, respectivamente, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. As discussões fizeram parte da 1ª Oficina de Planejamento da Região, que integra o Projeto Amazônia Legal, voltado para a criação de estratégias que possibilitem um desenvolvimento regional sustentável, respeitando as especificidades e potencialidades locais.

O evento contou com a presença de representantes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde, dos Conselhos de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais

de Saúde (Conasems), de instituições de pesquisa e lideranças de usuários representando os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde dos nove estados brasileiros que formam a Amazônia Legal.

O Radis estará acompanhando as reuniões que compõem a agenda do Projeto Amazônia Legal, como a reunião da Oficina de Ciência e Tecnologia em Saúde, da Oficina de Informação em Saúde, da reunião de avaliação do projeto e do lançamento do Projeto, que acontecerão em outubro, na cidade de Belém. E mais: na próxima edição, o leitor poderá conferir a reportagem completa sobre as discussões e propostas apresentadas durante a 1ª Oficina realizada em Manaus.

EUFORIA E TRISTEZA — Sempre de olho no que se passa na Vigilância Sanitária, o repórter desta coluna, Fontes Fidedignas, registrou a grande insatisfação das pessoas que atuam no setor com o temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Apesar de estarem eufóricos com a estréia oficial da Vigilância no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que pela primeira vez incluiu nominalmente o tema em seu programa, eles temem que a Conferência, cujo temário não enfoca diretamente a questão, represente um retrocesso na participação da Vigilância nas estruturas formais de negociação do SUS. O choro é geral, mas eles garantem que, de uma forma ou de outras, estarão presentes na Conferência, lutando para preservar os espaços que conseguiram conquistar a duras penas.

EXTRA! EXTRA! — Com o objetivo de divulgar a 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca) e, dessa forma, ampliar a participação popular no maior evento nacional da Saúde, foi lançado o 'Jornal da 12'. A publicação, uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, está sendo produzida e editada pelo Radis e estará disponível no site da Conferência (www.12conferencia.saude.gov.br). Leia, informe-se e participe! 



VIOLÊNCIA E SAÚDE

Mostra abre espaço para o debate sobre ações preventivas

Ana Beatriz de Noronha

Em agosto, vários jornais do Rio noticiaram que o crescimento da violência urbana havia levado o Hospital Souza Aguiar, que tem a maior 'emergência' da cidade, a criar um novo setor para atender pacientes que chegam baleados, esfaqueados ou feridos por qualquer outro tipo de agressão. Esse é apenas mais um sinal das enormes proporções que a questão da violência alcançou no Brasil. Para se ter uma idéia, no país ocorrem cerca de 24,9 homicídios para cada 100 mil habitantes, índice quatro vezes maior do que a média mundial. O quadro é alarmante e, segundo diversos estudos realizados na década de 90, pode piorar, uma vez que as cidades com mais de 50 mil habitantes apresentam uma forte tendência ao aumento das causas externas na mortalidade juvenil, bem como um aumento da criminalidade nesse grupo etário.

Além de representar um sério problema econômico para o país, que gasta 1,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB) no tratamento das vítimas de acidentes e agressões, a violência se transformou em um grave problema de saúde pública, por ser a principal causa de morte dos jovens brasileiros, e de desagregação social, por afastar as pessoas, diminuindo a capacidade de mobilização da sociedade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **acidentes e violências** são responsáveis por 72,2% e 64% das mortes ocorridas, respectivamente, na população das faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos.

No Brasil, a violência atinge principalmente os jovens e os mais pobres, estando diretamente relacionada à má distribuição de recursos financeiros, educacionais e culturais. Segundo a pesquisadora e coordenadora do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves/Ensp/Fiocruz) Maria Cecília Minayo, em entrevista ao Conselho Nacional de Saúde, é preciso acabar com a idéia hegemônica da



A aranha tornou-se o símbolo do Quatro Varas, cujo objetivo é construir uma teia comunitária, uma rede de vida que valoriza o vínculo com a terra, com a cultura e com as tradições.

violência como criminalidade se quisermos reverter a situação. "Devemos tratar o tema dentro dos marcos conceituais dos direitos sociais, dos direitos humanos e dos direitos individuais. O papel da polícia é importante, mas é muito pequeno diante da complexidade das causas que hoje contribuem para configurar o quadro em que vivemos", afirma.

Acidentes são eventos não intencionais e evitáveis, causadores de lesões físicas ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer. Os acidentes se apresentam sob formas concretas heterogêneas quanto ao tipo e à repercussão.

Violências são ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, que causam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si mesmos ou a outros. Apresentam profundo enraizamento nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como na consciência individual.

Tudo isso levou o Ministério da Saúde, que em 2002 gastou cerca de R\$ 350 milhões em internações devido a causas externas, a considerar prioritária a implementação das Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (maio/2001) e por Violência no Trânsito (fevereiro/2002), cujo objetivo é desenvolver uma nova forma de enfrentamento da questão, combatendo o problema por meio de ações articuladas que valorizem a promoção da saúde, a assistência e a prevenção de riscos, e sejam desenvolvidas em parceria com diversos órgãos do governo, instituições de ensino e entidades da sociedade civil organizada.

EDUCAÇÃO E CULTURA CONTRA A VIOLÊNCIA

Inaugurada no dia 7 de agosto, no Centro Cultural da Saúde, no Rio de Janeiro, a mostra *Sociedade Viva – Violência e Saúde* integra diversas iniciativas de organizações públicas e da sociedade civil, que têm por pressuposto ético a defesa da vida e o desenvolvimento humano. Organizado pelas Coordenações-Gerais de Documentação e Informação e de Prevenção à Violência e Causas Externas do

Ministério da Saúde, o evento tem como tema central 'Participação comunitária — o saber, a prática e a organização da sociedade' e visa, por meio de uma abordagem educativa e cultural, disseminar informações, fomentar um amplo debate sobre os diversos aspectos da violência e multiplicar o resultado positivo de experiências realizadas por diversas instituições e organizações comunitárias que trabalham a questão da cidadania como caminho para a construção da paz e da justiça social.

De acordo com Márcia Rollemberg, coordenadora-geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde, a mostra traz uma nova perspectiva para o enfrentamento da violência. "Os trabalhos apresentados confirmam que a violência pode ser superada e, certamente, revitalizam as nossas forças no sentido de saldar o débito social que temos com a juventude brasileira", disse Márcia, na cerimônia de inauguração da exposição, ainda embalada pelo otimismo e alegria trazidos pelo coral do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) que, sob a regência de Paulo Malaguti, afirmou, cantando, que é possível o 'não' virar pro 'sim' e o mal virar pro bem.

Para Fernando Donato Vasconcelos, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, o maior valor da exposição está em destacar a intersectorialidade e a continuidade das ações como fundamentais para a solução do problema da violência no país. "Apesar de a violência ser um problema de saúde pública, não se pode acreditar que as questões relacionadas a ela serão resolvidas apenas no interior da área da Saúde e muito menos durante um único governo", afirmou, lembrando ainda de Sérgio Arouca como exemplo de perseverança e combatividade tão necessárias à superação do desânimo e da descrença na luta contra a violência.

QUATRO VARAS E MORRINHOS

Em 1988, como resposta ao desafio de resgatar direitos básicos de migrantes sertanejos que viviam na Favela do Pirambu, em Fortaleza (CE), foi criado o Movimento Integrado de Saúde Comunitária, também conhecido como Projeto Quatro Varas (www.4varas.com.br), que cresceu devido à força, à capacidade de mobilização e ao desejo de integração de seus membros, e transformou a favela numa comunidade ativa que valoriza a reflexão e estimula as desco-

bertas dos valores pessoais e culturais, sempre colocados a serviço das dinâmicas individuais e coletivas. Todo esse processo pode ser visto em uma das exposições que compõem a mostra *Sociedade Viva — Saúde e Violência* e que é formada por alguns dos 180 desenhos que ilustram o livro *Do sertão à favela. Da exclusão à inclusão*.

As imagens, feitas por jovens de 14 a 21 anos, retratam tanto os fenômenos do êxodo do agreste, da degradação familiar e da violência quanto da organização comunitária e suas vitórias. Para Adalberto Barreto, coordenador do Quatro Varas, o projeto é um grande exemplo de que as melhores soluções vêm daqueles que vivem os problemas. "É preciso apenas acreditar nas pessoas, abandonando o modelo que privilegia o que não funciona e focalizando a competência em lugar da carência", garante.

Na escadaria de entrada do Centro Cultural da Saúde, onde foi montada uma parte do *Morrinho*, os visitantes podem ver uma pequena amostra da realidade das favelas do Rio de Janeiro. O *Morrinho* original é uma maquete de 120m², situada no alto da comunidade Vila Pereira da Silva (favela do Pereirão), no bairro das Laranjeiras, e construída, desde 1998, por meninos da comunidade que criavam, em miniatura, o universo em que viviam e brincavam, utilizando blocos de 'Lego' como personagens. Em 2001, a brincadeira acabou chamando a atenção de uma equipe de documentaristas que permitiu que os meninos gravassem o próprio jogo com uma câmera digital. A iniciativa acabou dando origem ao Projeto TV-Morrinho, uma produtora-escola,



Violência familiar: a face oculta do problema.

coordenada pelo cinegrafista Fábio Gavião, cujo objetivo é capacitar profissionalmente jovens em situação de risco e promover atividades artísticas e culturais para crianças, adolescentes e adultos da comunidade. O resultado do trabalho, pode ser lido em mensagens 'grafitadas' nas paredes da própria maquete: "Dance e balance sem violência", "Sou preto, pobre a favelado. E daí? Sou filho de Deus", "Vamos traficar cultura! É a nossa criatividade".

No Rio de Janeiro, até o dia 29 de novembro, além da exposição permanente, que pode ser visitada de terça a sábado, das 10h às 17h, serão exibidos mais de 100 vídeos e organizadas palestras, cursos e apresentações culturais em diversos espaços da cidade, com entrada franqueada a todos os interessados. Depois dessa data, a mostra será levada para, pelo menos, um estado de cada região do país, agregando experiências de cada localidade e envolvendo profissionais e usuários em diversas atividades. A versão virtual da mostra está disponível no *site* do Centro Cultural da Saúde (www.ccs.saude.gov.br).

Mais informações:

Centro Cultural da Saúde

Praça Marechal Âncora, s/nº (Praça XV)

Tel.: (21) 2240-5568

E-mail: ccs@ccs.saude.gov.br



"Na favela do Pereirão, brincadeira virou sinônimo de cidadania."

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA



O espetáculo da diversidade



Ana Beatriz de Noronha e Caco Xavier

Aqueles que estiveram em Brasília de 29 de julho a 02 de agosto presenciaram o maior evento de saúde coletiva do Brasil de todos os tempos. Tudo nesse 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC) foi grande: o número de trabalhos inscritos, de participantes e de painéis, as distâncias, o

Livro de Resumos (em dois volumes), as mobilizações, as expectativas, os encontros, as oficinas, a qualidade das apresentações, a possibilidade dos saberes, o compartilhamento.

Não é à toa que o evento, organizado pela Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), acabou sendo chamado de 'Abrascão'. Nunca um apelido pareceu tão apropriado.

Os números, no entanto, expressam muito mais do que um mero 'cres-

cimento geométrico' de uma certa área de conhecimento. O primeiro congresso da Abrasco aconteceu em 1986, no Rio de Janeiro, reunindo menos de duas mil pessoas no *campus* da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e foi realizado logo depois da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Ao longo das seis edições seguintes, em que passou por diversas cidades do país, o evento cresceu, tornou-se um 'Abrascão' e assumiu o papel de registrar e dar visibilidade à produção teórica da área da saúde coletiva do Brasil, produção essa que provém tanto das linhas de pesquisa das universidades quanto das práticas dos serviços de saúde.

Para Ana Maria Costa, coordenadora da Comissão Organizadora do 7º CBSC, o êxito do Congresso pode ser atribuído ao poder convocatório da Abrasco que, segundo ela, se consolida a cada dia, como uma entidade acadêmica e política de referência para a saúde e para o SUS e ao desejo de todos em retomar, com vigor, o deba-

Participantes: 8 mil
Resumos enviados: 6.500
Eixos temáticos: 12
Comissão científica: 60 integrantes.
Avaliadores ad hoc: 350
Pôsteres apresentados: quase 5 mil, com 92 menções honrosas
Trabalhos apresentados oralmente: 1.085
Sessões de Comunicações Coordenadas: 159
Painéis: 127

Palestras: 29
Colóquios: 13
Grandes debates: 9
Conferências magnas: 3
Livro de Resumos: 2, cada um com cerca de 850 páginas
Oficinas no Pré-Congresso: 40
Cursos: 15
Moções aprovadas: 11

te sobre os rumos da saúde e da reforma sanitária em nosso país.

— Além disso, o evento também é uma grande oportunidade para que os Grupos de Trabalho (GTs) e Comissões da Abrasco reconstruam e atualizem suas agendas, incorporando os novos desafios ali estampados. Certamente, a nova gestão da Associação, eleita recentemente, será pautada pelos vários significados deste Congresso — diz Ana Costa.

Nessa 'parada para balanço', que ocorre de três em três anos, o Abrasco certamente tem funcionado como eixo de reflexão, de indicação de direções e de avaliação — em alguns casos até de proposição — de políticas e práticas de saúde. Este 7º Congresso não foi diferente. Planejado de modo a servir também de evento preparatório para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que acontecerá no início de dezembro, o Congresso foi palco efetivo de debates, discussões, polêmicas e questões que estarão presentes na 'Doze'. Não só isso. Foi palco ainda de articulações, mobilizações, planos para atuação na Conferência, sobretudo de grupos ligados ao controle social, à comunicação e informação, à formação profissional e à educação popular em saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que foi de fato um evento preparatório, de um lado reunindo todos os atores representativos de cada área e sub-área para discutir as questões mais relevantes e atuais, de certa forma 'pautando' os debates da Doze, e por outro fornecendo a possibilidade dos encontros para as articulações necessárias, visando garantir um encaminhamento democrático e eficaz para tais questões.

O Congresso foi todo organizado em torno de doze eixos temáticos: Informação e Comunicação em Saúde; Ciências Sociais e Saúde; Modelos de Atenção à Saúde; Epidemiologia; Gestão do Trabalho em Saúde; Ambiente, Trabalho e Saúde; Controle Social e Direito à Saúde; Ciência, Tecnologia, Inovação em Saúde e Insumos; Políticas, Planejamento e Gestão; Gênero, Etnia e Saúde; Vigilância em Saúde; e Programas de Saúde.

De acordo com Mônia Mariani, secretária-executiva adjunta da Abrasco, os CDs com os resumos e anais do Congresso estarão prontos em meados de outubro, e serão enviados pelo correio aos participantes inscritos e vendidos na Abrasco Livros. "Além disso", diz Mônia, "colocaremos os resumos no site da Abrasco (www.abrasco.org.br) e estamos estudando a viabilidade téc-

Presidente: Moisés Goldbaum (DMP/FM/USP)

Vice-Presidentes: Júlio S. Müller Neto (ISC/UFMT); Madel Therezinha Luz (IMS/UERJ); Paulo Ermani Gadelha Vieira (COC/Fiocruz); Rômulo Maciel Filho (CPqAM/Fiocruz); Soraya Maria Vargas Côrtes (DS/UFRGS)

nica de também disponibilizarmos pela internet os *papers* enviados".

PELO FIM DAS DESIGUALDADES

A cerimônia de abertura do Congresso, realizada na noite do 30 de julho, contou com a presença do Ministro da Saúde, Humberto Costa; do secretário de Saúde do Distrito Federal, Arnaldo Bernardino; do vice-reitor da UnB, Timothy Mulholland; do presidente da Abrasco, José Carvalho de Noronha; do presidente do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Fernando Cupertino; e do presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Luís Odorico de Andrade. Como convidados internacionais estavam a diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Mirta Roses; e o primeiro-ministro de Moçambique, Pascoal Mocumbi.

Em seu discurso, Mirta Roses elogiou o SUS, afirmando que o mesmo deveria servir de modelo para outros países da América Latina. Pascoal Mocumbi, por sua vez, falou das dificuldades que enfrenta na tentativa de implantar um sistema de saúde eficiente num país tão pobre quanto o seu e revelou seu encantamento com a capacidade de mobilização em torno da saúde que encontrou no Brasil. "Estou admirado com o entusiasmo dos pesquisadores brasileiros na área da saúde coletiva. É raro encontrar em países em desenvolvimento uma participação deste nível", afirmou.

Humberto Costa reiterou o compromisso do governo com a mudança, o desenvolvimento do país, a justiça

social, o combate às desigualdades e a promoção da cidadania. Na conferência 'Saúde, justiça e desigualdades', citou exemplos da iniquidade existente no Brasil, mostrando, entre outras coisas, que Alagoas registra um índice de mortalidade infantil pelo menos três vezes maior do que o Rio Grande do Sul e que a expectativa de vida no Nordeste é cinco anos menor do que a dos brasileiros das outras regiões do país. O Ministro lembrou que é dever de todos trabalhar para a eliminação dessas desigualdades e destacou o papel do SUS na inclusão social. Criticando o assistencialismo como forma pela qual as elites brasileiras sempre lidaram com a questão da pobreza, afirmou que o desenvolvimento, a geração de empregos, a distribuição de renda fazem parte da criação de uma infra-estrutura social que, certamente, repercutirá beneficentemente nos indicadores de saúde. "É preciso construir cidadania", disse.

DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA SOCIAL

As questões referentes aos direitos humanos e à justiça social permearam praticamente todas as discussões travadas no Congresso da Abrasco. O fato não ocorreu por mera coincidência, mas pela compreensão de que a melhoria das condições de saúde da população brasileira está intimamente relacionada a essas conquistas. Para o secretário especial de Direitos Humanos do governo Lula, Nilmário Miranda, que proferiu a Conferência Magna 'Justiça e Cidadania', é primordial que se entenda que os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e universais, ou seja, que o Estado deve garantir a todos os cidadãos o pleno gozo de seus direitos políticos, econômicos, sociais e culturais.

— Podemos dizer que direitos humanos no Brasil são uma coisa recente. Vivemos, desde 1988, num Estado de direito, mas isso é muito pouco porque a maior parte desses direitos não saiu do papel. O direito à saúde, por

Histórico dos 'Abrascões'

Edição	Data	Local	Lema
1º CBSC	22 a 26 set/1986	Rio de Janeiro-RJ	"Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde"
2º CBSC	03 a 07 jul/1989	São Paulo-SP	"Sistema Único de Saúde: conquista da sociedade"
3º CBSC	16 a 20 mai/1992	Porto Alegre-RS	"Saúde como direito à vida"
4º CBSC	19 a 23 jun/1994	Recife-PE	"Saúde: o feito por fazer"
5º CBSC	25 a 29 ago/1997	Águas de Lindóia-SP	"Saúde: responsabilidade do Estado Contemporâneo"
6º CBSC	28 ago a 01 set/2000	Salvador-BA	"O sujeito na Saúde Coletiva"
7º CBSC	29 jul a 2 ago/2003	Brasília-DF	"Saúde justiça e cidadania"

exemplo, é um direito humano vital que nem sempre se realiza na prática por conta das desigualdades sociais — explicou, garantindo que só é possível operacionalizar os direitos coletivamente, pela cidadania efetiva.

De acordo com Nilmário Miranda, o governo pretende implantar a curto e médio prazo algumas medidas capazes de garantir a cidadania e conseqüentemente os direitos de um grande contingente de brasileiros. Entre essas medidas, ele destaca alguma forma de transferência de renda para as 23 milhões de famílias miseráveis, o registro legal das 5 milhões de pessoas que hoje não têm certidão de nascimento nem atestado de óbito e a erradicação da prostituição e do trabalho infantil.

No Grande Debate 'Saúde das Populações e Proteção Social na América Latina', o tema da justiça social foi tratado por Emir Sader, diretor do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a partir da discussão entre o público e o privado.

— O neoliberalismo, ao transformar o Estado num instrumento burocrático e perverso, que arrecada mal, gasta pessimamente e apresenta má qualidade dos serviços, deu a ele um papel indefensável em termos sociais e morais. Isso fortaleceu a idéia do privado e redundou em grandes transferências de capitais públicos para o setor, de acordo com interesses mercantis do capital internacional — explicou, mostrando que a polarização não é entre o público e privado e, sim, entre o público e o mercantil.

Para Emir Sader, resgatar a idéia do público, valorizando iniciativas como a do orçamento participativo, é a única forma de reverter o quadro de injustiça social em que vivemos. Citando como exemplo o México e alguns países do Caribe, ele garantiu: "A universalização dos direitos não requer crescimento

econômico e nem estabilidade financeira como condição prévia. É possível ser livre e justo ainda na pobreza".

SINFONIA DA SAÚDE

Se as Conferências Magnas deram o tom do Congresso, a melodia acabou sendo definida nos grandes debates, colóquios, palestras, conferências, oficinas, painéis e comunicações coordenadas. O SUS e a Reforma Sanitária estiveram em cena o tempo todo, mas acabaram como protagonistas no grande debate 'A Reforma Sanitária e o SUS: uma agenda concluída?'. Considerados como grandes conquistas da sociedade brasileira, não foram, no entanto, poupados de duras críticas pelos participantes da mesa que, partindo de pontos de vista distintos, acabaram concordando que muito ainda deve ser feito para que tudo aquilo que foi pensado se transforme definitivamente em realidade.

Para Eduardo Jorge, coordenador-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde, pelo menos cinco medidas são urgentes para que o SUS funcione em plenitude: sem esquecer o princípio da integralidade, fazer a opção pela atenção primária de boa qualidade e humanizada no comando do sistema; o uso obrigatório de 1/3 das verbas destinadas à Saúde no Programa de Saúde da Família (PSF); a adoção em larga escala do Cartão SUS, considerada fundamental para a regionalização e racionalização dos serviços e dos recursos; a solução dos graves problemas de recursos humanos que o sistema enfrenta; e a retomada da discussão sobre um Ministério da Seguridade Social que, ao reunir os atuais Ministérios da Saúde, da Assistência e da Previdência Social, evite a pulverização e os desvios de recursos da área.

Segundo Paulo Elias, professor da USP e Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), a solução dos problemas do SUS extrapola a esfera da Saúde. Um dos grandes problemas, segundo ele, deve-se às débeis relações da Reforma Sanitária com os partidos políticos.

— Muitos dos impasses da Reforma Sanitária estão relacionados ao tratamento que as questões sanitárias recebem dentro do processo político brasileiro, freqüentemente pautado pela dimensão do financiamento e por medidas pontuais e assistemáticas — explicou o professor, afirmando também que a atual forma de organização administrativa do Estado brasileiro conspira contra o SUS e inviabiliza seu papel social. "A reforma do Estado brasileiro é um requisito inadiável se quisermos resolver os problemas da Saúde", disse.

SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Um das questões mais abordadas durante o congresso foi a da intersectorialidade. É consenso que a saúde não caminha sozinha, principalmente quando se fala em promoção da saúde. A relação da saúde com o meio ambiente, por exemplo, foi bastante discutida pelos que estiveram presentes no grande debate 'Ambiente, desenvolvimento e crescimento', coordenado pela médica e pesquisadora do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), Lia Giraldo da Silva Augusto, que garantiu:

— O modelo hegemônico da medicina segue uma lógica de mercado e favorece a indústria farmacêutica em detrimento da prevenção e da construção de um contexto socioambiental mais saudável. Se pretendemos promover a saúde, em lugar de apenas tratar a doença, precisamos promover urgentemente uma integração com as questões ambientais.

Para o deputado federal e ambientalista Fernando Gabeira (PT), um dos debatedores convidados, quando se fala em saúde e meio ambiente logo se pensa em saneamento básico, mas não é só isso. "A ecologia pode contribuir para que a medicina supere a visão fragmentada que ignora o conjunto dos aspectos da saúde", disse, lembrando ainda que os alimentos prejudicam a saúde por sua contaminação e não só pela escassez.

Mudar a consciência do setor da Saúde sobre as questões do meio ambiente, no entanto, não é uma tarefa simples. Segundo o professor Henrique Ratnner, o desprezo pela natureza foi uma opção do modelo desenvolvimentista que a sociedade escolheu.

— É preciso ter em mente que o crescimento econômico pode ser altamente contraproducente, se levarmos em conta os prejuízos que ele pode acarretar. A sociedade precisa adotar um novo conceito de desenvolvimento baseado na idéia de solidariedade, de interdependência entre os homens e entre estes e a natureza — explicou, garantindo que um outro mundo é possível e que nem tudo deve virar mercadoria.

Como razão de seu otimismo, Henrique Ratnner falou das redes de comunicação que, surgindo de baixo para cima, começam a estabelecer uma nova ordem mundial.

A HORA E A VEZ DAS REDES

Não foi, no entanto, só o professor Ratnner que falou de redes. A impressão que se tinha, caminhando nos corredores, conversando com as pessoas, vendo e ouvindo apresentações de trabalhos, era a de que todo mundo ou já estava trabalhando em rede, ou estava se articulando para isso. Tendo sempre em mente as palavras de Inesita Araújo, pesquisadora da Fiocruz,

Espero que seja resgatado na 12ª CNS o espírito da 8ª, que pressionou a Constituinte, solidificou o projeto de Reforma Sanitária e foi um marco para o SUS. As seguintes perderam força. A última, por exemplo, foi hiper acadêmica.



Artur Custódio, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) e Conselho Nacional de Saúde

A Crise do Sucesso

“É uma grande oportunidade de ter contato com pessoas de fora do Brasil e de saber o que está se fazendo em outros países na área da Saúde, com a grata surpresa de ver que aqui muitas vezes as coisas estão mais avançadas” (Sandra Regina Elias, Fundação Orsa- SP)

“Na fase pré-Congresso, eu fiz o curso de Filosofia e Saúde e foi maravilhoso. A presença do Dr. Berlinguer também é sempre bem-vinda. Além disso, a possibilidade de encontrar amigos e trocar idéias é realmente muito salutar” (Viriato Campelo, professor da UFPI)

“Eu estou satisfeítíssima, porque estou vendo muita coisa interessante tanto para a minha área de trabalho quanto para os meus estudos de pós-graduação. Também é muito estimulante ver o grande número de pessoas interessadas na temática da promoção da saúde e na reconstrução do Sistema. As pessoas estão participando ativamente das atividades e isso é muito importante”. (Denise Aparecida Mencaroni, Fernandópolis/SP)

“O Congresso como um todo foi muito rico. Além disso, para quem está mais afastado, como eu estou em Manaus, por exemplo, é uma delícia poder ver tanta gente e trocar tantas experiências”. (Luiz Galvão, professor da UFAM)

A despeito do grande sucesso e de tantos elogios, algumas críticas foram muito ouvidas nos corredores da UNB: “O tempo foi curto para as discussões após as apresentações orais”; “A gente entende a razão, mas a concomitância de várias atividades traz muita ansiedade para os congressistas. Não dá para participar de muita coisa interessante”; “Eu achei tudo muito longe. Estou exausta! Por causa da disposição dos prédios da UNB e das distâncias entre os locais das atividades, a gente tem que estar sempre correndo de um lugar para outro e mesmo assim ainda chega atrasado”. As reclamações feitas em forma de lamentação têm um denominador comum: o gigantismo do evento. A grande questão é saber até que ponto a organização do evento poderá suportar o aumento vertiginoso do número de trabalhos apre-

sentados e de participantes. As sugestões para a divisão do Congresso em etapas distintas, de acordo com o eixo temático, esbarram, entre outras coisas, nas idéias de unidade e interdisciplinaridade da saúde coletiva, e parecem estar fora de cogitação, pelo menos para Ana Maria Costa:

— Na minha avaliação pessoal há uma tendência de que os Abrascões sejam cada vez maiores, tanto por conta da importância que o evento assumiu ao longo dos anos quanto pelo crescimento dos programas de pós-graduação e pela ampla incorporação de profissionais na rede de serviços, em especial no Programa de Saúde da Família. Uma solução que me ocorre é a ampliação da duração dos congressos futuros para, pelo menos, quatro dias, antecedidos de mais dois dias de pré-congresso. Lamentavelmente isso não foi possível desta vez, pois, quando percebemos a dimensão que o evento estava tomando, sua duração já estava definida. O melhor será ampliar para acolher melhor todas as atividades e permitir mais possibilidades a todos os congressistas — justifica. ■

que reflete sobre as armadilhas de se pensar as redes como uma “panacéia para todos os problemas”, percebemos que o trabalho em redes foi uma das grandes tônicas do Congresso. Foram estudados conceitos e metodologias de gestão de redes, e apresentados inúmeros trabalhos relatando experiências. Além disso, vários grupos articularam-se em torno de propostas de implementação de redes, como o de Comunicação em Saúde (em torno da Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde) e o de Saúde Bucal Coletiva (em torno de uma Rede Nacional de Cooperação Técnica), entre outros.

Além das redes, identificamos mais alguns desses temas que, mesmo não constando da programação do Congresso com tal peso, acabaram se tornando vedetes do espetáculo da diversidade, dadas a intensidade, a variedade e a urgência das discussões que suscitaram. Um desses temas foi a Integralidade, e o curso oferecido por Roseni Pinheiro e Rubem Mattos teve grande audiência e receptividade. As apresentações de trabalhos na área, por outro lado, revelaram que as discussões vêm acontecendo nos vários espaços institucionais, cada vez com maior qualidade e abrangência.

A retomada dos princípios do SUS também estava evidente em todas as principais falas do Congresso. As discussões sobre organização, gestão, financiamento e direito à saúde foram guiadas pelo mote central de que “é preciso retomar os princípios da Reforma Sani-

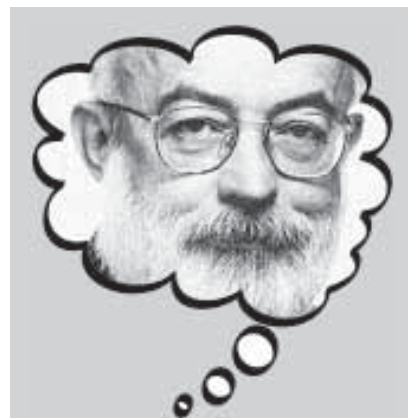
tária”, como alertava o sanitarista Sérgio Arouca ao anunciar a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Este debate estendeu-se além do Congresso, e você pode ver aqui mesmo, nas páginas dessa edição do Radis, várias indicações de que até a ‘Doze’ esse deverá ser o pensamento-norte. É expectativa de todos que a Conferência, em seus trabalhos e relatórios, seja também marcada por esse pensamento (ver página 16).

Por fim, observamos a questão da formação e da gestão profissional atravessar praticamente todas as áreas de conhecimento, identificada como uma discussão da mais alta relevância e urgência para a resolução de graves entraves da construção permanente do SUS. Seja em relação à formação dos trabalhadores do Sistema de Saúde, que envolve os aparelhos formadores da educação formal (escolas, universidades, etc) e de educação não-formal (em que o próprio Radis orgulhosamente se inclui), seja em relação às dificuldades de contratação e à precarização dos vínculos empregatícios na Saúde, é unânime a compreensão de que esta é uma área de teorias e práticas fundamental para o sucesso do SUS nos dias de hoje (ver página 18).

Segundo José Carvalho de Noronha, o Congresso superou as expectativas e se transformou numa grande celebração da saúde coletiva brasileira na qual trabalhadores, estudantes, pesquisadores, cientistas, profissionais de saúde, líderes comunitários, autoridades de governo, agentes da iniciativa privada, dos hospitais e planos de saúde debateram todo os aspectos da área. Para Noronha, o tema ‘Saúde, Justiça e Cida-

dania’ se mostrou bastante atual, reforçando a necessidade e a possibilidade de se resgatar as populações deixadas à margem do desenvolvimento.

Ao longo dessa revista, selecionamos algumas discussões do Congresso para reportar, reconhecendo a incapacidade de sequer roçar a quantidade e a diversidade dos temas, sujeitos e debates que, durante cinco dias, passaram pelos compridos corredores da UNB. De qualquer modo, este breve panorama, até mesmo pela inevitável redução imposta por ser um assumido e insuficiente recorte, tem a virtude de, ao iluminar uma pequena clareira, evidenciar também a imensidão da floresta que permanece às escuras. Bem-vindos ao espetáculo da diversidade. ■



O RADIS ADVERTE:

Sonhar faz muito bem à Saúde!

RADIS ENTREVISTA



Gilson Carvalho

“Os grandes aliados da implantação do SUS abandonaram a luta central”

Caco Xavier

Pouco a dizer, na apresentação dessa entrevista de Gilson Carvalho, que tem trabalhado com financiamento da saúde e com controle institucional e controle social da saúde em cursos para conselheiros e gestores, como professor convidado em várias universidades do país. Em um encontro informal nos corredores do Congresso da Abrasco, em agosto, Gilson nos presenteou com observações argutas e críticas ao Radis e ao que ele chama de mídias da Reforma Sanitária, todos aqueles espaços em que o debate sobre a organização do SUS foi inaugurado e que permanecem abertos. A conversa terminou com um convite para dizer tudo isso numa entrevista para a revista. “Me manda as perguntas, que eu trabalho muito bem por e-mail”, disse ele. O resultado está aí, abaixo. Optamos por não ‘editar’ demais, mantendo o formato básico da troca de mensagens que aconteceu.

Caco > Refeitos do Abrascão e das enooormes caminhadas a que fomos obrigados, inauguro nosso contato digital, como combinado, já entrando direto no assunto. Antes, quero, de coração, agradecer imensamente pelas suas palavras-rapadura (doces, mas duras) em relação a nós e ao nosso trabalho. Seus elogios e suas críticas são muito significativos para nós porque, como diz o bon-vivant Nelsinho Motta, “com o sucesso aprendemos pouco, porque só nos resta desfrutá-lo; mas é com as críticas e com os insucessos que aprendemos e nos tornamos melhores!”. Vamos começar, então, pelo que pode nos tornar melhores.

A primeira questão diz respeito à crítica que você nos fez, durante o Congresso da Abrasco, ao lembrar que o debate sobre a organização do SUS anda esquecido e não tem sido contemplado no Radis e nem em outras mídias e locais onde precisamente ele se originou e teve expressão durante os anos da construção do texto constitucional e da implantação do SUS. O debate anda esquecido apenas pela mídia? Ou anda esquecido em geral?

Discute-se, apropriadamente e a tempo, as modificações da organização, as re-organizações, os problemas de financiamento? A que se deve o retraimento de tais reflexões?

Não tenho resposta pronta. Senti nestes últimos anos que os grandes aliados da defesa de implantação do SUS abandonaram a luta central. O estrutural – essencial – é implantar um sistema de saúde para todo o Brasil e que foi escrito de baixo para cima, por empolgados técnicos de pelo menos três co-gerações: uma que me precedeu, a do meio, na qual me incluo, e a turma mais recente. São dezenas, centenas de pessoas comprometidas com a defesa da vida e da saúde. Dado o corpo doutrinário na Constituição Federal (CF) e na Lei Orgânica 8080 e 8142, o que tínhamos a fazer era cumprir tudo isso (pelo menos por uma questão de coerência com o que defendíamos) ou então teríamos que mudar a Lei. Não se podia aprovar as idéias e depois desinteressar-se delas, partindo pra outras lutas, ou achar que estava tudo resolvido, ou optar pela idéia incoerente de que tema de luta ‘aprovado’ perde o sentido e nosso ‘suplício de Tântalo’ é lutar por lutar!

Nos insurgimos contra o Collor, retomamos nosso projeto com o Itamar e depois deixamos o FHC fazer exatamente tudo contrário ao projeto coletivo de mais de trinta anos! O encaminhamento da operacionalização do projeto do SUS, do primeiro ao último dia do governo FHC, foi contrário ao que está na Constituição e na Lei 8080 e 8142. A nossa mídia revolucionária puxou, embalou e amarrou a Reforma Sanitária. Mas quantas linhas escritas denunciaram essas inconstitucionalidades e ilegalidades que vieram depois? Tem outra possível interpretação: minha assertiva



está errada e FHC fez tudo de acordo com a CF e com as Leis 8080, 8142, 8689, rá rá rá!

É só ver os princípios centrais. A descentralização foi realizada? Ou tão-somente substituiu-se a descentralização pela desconcentração? A regionalização foi efetuada ou, por pressão, foi entregue ao mando do Estado e não consegue sair do papel (NOB-96, NOB 98, NOAS 2001, 2002, 2003...)? O financiamento é a questão mais escandalosa: o dinheiro que fica no Ministério da Saúde é nacional, e não federal, e deveria ser dividido entre as três esferas de governo segundo as competências legais, ou seja, 70% (no mínimo) para os municípios e o restante para os estados. Para receberem sua cota, estados e municípios deveriam cumprir a lei: Fundo, Conselho, Plano, Relatório de Gestão, Contrapartida de Recursos (hoje Emenda Constitucional 29). O dinheiro deveria estar todo no Fundo, administrado pelo Secretário de Saúde

e controlado pelo Conselho. Pelo menos é isso o que está na lei.

Mas a realidade é diferente: o Ministério da Saúde acha que o dinheiro é seu e dá todas as regras. Há mais de oitenta formas de repassar dinheiro para estados e municípios, são miríades de Portarias acima e contra a Legislação, dá canseira só de procurar. Continuo procurando o funcionário que saiba apontar quais estão em vigor e onde encontrá-las. Mas lá na ponta, do Amapá ao Rio Grande do Sul, todos os municípios têm que saber, senão perdem dinheiro ou são submetidos a auditorias de toda ordem!

Tudo isto dá um livro (ou uma bela tese de pós-doc!) e a minha observação é simples: cadê vocês que tanto ajudaram para fazer esta Legislação? Que eram apoio importantíssimo e subsídio permanente? Que me alimentaram e davam de dez a zero em minha tíbias convicções? Acho que vocês abandonaram a pauta essencial do SUS. Eu tenho uma explicação boba e inocente para tudo isto, que de certo modo salva vocês: ficou tão complicado e chato esse negócio de ler e analisar Portaria que não interessou mais.

O fulcro da discussão, no meu entender, continua sendo a implantação da essência do SUS: essência administrativa (descentralização, regionalização, gestão única, financiamento, controle social) e essência do modelo (ênfase saúde-doença, promoção, proteção, recuperação da saúde, adequação de modelo loco-regional).

Você costuma estabelecer um paralelo entre a Legislação e a realidade do SUS. Como adequar a Legislação à realidade, ou vice-versa? É preciso mudar a lei ou a realidade?

Quando perseguíamos o novo, a transformação para melhor, nos obrigaram a primeiro mudar a Constituição Federal e a Lei. No dia em que conseguimos fazer isto, outros começaram a não cumprir a Lei e propor outras coisas por Portarias simples. Nós deixamos que isso acontecesse, ficamos quietos. Sou tido como radical e fundamentalista só porque vivo dizendo monocordamente que se deve ter a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei! Olhe que coisa danada! Não se precisa ter consenso para cumprir a Lei. Cumpra-se, e discutam-se suas mudanças.

Não existe outra via para nós, democratas contumazes e além disto servidores públicos: só podemos fazer o que a Lei manda! Se ela é 'incumprível', vamos chamar o Ministério Público, mostrar isso a ele e fazer uma programação para mudar a Lei, mas da seguinte maneira: proposta do Executivo, discussão e aprovação no Legislativo!

O que não pode haver é um iluminado de terceiro escalão emitir Portarias ilegais e inconstitucionais, e depois acusar quem os critica de 'radical'. Vivemos um anti-SUS paralelo, sob a aquiescência conivente de muitos guerreiros... cansados de guerra!

Pegue um punhado de temas e veja o que foi feito. Veja o crime com RH, tudo terceirizado, sem vínculo, sem compromisso. Ao se resolver ilegalmente esta situação, deu-se a mesma orientação ilegal para estados e municípios, que hoje amargam com as contratações terceirizadas de PACs/PSF e de todos os outros programas. Tem prefeitura fazendo contrato global de pessoal com terceiros, para a saúde e várias outras áreas, por meio de associações, cooperativas, Santas Casas e, mais recentemente, com a invencionice das Oscips. Vergonha nacional! Existem milhares de processos trabalhistas na Justiça que poderão levar municípios pequenos à falência no SUS, na hora de pagar indenizações. Quem 'mandou' fazer assim foi o Ministério da Saúde, mas na hora do processo trabalhista quem paga é o município lá embaixo.

E a imoralidade e ilegalidade do credenciamento de médicos Brasil afora pelo denominado 'Código 7', herança do Inamps/MS que fere toda a legislação? A bomba cai nas mãos dos municípios, hoje obrigados pela justiça a pagar INSS e arcar com as conseqüências legais. Um absurdo, ao qual assistimos quietos. Pergunta indecente: quem está vocalizando estas angústias na nossa mídia da Reforma Sanitária?

“ Sou tido como radical e fundamentalista só porque digo que se deve ter a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei! ”


Gostariamos que você traçasse um panorama da relação entre o controle social (que se pretende efetivo, não-cartorial) e a formação da sociedade para discutir e avaliar o SUS. Qual é o papel da comunicação, dos governos, da própria sociedade na construção desse controle efetivo?

Sou um apostador no controle social. Defendo que isto deva ser ampliado e discuto a participação do ser

humano, cidadão e político no mundo no seu tríplice componente: ação, proposição e controle. Tai de novo: cadê vocês? O Conselho Nacional de Saúde tem composição incompatível com a Lei e os princípios legais, e não muda. O MS foi 'useiro e vezeiro' em não passar pelo Conselho plano algum, nem orçamento algum, antes de seu encaminhamento ao Congresso. E daí, qual foi a repercussão? Imagine o 'efeito mimético' para estados e municípios: "Se nem o MS faz, por que na prática temos que fazer?". O Ministério da Saúde nunca aprovou no Conselho de Saúde os repasses que fez por convênios, e acho que nesse tempo todo mandou uma única vez, depois de muita pressão, uma lista ao Conselho informando o dinheiro já repassado, quando deveria fazê-lo sempre e antecipadamente.

A grande maioria dos Conselhos municipais e estaduais funciona no papel, no cartorial, induzida a ser assim pelos próprios gestores que não têm interesse que funcionem. E muitos estados que deveriam ajudar os municípios têm seus conselhos tutelados ou reprimidos!

Uma observação bobinha: cadê o material todo de subsídio técnico para se discutir na 12ª Conferência Nacional de Saúde? Tem menos de um mês para terminar a etapa municipal. Em outras épocas o Radis já tinha feito milhares de exemplares circulando, a Abrasco já tinha seu 'livrinho roxo'... Cadê tudo? Uma Conferência Nacional de Saúde é mais importante não tanto pela sua etapa nacional, mas pelo que acontece em cinco mil municípios e nos estados, que obriga as pessoas a abrirem o diálogo. Queimamos essa etapa? E quem está discutindo isto?

Falei demais. Use isso como pauta, se desejar. Terá melhor efeito do que me dar espaço, porque já estou manjado demais e portanto pouco eficaz. Só um exemplo: fiz uma análise de conjuntura mostrando tudo isto e mais ainda, para publicação, e me mandaram o artigo de volta, porque "não tinha bibliografia". Mas minha bibliografia é única: a Constituição Federal e as Leis! 

Gilson> Uma observação para vocês colocarem em algum lugar, ou mesmo como um post scriptum: Nos últimos tempos temos visto renascer um movimento em defesa do SUS com manifestações políticas de grande importância pela Abrasco, Cebes, Rede Unida, Abres. Estamos assistindo novos tempos... até mesmo este espaço aberto pelo Radis que antes estimulou e alimentou esta luta com grande garra.



Saúde: um direito humano fundamental

Katia Machado

A luta pelo direito à saúde atravessa séculos da história do homem. Como nos diz Gilson Carvalho, médico e mestre em Saúde Pública, em seu artigo 'O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade', "faz parte do direito à vida e ao estado de bem estar, felicidade de todos os seres humanos". No Brasil, o tema só ganha força nas últimas décadas do século XX: primeiro, com a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, que definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como caminho para conseguir implantá-lo. As discussões foram frustradas com o início da ditadura militar. Depois, veio a marcante 8ª CNS que, em 1986, consolidou as propostas da Reforma Sanitária e praticamente desenhou o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa fase, a saúde foi destacada como um direito enfatizando-se os princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade das ações em saúde e a idéia de promoção e proteção à saúde, e propôs-se um sistema com gestão única em cada esfera de governo, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com financiamento tripartite e atuação do controle social.

A proposta de um sistema único de saúde fez ressurgir as discussões de que saúde é um direito humano fundamental. Devido à sua importância, o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva trouxe o tema à tona e, para tanto, resgatou a Declaração de Alma-Ata, documento que ficou marcado na história da saúde por suas importantes propostas e recomendações sobre cuidados primários de saúde. No grande debate 'Alma Ata, 25 anos depois: os direitos humanos e o direito à saúde', que ocorreu no segundo dia do Abrascão, buscou-se repensar se as populações mundiais e, especifica-



mente, o Brasil vêm assegurando o direito que todo indivíduo tem à saúde. Segundo a Declaração de Alma Ata, saúde não significa apenas ausência de doença ou enfermidade, mas estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Daniel Lopes Acuña, diretor de Gestão de Programas da Organização Pan-americana de Saúde (Opas/Washington), reconhece a declaração como uma oportunidade de refletir sobre as propostas da Reforma Sanitária, que levou a criação do SUS, e de renovar o compromisso com a Atenção Primária à Saúde (APS).

— A vigência da APS para todos, como propõe a declaração, está ligada diretamente à idéia de direitos humanos e tem a ver, portanto, com a idéia de equidade e solidariedade, intersetorialidade, participação e controle social e reorientação de modelos de atenção. A APS deve ser afirmada como necessidade de garantir equidade e universalidade de acesso aos serviços de saúde, aumentando a expectativa e a qualidade de vida da população e fortalecendo estruturas e capacidades institucionais — disse, em sua participação no debate.

Para Humberto Jacques de Medeiros, procurador da República no Rio Grande do Sul, a Declaração de Alma Ata tem importante significado tanto para o campo dos direitos humanos quanto dos direitos civis. “O documento veio dar conteúdo e forma a processos jurídicos que estavam intimamente ligados à área de direitos humanos. Permite, antes mesmo da Constituição Federal, estabelecer quem é o devedor, o titular de direito, e dá consistência ao direito à saúde, ligado à natureza e à dignidade dos homens”, esclareceu, durante o debate.

Jacques acredita que, se o país não tivesse uma legislação que inclui a Lei Orgânica 8080, sobre o SUS, e a Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área, a Alma Ata seria suficiente para reclamar o direito à saúde, pois reafirma a saúde como um direito humano que é “inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal”, e que os cuidados primários são para todos.

A Declaração, segundo o procurador, é de suma importância no contexto atual, pois vem ressaltar que os cuidados primários são os primeiros passos para que possa ser concretizado o direito à saúde, por

meio do qual estão incluídos a educação, a promoção da distribuição de alimentos e nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, imunização contra doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas e fornecimento de medicamentos essenciais. “Esse documento nos dá a receita do que o governo tem que fazer e diz o que posso e devo cobrar do governo. Ou seja, ele dá o passo a passo que o direito precisa”, concluiu.

Apesar de reconhecer que a Alma Ata vem consolidar essa trajetória do direito à saúde e que o movimento sanitário deve isso ao documento, o titular da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, em sua participação no grande debate, chama a atenção para o fato de limitarmos saúde ao conceito de atenção primária. “Vamos comemorar Alma Ata, mas devemos refletir sobre o que devemos aproveitar dela e o que não é suficiente para o nosso país”, ressaltou. Ele lembra que, mesmo em um país em desenvolvimento como o Brasil, conseguiu-se implantar na saúde uma política que fez avançar direitos, permitindo ampliar o acesso, aumentando a esperança média de vida e diminuindo a mortalidade infantil, entre outras ações. “Parte da população brasileira foi protegida com a construção do SUS, que ampliou os serviços de saúde, fomentando a participação comunitária e a ação intersetorial e implantando uma gestão tripartite. Fomos além do que dizia Alma Ata”, explicou.

Para Gastão, o governo precisa avançar no que propõe o documento e, para tanto, deve pensar em um sistema que ofereça atenção básica, ou primária, serviços de média e alta complexidade e atendimento hospitalar. Deve-se oferecer saúde integral à população, o que inclui cirurgias, enfermarias preparadas, serviços de

urgência e emergência, entre outras necessidades, e deve-se construir políticas sociais que garantam o financiamento de todos esses serviços. “Sem isso, não há integralidade que garanta o direito à saúde”, acrescenta. Nesse sentido, Gastão dá como exemplo a pessoa com hipertensão ou com diabetes ou portadora de transtornos mentais. “Elas precisam de atendimento integral durante um ou dois anos, ou mesmo durante toda a vida”, ressaltou.

Se saúde é um direito de todos, Gastão acredita ainda que cabe ao sistema de saúde e à sociedade discutir, por exemplo, por que o dependente químico no país é considerado criminoso. “Isso é um atentado ao direito à saúde”, reclamou. Para avançar na Declaração, ele acredita que deve-se entender saúde sem preconceito e cita que o sucesso experimentado pelo país com o programa de controle e cuidados dos portadores do vírus do HIV se deve à noção de prevenção que derrubou preconceitos religiosos, de gênero, contra a homossexualidade e à dependência química.

COMO FAZER VALER O DIREITO À SAÚDE

Se a Declaração não é suficiente para garantir o direito à saúde, nota-se a necessidade de se refletir sobre os meios legais, financeiros e organizacionais e a forma de gestão do sistema de saúde. “Entre eles, o financiamento tem sido o grande nó para que o sistema de saúde brasileiro seja universal, equitativo e integral, e faça valer o direito à saúde”, esclareceu Gastão. De acordo com o Secretário, a garantia a esse direito depende de investimento e de ter capacidade de gerar um modelo que produza saúde de fato. “Além do dinheiro, é preciso reorganizar o modelo assistencial e o atendimento hospitalar, e criar uma atenção à saúde com resolutividade para dar eficácia ao SUS e legitimidade ao direito”,

A 12ª CNS vai possibilitar fazer um balanço do acúmulo que foi a experiência rica de construção do SUS em apenas 15 anos, permitindo a identificação dos pontos em que se avançou, se consolidou e se conquistou espaços; e também daqueles em que não se conseguiu o desempenho necessário. Ainda há nós críticos importantes a serem superados. A partir daí, poderemos construir o que a Conferência está se propondo: um novo ciclo do desenvolvimento do SUS.

Jorge Solla, titular da Secretaria Nacional de Atenção à Saúde



destacou. Nesse sentido, Gastão fala sobre a necessidade de um SUS com serviços integrais à saúde de nível especializado, secundário e terciário e de hospitais como complexo de serviço de saúde, com internação, terapia intensiva e cirurgia ambulatorial.

— O hospital tem que ser um lugar onde vão ficar cada vez menos usuários. Ele tem que se aproximar de terapia intensiva e semi-intensiva. Quando trabalhamos com formas de hospital-dia e internação domiciliar, conseguimos gastar menos e garantir mais direitos a cada uma das pessoas”, afirmou.

A mudança do modelo assistencial tem como exemplo a Aids. Segundo Gastão Wagner, o setor só conseguiu garantir atendimento integral aos portadores do vírus HIV quando organizou-se um modelo de atendimento ambulatorial com internação domiciliar e equipe multidisciplinar e promoveu o auto-cuidado. “Se todos os portadores estivessem internados, não haveria recursos suficientes que dessem conta”, explicou.

Para Gilson Carvalho, a luta por mais recursos para a área da saúde é muito complexa e representa parte da solução para que se faça cumprir o direito à saúde.

— Podemos ter maiores recursos alocados à área da saúde e não estarmos conseguindo que estes recursos sirvam para o atendimento universal de todos os cidadãos. Só a existência deles não garantirá seu uso correto. É preciso o compromisso dos profissionais de saúde com o ser humano, a ética do cidadão acima de qualquer ética de corporação, a busca de eficiência no uso correto dos poucos recursos e o consumo correto de medicamentos, de equipamentos e de conhecimentos — explica, em seu artigo.

O que se entende por cuidados primários de saúde?

Os cuidados primários de saúde, segundo a Declaração de Alma Ata (parágrafo VI), são definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. Eles refletem (como está expresso no parágrafo VII) as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de

saúde e da experiência em saúde pública.

Vale lembrar que, como nos explica Jairnilson Paim, professor em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba), em seu artigo ‘Gestão da Atenção Básica nas Cidades’, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários e como oportunidades de experimentação de modelos assistenciais alternativos em consonância com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população. No Brasil, a expressão Atenção Primária à Saúde dá lugar à Atenção Básica de Saúde (ABS), para evitar uma concepção de assistência simplificada e de baixo custo. No que tange à organização do SUS, a ABS tem sido entendida como o primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. Isso significa, conforme explica Jairnilson, “que a gestão da atenção básica, ao mesmo tempo em que administra esse primeiro nível do sistema de serviços de saúde, deve conduzir a estratégia de reorientação de todo o sistema, buscando uma atuação intersectorial”.

Ele reconhece que os recursos estão abaixo do necessário, mas o pior está em utilizar-se mal o que está disponível. De acordo com Gastão, a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que determina fontes e percentuais de

recursos para a saúde das três esferas de governo, é uma forte ferramenta para fazer valer os recursos disponíveis e o direito à saúde. “A questão é como garantir a lei de fato”, conclui. Para Gilson, o dinheiro para a saúde é imprescindível, mas não garante melhor eficiência e eficácia. “A história já nos mostrou que países e pessoas que não se comprometeram com a eficiência, a eficácia, o desenvolvimento social e humano em condições adversas, não souberam se portar adequadamente quando as condições financeiras melhoraram”, cita. Para tanto, acredita que a solução depende de que governos, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS tenham o objetivo de conseguir mais recursos e usar melhor os existentes.

Eu espero que a 12ª Conferência reponha as questões fundamentais da Reforma Sanitária — a ampliação de direitos e a consciência sanitária — e que assuma que não é possível resolver os problemas da Saúde apenas dentro do setor de Saúde. Nós temos muito que fazer na Saúde, mas a tarefa fundamental está fora do setor. A Conferência deve deixar claro que é preciso que haja uma reforma no Estado. Estado para quê? Estado para quem? São duas perguntas que a Conferência precisa responder a fim de que se possa resgatar as iniquidades sociais que existem no país.



Paulo Eduardo Elias, professor da Faculdade de Medicina da USP e Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec)

RECURSOS HUMANOS



Regulação e desprecarização do trabalho na área da Saúde

Katia Machado, com colaboração de Carlos Gustavo Trindade

Se, por um lado, o Sistema Único de Saúde avançou no que diz respeito à ampliação do acesso aos serviços desde a sua criação, por outro pouco progrediu em relação às políticas de recursos humanos (RH). Ana Luiza Vilasboas, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), em entrevista a revista Radis 3 (outubro/2002), explicava:

– A questão dos recursos humanos representa um aspecto crítico na construção do sistema de saúde brasileiro. A má distribuição da força de trabalho, determinada e condicionada pelas desigualdades inter e intra-regionais; o processo de formação fundamentado ainda num modelo de ensino que valoriza a formação em ciências básicas, desvalorizando os aspectos de promoção e prevenção da saúde; a desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços; o ensino dissociado do trabalho; e a ausência de controle social na formulação e implementação de políticas específicas são alguns dos problemas que expressam a complexidade da questão e alertam para a necessidade de uma ação política/técnica mais competente para os que defendem um sistema de saúde baseado na equidade, integralidade e universalidade da atenção, descentralização e controle social da gestão.

Com tantos problemas, não foi surpresa o destaque que o tema ganhou no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, sendo objeto de vários trabalhos, oficinas, painéis e debates. Na oficina 'Gestão do Trabalho – Regulação X Precarização', que tratou das dificuldades na gestão de RH, as discussões giraram principalmente em torno dos salários e das novas formas de vinculação trabalhista, como as cooperativas, contratação por tempo determinado, trabalho autônomo e as variadas formas de terceirização. Com o objetivo de construir uma agenda em torno das novas demandas da área de RH para as instituições públicas de Saúde, participantes da oficina falaram da possibilidade de existir ou não a carreira única para o SUS e da relação entre os setores público e privado, discutindo, entre outras coisas, a recuperação de formas de vínculos como meio para superar os problemas de precarização das relações de trabalho, o surgimento de novas profissões,



a formação das equipes de Programa de Saúde da Família, concursos públicos e regimes trabalhistas.

De acordo com pesquisa feita em 1999 por Roberto Nogueira, coordenador geral da Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, presente no grande debate 'Trabalho em Saúde, da flexibilização à precarização das relações de trabalho', a terceirização é o fator que mais contribuiu para a precarização do trabalho em Saúde. Segundo ele, entre as formas de terceirização adotadas pelo SUS estão a contratação de serviços clínicos por meio de empresas privadas, cooperativas gerenciais e de cooperativas de profissionais ou por intermédio de fundação de apoio vinculada ao Estado e outras entidades, a criação de entidades privadas não-lucrativas para gestão de consórcios municipais, uso indiscriminado de contratos temporários, contratação de pessoal permanente por meio de mecanismos precários como 'bolsas de trabalho', contratos de gestão com organizações sociais e convênio com organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips).

O problema, segundo Nogueira, veio à tona em 2000, mas suas causas remontam à década de 90. Para ele, o descuido com a área de recursos humanos está relacionado a três tipos de desequilíbrio: o primeiro entre o direito à saúde da Constituição de 88 e os direitos sociais e clássicos do trabalhador, por meio do qual muitos gestores, seguindo a lógica de contenção de gastos, privilegiaram a expansão do sistema de saúde em detrimento dos direitos mais antigos de proteção do trabalhador, como o 13º salário e as férias; o segundo entre as noções de eficiência e legalidade, tentando se fazer mais coisas com menos recursos; e o terceiro entre a autonomia do gestor e a gestão participativa. "Tais desequilíbrios", concluiu, "fizeram avançar o processo de flexibilização e

Código de conduta para os Administradores públicos, por meio do qual deverão obedecer normas e limites para administrar as finanças, prestando contas sobre quanto e como gastam os recursos da sociedade. A Lei permite que todos os cidadãos tenham acesso às contas públicas, podendo manifestar abertamente sua opinião, com o objetivo de ajudar a garantir uma boa gestão. Diz respeito ao art. 163 da Constituição.

precarização do trabalho, muito mais do que a Lei de Responsabilidade Fiscal".

Contraopondo-se a Nogueira, Maria Luiza Jaeger, titular da secretaria de Gestão do Trabalho, acredita que a ausência de uma discussão mais séria sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal contribuiu para a precarização do trabalho. Nesse contexto, como explicou Maria Luiza durante o debate, um dos pontos críticos diz respeito ao plano de carreira, "nunca colocado em prática de fato e de direito". Ela lembrou ainda que a proposta de ampliação de acesso, sobretudo na época do então Ministro de Saúde Adib Jatene, ocorreu simultaneamente a uma proposta de precarização do trabalho e deu como exemplo o fato de a formação das equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários não ter sido precedida por um plano de carreira ou pela criação de forma de contratação segura. "Em vez de se montar propostas de carreira, montou-se contratação via organismos internacionais", informou, explicando que tal procedimento não garante carreira nem o emprego. "Além, disso", esclareceu a secretária, "os governos federal, estaduais e municipais nunca discutiram efetivamente que tipo de equipe e de profissionais eram necessários para cada uma dessas áreas".

As discussões, no entanto, não enfocaram somente o problema dos



O SUS precisa ser rediscutido na 12ª CNS. Temos inúmeras deficiências a serem superadas, como a questão de políticas concretas de recursos humanos. Além disso, como médico residente em Medicina Preventiva Social no Amazonas, acredito que a Conferência possa ser um espaço ideal para se discutir sobre a Saúde Indígena, que também faz parte do SUS.



Nicolas Heufmann, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

trabalhadores em situação precária. Tânia Nunes, vice-presidente de Ensino e Recursos Humanos da Fiocruz, lembrou que na Saúde existe ainda grande inquietação de alguns profissionais em relação à condição de funcionário público. Ela explicou que algumas categorias, como os anestesiologistas, que recebem do SUS por cirurgia realizada, e os neurocirurgiões, são alguns dos que gostariam de mudar sua forma de vínculo de trabalho.

O QUE ESTÁ SENDO FEITO PARA MUDAR ESSE QUADRO?

Uma política eficaz e efetiva de recursos humanos vem sendo discutida por muitos setores da Saúde. Maria Luiza Jaeger informou que o primeiro passo dado pelo governo no sentido de buscar solução para a área foi a criação de uma Secretaria específica, na qual estão sendo discutidos os processos de desprecarização do trabalho e a criação de um plano de carreira, a fim de que se possa garantir a continuidade do SUS. "Estamos discutindo a lei de responsabilidade fiscal e vamos reforçar a Mesa Nacional de Negociação do SUS ligada ao Ministério do Planejamento e à Secretaria", garantiu Maria Luiza.

Durante o painel 'A Integralidade da Atenção à Saúde: Estratégias de Organização das Ações no SUS', Jorge Solla, secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, afirmou que o atual governo tem como objetivo superar a precarização na contratação de recursos humanos a partir de 2004, comprometendo-se a não prover mais recursos para os municípios com profissionais que não estejam contratados numa relação legal de trabalho por Regime Único ou CLT. "Na busca por geração de empregos, tomamos como ponto de partida o projeto estratégico de Reorganização da Atenção à Urgência e Emergência dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, por meio do qual o governo pretende oferecer mais de sete mil empregos diretos, já no primeiro ano de funcionamento, em municípios com mais de 100 mil habitantes", completou Solla.

Para Maria Helena Machado, diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, e coordenadora da oficina sobre precarização, é imprescindível que, antes de qualquer iniciativa, se perceba exatamente quais são as formas de precarização para

que se possa decidir conscientemente se deve ser mantido o segmento terceirizado ou considerada a hipótese de concurso. O problema, no seu entender, "é que alguns terceirizados são desqualificados, muitos são apadrinhados e sem escolaridade, e os concursos, muitas vezes são rigorosos e distantes da realidade". Tânia Nunes, por sua vez, acredita que é preciso avaliar a dimensão da precarização dos postos de trabalho e o que compõe esse passivo. "Quando o Inamps foi transferido para o MS, no final da década de 80", recorda, "trouxe 60 mil trabalhadores e colocou dentro do SUS". Hoje, Segundo ela, a maioria desses trabalhadores está em idade de se aposentar e o trabalho está precarizado.

Roberto Nogueira, no entanto, chama a atenção para a inconsistência dos números sobre precarização do trabalho. Ele explica que normalmente se toma como fonte os dados do IBGE e neles não estão caracterizadas as naturezas de vínculos, ou seja, não se tem idéia dos postos de trabalho precarizados para se levantar inquéritos. "Sabemos que, a partir de 1998, ocorreu um aumento expressivo do número de trabalhadores que atuam no SUS por meio de vinculação com cooperativas profissionais ou contratos temporários", exemplifica. Segundo ele, pelos dados da pesquisa 'Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Brasil', realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz (NERHUS/Ensp/Fiocruz), 54,6% dos médicos e 52,4% dos enfermeiros que atuavam no Programa Saúde da Família (PSF), em 1998, eram prestadores de serviços ou pertenciam a cooperativas de saúde.

Apesar das dificuldades, Nogueira acredita que uma única ação é necessária para a desprecarização do trabalho: "determinação política". Nesse sentido, ele acredita que o primeiro passo a ser dado é conscientizar os gestores quanto à regulação dos trabalhadores. Para ele, a possibilidade do Ministério da Saúde exigir vínculos na hora de repassar recursos já é um passo positivo. Em sua opinião, uma outra iniciativa importante seria adoção de uma política de financiamentos que incluísse o conjunto



de trabalhadores, principalmente os inseridos no PSF, e a criação de um plano de cargos e salários com aberturas de concursos, apontando para uma política de longo prazo. "Para que isso aconteça é fundamental a negociação com os trabalhadores na gestão participativa", acrescenta.

A adoção do regime estatutário no setor público para algumas funções e lugares, basicamente nas agências regulatórias, o enquadramento de diversos empregos públicos na CLT e a regulação, por meio do setor do público, das relações de trabalho no setor privado quando este estiver a serviço do setor, possibilitando uma abertura para o funcionamento dos dois blocos, são, segundo Tânia Nunes, algumas outras formas de se minimizar o problema. "É necessário termos ótimos gestores de contratos de RH para que o privado faça o que o público está fazendo", ressalta. ■

Além de dar continuidade ao processo da reforma sanitária, espero que a 12ª CNS consagre o resgate da seguridade social. Eu creio que um dos pilares da Constituição de 1988 foi o conceito inovador da seguridade social e que deixa para trás a questão tradicional e privada do seguro saúde. Eu não estou vendo ainda no atual governo uma decidida atuação para o reforço e apoio às ações de seguridade social e, sim, muitas iniciativas vinculadas ao seguro saúde e ao seguro social.

Hésio Cordeiro, Diretor do Curso de Medicina da Faculdade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.



FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE



Graduação em Saúde Coletiva: sim ou não?

Ana Beatriz de Noronha

Na seção 'Toques da Redação' da revista Radis 11, uma notinha já chamava a atenção para uma das grandes discussões a serem travadas no Congresso da Abrasco: a criação do curso de graduação em Saúde Coletiva. A expectativa se confirmou e o tema virou objeto de oficinas, painéis e de muitas conversas pelos corredores. Na opinião de Sergio Rego (Ensp/Fiocruz), no

entanto, as discussões poderiam ter sido ainda melhores:

— O tema gera muitas e intensas paixões e isso fez com que a argumentação racional ficasse um pouco superficial. Apesar disso, eu acho que foi um bom começo. Na oficina 'Graduação em Saúde Coletiva: perspectiva de implantação', decidimos que é preciso ampliar o debate, incorporando outros atores interessados no assunto, em especial os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).



A área é multiprofissional e interdisciplinar

Opinião: Marcio Almeida, professor da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e coordenador da Rede Unida

No próprio interior da Rede Unida existem opiniões contra e a favor da proposta de criação de um curso de graduação em Saúde Coletiva. Nosso objetivo atual é propiciar mais espaços de discussão sobre o tema, entendendo que a proposta é muito recente, ainda não foi suficientemente discutida e precisa de aprofundamento, tanto da fundamentação e justificativa em relação às suas dimensões teórico-metodológica e político-pedagógica. Em breve, no site da Rede (www.redeunida.org.br), estarão disponíveis textos do painel realizado no V Congresso Nacional da Rede Unida e será criado um Fórum de Debates a respeito do assunto. Pessoalmente, no entanto, entendo que a proposta é frágil na sua fundamentação, insuficiente na sua dimensão teórico-metodológica e equivocada quanto ao seu objetivo político-programático. Entre muitas outras coisas, ela aponta para a formação de um profissional com competências que deveriam ser dos profissionais de todas as carreiras da saúde, fazendo ainda com que as lacunas da participação da saúde cole-

tiva nos cursos de graduação sejam aumentadas, no mínimo por conta do redirecionamento dos professores da área; a proposta enfraquece as teses que, ancoradas na articulação entre o biológico e o social, na formação e na prática multiprofissional e na integralidade da atenção, vêm sendo defendidas pelo movimento em favor de mudanças na formação dos profissionais de saúde; e terminam por empobrecer duas características fundantes da saúde coletiva como área de saber, que são a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. Penso que o SUS não precisa de mais uma categoria profissional, mas de médicos, enfermeiras e demais profissionais com novo perfil, novas competências e novos compromissos técnicos e políticos.

Após as conquistas das diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde, essa proposta surge para desviar a atenção e negar todo o esforço para se ampliar a formação e construir um diálogo efetivo entre saúde coletiva e clínica, que possibilite enriquecer o pensamento e as intervenções concretas dos profissionais de saúde. Criar uma graduação em saúde coletiva é dizer que o trabalho que propomos aos demais profissionais de saúde é, em verdade, privativo de um novo profissional.

As cinco áreas temáticas contidas no projeto pedagógico em construção para o novo curso — análise e monitoramento da situação de saúde; planificação, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde; promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos à saúde; gerenciamento de processos de trabalho coletivo em saúde; e ética em saúde coletiva — e a separação de um ciclo inicial de três anos dedicados a aprendizagem dos conteúdos básicos do campo, não me parecem configurar uma dimensão teórico-metodológica suficientemente consistente para um curso universitário de quatro anos.

Por fim, o objetivo político-programático de fortalecer, com a formação de profissionais de saúde coletiva, os processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de Promoção e Vigilância da Saúde, parece equivocado porque deixa intocado o modelo biomédico hegemônico e desconhece que a reorientação do modelo de atenção somente será possível com a prática renovada dos profissionais de saúde, os verdadeiros sujeitos dos processos de trabalho e de atenção à saúde individual e coletiva. ■



O assunto é polêmico e apresenta inúmeras controvérsias. As Universidades Federais do Rio de Janeiro (UFRJ), que já elaborou até uma primeira proposta de grade curricular, e da Bahia (UFBA) apostam na criação de uma graduação em Saúde Coletiva. Existem aqueles que pensam na criação de várias graduações em saúde coletiva, entre as quais poderia ser considerada, por exemplo, a formação em Administração Hospitalar. Existem ainda muitas pessoas que descartam a idéia por várias razões. Para Sergio Rego, com tantas opiniões divergentes, é fundamental que se discuta o assunto até a exaustão.

— Não basta dizer que o futuro profissional de Saúde Coletiva tem que saber atuar em promoção da saúde, é preciso que se estabeleça que tipo de conhecimento deve obrigatoriamente fazer parte

do saber que conforma esse profissional. Será que ele deve conhecer alguma coisa de fisiopatologia ou de microbiologia? Em que grau de profundidade deve ser capaz de discutir o processo de saúde-fermidade? Também é preciso que se analise a possibilidade/viabilidade da criação de uma nova profissão. Existe espaço político para isso? — pergunta, concluindo: “Favorável ou contra, cada um de nós deveria se sentir obrigado a dar sua contribuição, sua reflexão e seus argumentos para enriquecer o debate”.

A seguir, leia a síntese das opiniões que Márcio Almeida (Universidade Estadual de Londrina e Rede Unida) e Jairnilson Silva Paim (ISC-UFBA) apresentaram no painel ‘É tempo de termos uma Graduação em Saúde Coletiva?’, coordenado por Roberto de Andrade Medronho (Nesc/UFRJ). ■

O SUS tem pressa para reorientar modelo

Opinião: Jairnilson Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Na sociologia das profissões, dois atributos são considerados na definição de uma profissão: a configuração de um corpo de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços, ou seja, a identificação de um conjunto de habilidades e competências referentes a um segmento do saber e por um elenco de valores que fornece identidade cultural para a ação de sujeitos.

Atualmente, a Saúde Coletiva encontra-se em condições de maturidade teórica, metodológica e operativa suficientes para enumerar competências e articular valores que permitam a constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com a defesa da vida e a saúde do público. Além disso, em discussões promovidas, entre outras, pelas Organizações Pan-americana e Mundial de Saúde, destaca-se o reconhecimento de que Saúde Pública e Saúde Coletiva não constituem especialidade médica, pois ainda que compo-nham a área da saúde, suas interseções com outras áreas são cada vez mais amplas e profundas. Daí a recomendação da I Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Públi-

ca para que as instituições formadoras desse pessoal de saúde passem pela ‘independentização’ das faculdades de medicina, estabelecendo redes com outras unidades acadêmicas e possibilitando a trans e a interdisciplinaridade.

No Brasil, por conta da implantação do SUS, a exigência de um novo profissional de saúde coletiva é atualmente mais contundente do que a discussão de movimentos ideológicos ou de novos marcos conceituais. As parcerias desenvolvidas entre as instituições formadoras, o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde, têm permitido a qualificação, quase em caráter de urgência, de milhares de profissionais e trabalhadores de saúde coletiva, mas não conseguem formar uma massa crítica de profissionais com uma formação básica que contemple, entre outras coisas, a epidemiologia, as ciências sociais em saúde e a planificação em gestão, além dos núcleos temáticos correspondentes à saúde ambiental e ocupacional, vigilância em saúde, educação e comunicação social em saúde, direito sanitário e economia da saúde, fazendo com que um número incalculável de comunidades fiquem privadas de ações possíveis de serem realizadas por um profissional com esse perfil e frustrando os esforços

empreendidos na reorientação do modelo de atenção.

Não se justifica, portanto, esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva. Por melhor que tenha sido o ensino das disciplinas dessa área nos cursos de graduação, as competências adquiridas são limitadas e subalternas ao modelo médico hegemônico que estrutura tais práticas educativas. A relação custo-benefício da formação desses profissionais exclusivamente na pós-graduação também é menos favorável do que a alcançada com o preparo de um profissional de saúde coletiva no período de três anos, com a possibilidade de uma habilitação específica em mais um ano, cabendo à pós-graduação a função de efetivar uma qualificação avançada.

O SUS tem pressa para reorientar o modelo assistencial dominante e não é defensável confinar o profissional de saúde coletiva nas unidades de administração central de órgãos públicos, quando a reorganização das práticas de saúde nos sistemas locais, nas unidades de saúde e até nas equipes de saúde da família requer habilidades e competências em Saúde Coletiva. ■

RADIS ENTREVISTA

José Ivo Pedrosa



“É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social”

Ana Beatriz de Noronha

Ao comentar o sucesso que o tema da educação popular teve no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Maria Verônica Oliveira, da Coordenação Geral das Ações Populares de Educação na Saúde do Ministério da Saúde (CGAPES/MS), foi enfática: “A conjuntura é favorável!”

— Simultaneamente estão mudando o modelo de atenção à saúde e a política de gestão da educação na saúde no Ministério. A Rede de Educação Popular e Saúde (Rede Pop) também está mais articulada. As pessoas compreendem cada vez mais a importância da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde e fortalecimento do SUS — completou.

Para falar um pouco mais sobre o assunto, o Radis convidou o coordenador-geral da CGAPES/MS, José Ivo dos Santos Pedrosa, que é médico, mestre em Saúde Comunitária pela UFBA e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, mas que também pode ser descrito como entusiasta do SUS, dedicado professor da UFPI, mestre nas relações humanas e doutor na arte de conquistar novos amigos e admiradores.

Em linhas gerais, o que você destacaria como as grandes questões e desafios da Educação em Saúde na atualidade?

Primeiramente, é preciso delimitar de que educação em saúde e de que lugar estamos falando. As ações educativas dos programas desenvolvidos pelas instituições e serviços de saúde são, na maioria das vezes, prescritivas, individualistas e autoritárias, voltadas, principalmente, para a mudança de hábitos cuja referência é o estilo de vida idealizado de pessoas e famílias que parecem viver em um mundo sem conflitos e sem contradições. É como se o indivíduo fosse culpado por hábitos insanos e devesse se modificar, adaptando-se a regras consideradas ‘normais’. Essa concepção, que poderíamos chamar de clássica, continua impregnando as ações ditas pedagógicas nos serviços de saúde, com o agravante de

serem pontuais e focalizadas nas especificidades de cada programa, intervenção ou situação. Dessa forma, são desenvolvidas ações educativas para diabéticos, hipertensos, cardíacos, gestantes, nutrízes, adolescentes e outros, tipificando cada ser humano com o grau de risco que determinado modo de viver o enquadra.

Precisamos repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social, compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais e considerar a Educação em Saúde como estratégia para a constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador. Para que isso ocorra de fato, as práticas educativas devem considerar a construção compartilhada de saberes que fundamentam as visões de mundo das pessoas e respeitar esses saberes forjados no mundo da vida, potencializando dessa forma o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais.

Em que medida essas questões foram tratadas no Congresso da Abrasco?

As discussões em mesas redondas, conferências e palestras trouxeram novas perspectivas para a Educação em Saúde. A participação do Grupo de Trabalho (GT) de Educação Popular e Saúde foi intensa, debatendo temas como o resgate da subjetividade e da religiosidade, reafirmando o significado de cuidado à saúde para além da mera assistência e propondo outras formas de se cuidar do ser humano nas quais os ‘cuidadores’ consigam expressar ‘amorosidade’ na relação com os outros e respeito pelos diversos modos de se viver a vida. Nas oficinas foram discutidas formas de se utilizar a educação popular nos processos de formação dos trabalhadores de saúde e de ampliar a participação da população na produção de materiais educativos na área da saúde.



De que forma a mudança do modelo de atenção à saúde, de uma lógica centrada na doença e de atendimento individual para uma ação de promoção à saúde, afeta as políticas e ações de Educação em Saúde do Ministério?

Eu, particularmente, não gosto muito dessa história de modelos assistenciais, sejam centrados na doença ou na promoção da saúde. Se desejamos cumprir o princípio da integralidade, não podemos ter em determinados momentos ações de promoção e em outros ações assistenciais. A vida não pode ser vista de forma compartimentada. Devemos ter em mente que tanto a doença quanto a morte fazem parte da grande e prazerosa aventura que é viver. Os modelos tendem a engessar o sofrer humano de acordo com a racionalidade que cada um deles apresenta em seus referenciais teóricos e nas tecnologias disponíveis, sem levar em consideração que aqueles que sofrem buscam alívio para seu sofrimento em qualquer lugar e de formas diversas. O alívio do

sofrimento ocorre quando a dor e a doença são cuidadas, mas também está na formulação de políticas públicas participativas, inclusivas e solidárias. A promoção da saúde, entendida de uma forma ampliada e não somente como um momento cronológico anterior à doença, coloca a educação em saúde como estratégia fundamental e isso se reflete tanto nas ações de educação em saúde quanto em toda política do Ministério. Isso, no entanto, só ocorre quando promoção da saúde é vista como um jeito de pensar e fazer a saúde no qual as pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de superar o instituído e serem instituintes de um modo de vida saudável.

O Eymard Vasconcelos falou uma vez que a educação popular estava cansada de ser 'alternativa' e queria ser 'hegemônica'. Esse desejo virou realidade? Como isso se reflete nas linhas de trabalho do Ministério?

A colocação do Eymard é muito interessante, pois indica um novo ânimo para continuar na luta pela saúde que queremos. Na verdade, a saúde coletiva, em suas várias concepções (da medicina preventiva à medicina social), sempre esteve marginalizada pela organização dos sistemas de saúde e pela forma que a cultura estabelecida nas sociedades ocidentais é centrada nas intervenções médicas, nos medicamentos e no consumo de serviços. A educação popular em saúde, entretanto, pela sua própria história, representa um movimento político de busca de relações mais humanas e respeitadas entre as pessoas e as instituições. Como movimento político, sempre estaremos caminhando no sentido da hegemonia, entendida não como substituição de um pensamento dominante por outro, mas como complementaridade entre todas as acumulações que apresentamos atualmente em defesa da vida. Paulo Freire dizia que o oprimido, quando não tem consciência de seu lugar no mundo como sujeito, acaba tendo como representação da liberdade a simples possibilidade de ocupar o lugar daqueles que o oprimiam. Ao ser institucionalizada no Ministério, a educação popular passa a contar com recursos financeiros e possibilidade de buscar parceiros, de construir adesão e ganhar mais visibilidade diante da população e dos gestores. A institucionalização da educação popular no Ministério possibilita a definição de linhas de

ação coerentes com os princípios éticos-políticos e metodológicos da Educação Popular. Isso permite que se proponha a ampliação e o fortalecimento do controle social para além dos conselheiros e para além dos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de se instrumentalizar a sociedade para a formulação e gestão das políticas públicas, ou que se utilize seus princípios na política e nas práticas educativas do Ministério, fazendo com que a produção de material educativo tenha como referência a cultura e os saberes da população e que a saúde na escola possa ser considerada como dispositivo para a construção de subjetividades que contribuam para a constituição de sujeitos cidadãos.

“ O alívio do sofrimento ocorre quando a dor e a doença são cuidadas, mas também está na formulação de políticas públicas participativas, inclusivas e solidárias. ”

Ao longo do tempo, as políticas de saúde e de educação em saúde do governo foram traçadas visando principalmente à parcela urbana do Brasil. Alguma mudança à vista?

Sim. A partir do reconhecimento que o acesso aos serviços de saúde na área rural é bastante difícil e que historicamente essa população sempre foi marginalizada, eu diria que existem atualmente no Ministério dois movimentos. De um lado, há a construção de uma política de saúde voltada para a população rural, que está sendo feita de forma integrada com vários setores do MS e que será discutida com os segmentos organizados dos trabalhadores rurais: acampados, assentados, quilombolas e as populações em movimento, ribeirinhas e que vivem do extrativismo. De outro, há a interlocução direta com os movimentos sociais do campo, como o MST, Mulheres Trabalhadoras Rurais e a Confederação Nacional dos Tra-

balhadores na Agricultura (Contag), objetivando a capacitação de conselheiros e profissionais de saúde, a partir do respeito às especificidades da vida rural e do acolhimento das práticas populares de saúde, que incluem a produção de material educativo e o uso de fitoterápicos e medicina popular.

A Educação em Saúde tem interfaces importantes com o Controle Social e com a Comunicação. O que está se pensando a esse respeito no Ministério?

Estamos concluindo o Projeto de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social, que inclui a capacitação do Ministério Público e de quase 50 mil conselheiros titulares em todas as regiões brasileiras. Esse projeto está sendo desenvolvido desde o ano passado, com a criação de Núcleos de Capacitação em cada estado, mas queremos aproveitar o momento para contruir, em cooperação com o Conass, o Conasems, o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria de Gestão Participativa do MS e o Ministério Público, uma política permanente de fortalecimento do controle social voltada para a capacitação de agentes sociais que formulem e participem da gestão das políticas públicas. Nosso objetivo é que o exercício efetivo do controle social não dependa de possíveis financiamentos de projetos pontuais, mas que seja realmente uma política de governo democrático e popular. Em relação à Comunicação, estamos definindo uma política que dê conta tanto dos espaços da grande mídia quanto dos espaços comunicacionais alternativos, que são, muitas vezes, os únicos recursos disponíveis num país tão grande e tão cheio de diversidades regionais e culturais. Realizamos uma oficina com profissionais de comunicação, comunicadores populares, Assessoria de Comunicação e outras áreas técnicas do MS, para discutir as características dessa política e as estratégias que devemos usar. Tivemos também uma reunião com o GT de Comunicação da Abrasco e estamos prevendo novas discussões com esses interlocutores, pois acreditamos que a Comunicação em Saúde é fundamental para a construção do sentido de participação e pertencimento da população, e para dar a todos a clareza de que o SUS é resultado da luta política que construímos. Temos o compromisso de aperfeiçoá-lo cada vez mais, de modo que seus princípios possam estar presentes no cotidiano de cada cidadão deste país. ■



Prioridade é a implementação da Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde



Caco Xavier

Algumas das discussões mais interessantes e pragmáticas desse 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ficaram por conta das áreas de Informação e Comunicação. Duas oficinas, ainda no período do pré-congresso, reuniram um espectro abrangente e representativo do pensamento e das políticas atuais de Informação e Comunicação em Saúde.

A Oficina 'Informação em Saúde: Acertos, erros e perspectivas', proposta e organizada pelo GT de Informação em Saúde e População da Abrasco, teve por objetivo principal construir uma agenda para fundamentar uma política nacional de informações em saúde, a partir da análise dos avanços e recuos ocorridos na área, na última década.

Debateu-se, levando-se em conta as especificidades das três esferas de governo, quatro temas centrais:

1. Sistemas e metodologias de produção e disseminação de informações em saúde, englobando os sistemas nacionais de informação em saúde, os inquéritos populacionais de saúde e outras metodologias de produção de informações de interesse para a saúde.

2. Utilização de tecnologias de informação, com destaque para as questões da privacidade/confidencialidade, construção de padrões, interoperabilidade, qualidade e softwares livres.

3. Capacitação e desenvolvimento científico tecnológico, que tratou do financiamento da incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação, em que foram apontadas as dificuldades para a utilização dos recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (Fust), propondo-se o estabelecimento de uma política clara e transparente de investimentos nesta área.

4. Estrutura e organização da gestão da informação em saúde, já que, embora exista uma disponibilidade mui-

A minha expectativa em relação à 12ª CNS é que o Brasil reveja o ponto em que chegamos em relação às nossas condições de saúde, e que nós sejamos capazes de desenhar um sistema de fato único de saúde, sistema mais democrático e mais justo. Que consigamos resolver a cisão, que a mim preocupa de uma maneira muito significativa, entre o segmento da população que tem um tipo de assistência oferecida por planos de seguro de saúde e a maioria da população dependente dos recursos públicos para o seu atendimento. Espero que de fato o sistema público se constitua.

José Carvalho de Noronha, presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)



to grande de informações nos inúmeros sistemas, não está claro que informações estão a serviço de que parcela da sociedade brasileira. A Oficina propôs a realização de uma Conferência Nacional de Informação em Saúde, a ser encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde, precedida de eventos preparatórios em que estejam envolvidos o Conass, Conasems e o Ministério da Saúde, além da Abrasco e de outras entidades interessadas.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Na área da Comunicação, o evento preparatório foi a oficina 'A Comunicação na Agenda da Reforma Sanitária e no Desenvolvimento do SUS', organizada pelo GT Comunicação e Saúde, da Abrasco, e que reuniu representantes das três esferas do governo e de organizações governamentais e não-governamentais. A Oficina proporcionou a reto-

e propor modos de integração (políticas e serviços).

PREPARAÇÃO PARA A 12ª CONFERÊNCIA

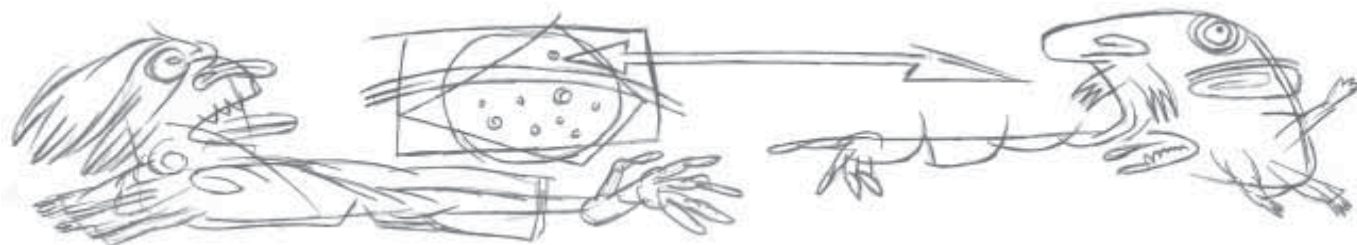
Além das oficinas, aconteceram vários painéis e comunicações coordenadas sobre Comunicação e Informação, evidenciando a produção originada das universidades e, em crescente número, dos serviços. Somente na área da Comunicação em Saúde, a quantidade dos pôsteres apresentados, bem como a diversidade de assuntos e abordagens, chamou a atenção da comissão de avaliadores indicada pelo Congresso. Segundo os avaliadores, a pluralidade foi a marca desse lote de 49 pôsteres nessa área.

Relatório preliminar da comissão de avaliação indica que as abordagens "trazem desde a mais ingênua constatação da importância terapêutica do ato de fala à mais

formação no sentido de estabelecer formas de influir e contribuir para os debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde. A 'arquitetura' do Congresso e as longas distâncias favoreceram os encontros e as articulações das mais variadas formas. Os trabalhos do Congresso, e a quase unânime indicação de que é preciso que haja aproximação e esforço conjunto, principalmente das áreas de Comunicação, Informação e Educação, geraram encontros, reuniões de trabalho e seminários posteriores ao evento, visando à preparação de textos conjuntos e proposição de atividades para a 12ª CNS.

Aqui estão algumas proposições, extraídas das oficinas e dos painéis sobre Comunicação e Informação:

- ♦ Apresentar como tese central da 12ª Conferência Nacional de Saúde, para as discussões do eixo *Informa-*



mada e o aprofundamento de discussões que, segundo os organizadores, "não podem ser esquecidas ou deixadas de lado", bem como um diagnóstico do momento atual do campo e do pensamento e práticas a ele relacionados. Os participantes debateram em torno de três temas principais:

1. Rede Nacional de Comunicação em Saúde, analisando a resolução da 11ª CNS (ver página 2). A proposta é enxergar melhor essa rede e aclarar conceitos e práticas visando à sua operacionalidade, aprofundando as discussões já iniciadas.


2. Nova ética comunicacional, que pressupõe governos e sociedade como produtores de informação, discutindo a horizontalização e integralidade dos processos comunicacionais, do homem e da saúde, e avaliando impacto de tais processos nas políticas de saúde (formulação) e na sociedade (participação).

3. A relação entre as áreas da Documentação, da Informação, da Comunicação e da Educação, identificando interfaces, convergências (objetivos e práticas), dificuldades e divergências, além de avaliar

complexa metodologia de análise das narrativas midiáticas e publicitárias sobre a saúde, passando pelo crivo semiótico". Tal diversidade das formas de abordagem, segundo os avaliadores, "indica a necessária discussão da comunicação na saúde e suas interfaces com a informação e com a educação", o que também foi apontado pela Oficina no pré-congresso. Os pôsteres, melhor expressão da produção atual da área, se ocuparam bastante da análise e da produção de materiais impressos e audiovisuais sobre Aids, dengue, leishmaniose, diabetes, câncer, segurança do trabalho, gravidez de risco, esquizofrenia, terceira idade e meio ambiente. Finalmente, notou-se que as proposições de políticas públicas de comunicação para a gestão e o controle social, indicadas nos trabalhos apresentados, apontam definitivamente para o trabalho em rede.

Ficou clara a intensa movimentação dos participantes do Congresso envolvidos com Comunicação e In-

formação, estratégias e modos da implantação efetiva da *Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde*, já discutida e desenhada na Conferência anterior;

- ♦ Realizar encontros de comunicação, informação e educação para concretizar a Rede, antes da Conferência. Que a Rede seja um espaço de produção e inclusão;
- ♦ Realizar levantamento do que está sendo produzido, em termos de comunicação e saúde, e torná-lo acessível ao público.
- ♦ Criar exposição das experiências existentes. 

Chega de pessimismo. Temos que pensar que esse é um momento histórico para colocar efetivamente em prática a proposta do SUS. As questões que norteiam a Educação Popular em Saúde podem legitimar essa Conferência.



Carla Albuquerque, médica, socióloga e professora da Universidade Estácio de Sá (RJ)

RADIS ENTREVISTA

Mirta Roses Periago

“O âmbito do ‘público’ é maior do que o âmbito do Estado”



“**E**xcepto nas ilhas Falklands, para *nosotros* Malvinas...”. A ressalva, feita durante a entrevista, revela claramente a nacionalidade de Mirta Roses Periago, atual diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Argentina, médica cirurgiã, formada pela Universidade de Córdoba, em 1969, e diplomada em Saúde Pública pela Universidade de Buenos Aires, Mirta Roses ingressou na Opas em 1984, como coordenadora da Unidade de Epidemiologia do Centro de Epidemiologia do Caribe (Carec). Ocupou cargos na República Dominicana e na Bolívia, assumindo, em 1995, o cargo de sub-diretora da OPAS e passando a integrar o grupo de sub-diretores da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o grupo de gerência dos programas globais, o qual presidiu por dois períodos.

Com português fluente, herdado do tempo em que estudou Medicina Tropical na Universidade Federal da Bahia, e bastante descontraída, Mirta Roses recebeu a equipe do Radis na sede da Opas em Brasília, onde explicou com clareza e objetividade o redirecionamento do foco de trabalho da Organização.

Participaram desta entrevista: Rogério Lannes Rocha, Caco Xavier, Ana Beatriz de Noronha, Katia Machado, e Ruy Nogueira (revista Primeira Leitura)

Em primeiro lugar, nós gostaríamos que a senhora traçasse um panorama mais geral das Américas e explicasse como se dá a inserção da Opas nesse panorama.

A diversidade nas Américas ocorre em todos os sentidos: no tamanho dos países, nas populações, na cultura, na história. A Opas trabalha com todos eles, está presente nos 41 países e também na Guiana, que é território francês. A única exceção são as ilhas Falklands, pois, apesar de termos oferecido o nosso apoio, ainda não tivemos resposta da Inglaterra. A Opas é de todos e trabalha com todos. Somos uma organização formada pelos países e não para os países. São eles que cooperam entre si e compartilham recursos e experiências. A despeito de tantas diferenças e desigualdades, o continente tem provado que pode trabalhar junto na Saúde, fazendo da área uma grande ponte para que se possa trabalhar outros aspectos. Trabalhar juntos para atingir metas importantes, tanto na eliminação de doenças — transmissíveis, como a pólio e

o sarampo, e não transmissíveis, como as causadas por deficiências nutricionais — quanto na luta mundial contra o tabaco. Não podemos esquecer que o primeiro tratado sanitário internacional surgiu nas Américas, em 1924.

De que maneira a Opas consegue lidar com a diversidade e com as desigualdades, tanto das condições de saúde quanto das políticas de saúde dos diferentes países? Sobre que questões a Organização tem se debruçado com mais frequência e intensidade?

A diversidade é rica e positiva, quando se trabalha em conjunto. Ela torna possível que um país aprenda a lidar com determinados problemas a partir da experiência de outros, evitando que muitos erros se repitam. Para lidar com as desigualdades, no entanto, nós decidimos romper a forma tradicional de aproximação, cuja prioridade são problemas específicos nem sempre compartilhados por todos, e organizar o apoio aos países a partir de três categorias: a Agenda Inconclusa, a Proteção dos Avanços e o enfrentamento dos Desafios do Futuro.

A Agenda Inconclusa tem a ver com questões consideradas menores ou agravos que atingem poucas pessoas. A tendência é que, por haver poucos casos ou mesmo por estarem ligadas a grupos considerados minoritários, algumas doenças deixem de ser prioridade. Resolver esses problemas é, portanto, uma questão ética. Na agenda inconclusa, nossa abordagem está diretamente relacionada às metas do milênio para o continente. É uma vergonha que, depois de três anos, tão pouco tenha sido feito com relação a metas que devem ser alcançadas até 2015. Até mesmo quando, a partir das médias nacionais, os problemas parecem estar sendo solucionados, é preciso ver que, na realidade, tanto nos países ricos quanto nos países mais pobres, existem sempre grupos que estão em muito melhor situação do que outros. A nossa proposta é a defesa dessas populações por meio da conscientização e do estímulo à formação de alianças entre os próprios indivíduos e entre estes, as autoridades e outros parceiros para a solução de seus problemas e para sua incorporação definitiva aos sistemas de saúde e às próprias políticas de desenvolvimento de seus países.



A Proteção dos Avanços é importante porque apesar de estarmos constantemente progredindo com, por exemplo, maior expectativa de vida e menos mortalidade infantil, sempre é possível haver retrocessos. Existem fatores que fortalecem os sistemas de saúde, tornando-os menos vulneráveis a problemas econômicos, políticos e até a desastres naturais, como inundações, terremotos etc. Nesse sentido, nós temos observado que os sistemas mais fortes não são necessariamente os mais ricos, mas os mais solidários e equitativos. Um bom exemplo disso são os países do Caribe, que são pequenos, têm muitos problemas econômicos e são muito sujeitos a desastres naturais, mas têm sistemas universais, relativamente fortes. É claro que o melhor é ter um sistema rico e equitativo, mas depois disso vem o pobre e equitativo, o rico não equitativo e, por fim, o pobre não equi-

tativo. É preciso incorporar isso ao discurso político, fazendo com que os sistemas de saúde sejam cada vez menos fragmentados e mais integrados, equitativos e universais. Além disso, devemos lembrar que atualmente o êxito da saúde pública acaba produzindo uma grande dependência da tecnologia. Hoje, muitas pessoas, como os diabéticos ou hipertensos, podem viver muitos anos, se medicados diariamente. Isso obriga a uma logística complexa, principalmente em determinadas ocasiões, como nos grandes desastres naturais, quando a população desabrigada é colocada em abrigos. Geralmente o esforço é para assegurar água, alimento e vacina, mas é preciso lembrar que tem idosos, hipertensos e gestantes entre a população. Você tem que detectar muito rapidamente essa população, porque muitos podem morrer se não receberem medicação diária. Nosso papel, nesses casos, é assegurar essa logística.

Por fim, nós temos o enfrentamento dos Desafios do Futuro que afetam indistintivamente países ricos ou pobres, pois estão relacionados tanto à transnacionalização do risco quanto à homogeneização causada pelas grandes mudanças demográficas ocorridas no continente. Podemos dizer que antes nós tínhamos o *homo sapiens*, e agora nós temos o *'homo urbano'* e o *'homo rural'*, este último em processo de extinção. Daqui a 30 anos provavelmente teremos apenas o *'homo urbano'*, que tem muitos problemas de relação com o meio. Por conta disso, tende a enfrentar problemas crônicos de dor, por exemplo. A dor virou um problema de saúde pública! Nos anos 50, os problemas dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos eram bem diferentes. Hoje estão muito parecidos, pois têm a ver com estilo de vida. Outro problema comum a todos os países é o envelhecimento acelerado da população, que afeta tanto as relações sociais quanto os sistemas de saúde e de seguridade.

A partir dessas categorias, como a Opas consegue efetivamente cooperar com os vários países das Américas? Como são abordadas as especificidades de cada sistema de saúde?

A Opas trabalha de forma bastante descentralizada no planejamento da cooperação. A primeira razão de existência da Organização é o trabalho conjunto entre os países no estabelecimento e no cumprimento de metas. A primeira função derivada disso é que nós devemos fortalecer a participação dos países na definição dessa agenda comum e dessas metas. O passo seguinte é ajudar os países a cumprirem o que foi acordado. Nesse sentido, o trabalho está bastante descentralizado. Temos um pequeno componente central em Washington que olha todo o continente e define, por exemplo, as categorias que descrevi. O programa de trabalho a ser realizado em cada país, no entanto, é feito nos escritórios que estão nos próprios países. Nosso trabalho, como instituição intergovernamental, é estabelecer um diálogo permanente com os governos, mas

não só com eles. Nós dialogamos com toda a sociedade, tentando mostrar que a responsabilidade sobre o espaço público, no qual a saúde se insere, não é apenas dos governos. O âmbito do 'público' é muito maior que o âmbito do Estado.

Como tem sido trabalhar, no Brasil, com o SUS e com o Ministério, dentro das políticas implementadas nos últimos 15 anos?

O continente está num processo muito acelerado de integração, com a criação de diversos acordos entre grupos de países. Há cerca de 20 anos trabalhamos num nível que é ao mesmo tempo global, junto à Organização Mundial; central, para todo o continente; nacional e supra-regional. Esse tipo de articulação nos permite identificar processos, experiências, competências e conhecimentos que podem ser compartilhados pelos países do continente em sua totalidade, ou pelas estruturas supra-regionais. No Brasil, por conta da descentralização da Saúde, nós trabalhamos com a idéia de descentralização da cooperação técnica subnacional e nos relacionamos cada vez mais com os níveis locais e estaduais.

“ Nós trabalhamos com a concepção de que o grande papel da saúde pública é o de incrementar o capital de saúde. ”

De que forma, no diálogo com a sociedade, a OPAS trabalha a questão da comunicação e da informação em saúde?

Nós seguíamos linhas bem tradicionais, sobretudo no campo da educação para a saúde. Houve, no entanto, duas situações que se transformaram em grandes desafios: o surgimento da Aids, na década de 80, e a entrada do cólera no continente, em 1991. Nos primeiros momentos da Aids, os sistemas de saúde estavam completamente despreparados para enfrentar a doença. Era fundamental que as próprias pessoas se protegessem e para isso era necessário que tivessem o máximo de informação possível. Então nós mudamos radicalmente nossa estratégia de informação e comunicação. A função dos meios de comunicação é fazer a informação chegar à população e para sermos bem sucedidos é preciso usar tanto os grandes jornais e rádios, que atingem rapidamente uma quantidade muito grande de pessoas, quanto as mídias locais, os panfletos e a comunicação direta com trabalhadores e voluntários. A saúde se transformou num dos bens mais valiosos, pois o público se apropriou do conceito de saúde como direito.

Muitos trabalham a saúde como medo da dor ou do risco. Nesse caso, a preo-

cupação com a água só existe, por exemplo, no momento em que há cólera. Dentro da idéia de promoção da saúde, no entanto, o que se busca é valorizar a saúde como qualidade de vida. Como a Opas participa dessa importante mudança conceitual na Saúde?

Nós vivemos intensamente esse processo de reconhecimento dos determinantes de saúde, que culminou com a Carta de Otawa, que afirma que os responsáveis pela produção da saúde não são só as tecnologias médicas ou os serviços de assistência. Nós trabalhamos com a concepção de que o grande papel da saúde pública é o de incrementar o capital de saúde. Mas não é só isso. Mesmo com um grande capital de saúde, há muitas coisas que não se pode evitar, como as doenças e os acidentes. Isso tudo faz parte da atenção básica e precisa ser pensado pelo sistema de saúde que, no entanto deve liderar a conscientização sobre os demais determinantes de saúde que são a educação, o emprego e até mesmo a liberdade política. Em El Salvador, por exemplo, a causa de ele ter se tornado o país das Américas que mais ganhou em expectativa de vida nas duas últimas décadas, não foi o tratamento do câncer, o avanço da ciência ou a extensão dos serviços de cobertura. Foi o fim da guerra.

Muitas organizações internacionais estão trazendo para as áreas de políticas sociais discussões sobre focalização e universalização. Como a Opas vê essa discussão que, no Brasil, está ligada diretamente às questões da Saúde?

Nós estamos discutindo isso há algum tempo e acho que isso será muito importante durante a celebração dos 25 anos de Alma Ata. Essa discussão acabou separando organizações como a OMS e a Unicef e impediu que as metas do milênio fossem alcançadas. A união faz a força, mas nós dividimos quando colocamos em oposição a atenção integrada ou a atenção seletiva. Alguns grupos foram para um lado, enquanto outros foram para o outro. Na Opas nós achamos que aquilo que muitos chamam de focalização é muito importante, pois se não conseguimos atender as necessidades diferenciais não estaremos sendo justos. É o caso da Agenda Inconclusa. Se a agenda é para todos e existem pessoas que estão em maior risco, é preciso priorizar, principalmente porque não há recursos para atender a todos. No México, eles concebem o processo como universal, mas estão discutindo por onde começar a resolver os problemas. Se não há recursos para todos, vamos começar pelos setores mais necessitados, por aqueles que têm melhor organização social. Assim é mais fácil obter sucesso e mostrar para outras populações que elas também podem se organizar para conquistar benefícios. É preciso entender que priorizar é uma coisa e focalizar outra. O perigo é se prender à palavra e não ao conceito que ela representa. É necessário ver o que significa focalizar e o que significa universalizar. A universalização, como nivelamento, pode ser bastante injusta. ■

CONTROLE SOCIAL



Legitimidade e liberdade para os conselhos



Carlos Gustavo Trindade, com colaboração de Katia Machado

O Brasil é um país que fez uma radical reforma no sistema de saúde. Essa reforma, garantida por uma nova Constituição, foi tamanha, e amparada por uma tal participação da sociedade, que hoje é referência para vários países, principalmente do chamado 'terceiro mundo'. O Sistema Único de Saúde (SUS), tem um componente importante, o controle so-

cial, a ser exercido por dois instrumentos legais: os conselhos de saúde (municipais, estaduais e nacional) e as conferências de saúde. No entanto, observa-se que, na prática dos conselhos de saúde, não estão necessariamente garantidos os princípios básicos de democratização da participação social e nem que as reivindicações saiam do papel. Assim, crescem as discussões sobre os mecanismos que possam tornar mais respaldados e legitimados os conselhos de saúde, para exercerem controle social efetivo, com autonomia.

Como está estipulado na Constituição Federal, e com base nas leis 8080/90 e 8142/90, os conselhos de saúde são espaços legítimos para a participação das comunidades em prol de conquistas na área de saúde, mas falta um real 'empoderamento', na prática. O assunto foi bastante discutido durante a oficina 'Desafios para a Efetivação do Controle Social', realizada no 7º Congresso da Abrasco, em Brasília, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Jocélio Henrique Drummond, ex-conselheiro do CNS e secretário sub-regional no Brasil da Internacional de Serviços Públicos (ISP), que participou como expositor, afirmou:

– Dar legitimidade aos conselhos de saúde é torná-los úteis e reconhecê-los como importantes no processo de efetivação do controle social.

A consolidação dos direitos sociais depende, por um lado, da organização social e, por outro, de cidadãos atuantes. Só a partir do final dos anos 90, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar é que o controle social deixou de ser restrito às ações do Estado para definir meios de tornar efetiva a regulação dos serviços prestados pelo setor privado.

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, já havia sido destacada a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na composição desarticulada em relação ao legislativo. Indicou-se a necessidade dos conselhos padronizarem os regimentos internos, devido à grande diversidade, e a reformulação da Resolução 33/92 do CNS, referen-

A Conferência é um instrumento muito importante de avaliação e de formulação. Uma política pública como a do Sistema de Saúde precisa sempre que se olhe para trás, para que se faça um balanço das experiências realizadas. No momento atual, no entanto, eu creio que é preciso olhar para a frente, aproveitando o cenário político favorável que nos possibilita, mais do que apenas resistirmos, propormos. A Conferência precisa descobrir novas formas de transformar as idéias generosas e os amplos princípios do SUS em políticas que realmente conquistem os cidadãos brasileiros para a defesa e participação no Sistema.

Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde



Define a garantia de representatividade dos conselhos estaduais e municipais de saúde com a escolha de representação pelos próprios segmentos, distribuição da composição e eleição do presidente entre os membros do Conselho.

te a diretrizes para definição, composição e estruturação deles. De acordo com o presidente do conselho estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Luís Carlos Bolzan, muitos estados e municípios não obedecem à paridade entre os diferentes segmentos sociais e nem têm realizado eleições para presidência dos conselhos. Dessa forma, boa parte das presidências fica com os governos, o que desestimula a participação dos trabalhadores nos movimentos em favor do controle social.

QUANDO O CONTROLE É LEGÍTIMO

De acordo com o procurador da República no Rio Grande do Sul, Humberto Jacques de Medeiros, a legitimação do controle social depende principalmente de os conselhos se tornarem eficazes. Na oficina do CNS, os conselheiros de saúde tiveram a oportunidade de apontar os principais pontos que dificultam a dinâmica dos conselhos, a começar pela falta de capacitação e de autonomia de muitos deles. Em 2002, segundo eles, várias ações permaneceram entravadas pela falta de re-

Prevê um orçamento mínimo obrigatório federal, estadual e municipal, compondo um orçamento nacional do SUS.

passes de recursos do Ministério da Saúde. Em relação à capacitação, os participantes da oficina propõem que esta seja desenvolvida de forma permanente, descentralizada e continuada, e que tenha financiamento nas três esferas de governo, por causa da alta rotatividade dos conselheiros. Quanto ao repasse de recursos, os participantes defenderam aplicação efetiva da Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29), maior fiscalização, acompanhamento dos convênios internacionais e a submissão das emendas parlamentares de Política de Saúde aos conselhos de saúde.

Verificou-se também, na oficina, a necessidade de diagnósticos para que se conheça a situação dos conselhos de saúde em todo o país, preferencialmente até a 12ª Conferência Nacional de Saúde. "Além disso, é preciso definir uma agenda comum para os diversos conselhos constituí-

dos", disseram os participantes. Nesse sentido, a oficina propôs a elaboração de um documento, no âmbito do CNS, para que o controle social seja discutido nas conferências de saúde, a fim de se conceituar os elementos da democracia participativa ou direta, a realização de avaliações permanentes que possam orientar as práticas dos conselhos e conferências, a busca da caracterização das representações do segmento e dos conselhos como uma instância de poder que tenha reconhecimento e visibilidade social. "O conselho de saúde é um meio de reflexão dos anseios sociais no contexto histórico de cada esfera de poder", diz o relatório da Oficina.

PROPOSTAS DA OFICINA PARA A 12ª CNS

A oficina do CNS destacou algumas considerações a serem discutidas na 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) sobre controle social. Concluiu-se que a efetividade do controle social depende da legitimidade dos conselhos de saúde, com a máxima abertura e transparência nos procedimentos de eleição de seus integrantes. Propôs-se ainda a aproximação com mais segmentos sociais, visando à participação nos conselhos, e a construção de uma política de comunicação social e educação para a cidadania, bem como a conexão com movimentos populares. Por fim, apontou-se para uma maior resolutividade das ações na assistência farmacêutica, qualidade e humanização do sistema, fiscalização e controle dos gastos, além de uma maior disciplina normativa do controle social, com a incorporação da Resolução 33/92 do CNS para a Lei 8.142/90.

Para os participantes da oficina, a 12ª CNS, que será realizada em dezembro, deverá ser motivadora de novas reflexões sobre os conselhos de saúde, a fim de que estes repensem seus papéis e objetivos, principalmente para que os cidadãos possam exercer o controle social efetivamente. Como o tema será o eixo central e transversal da Conferência, o relatório final da oficina do CNS explicita:

— A expectativa é que haja tempo para tratar das questões relativas ao fortalecimento dos conselhos de saúde, primeiro para que tenham legitimidade e, posteriormente, para que seja consolidado o suporte humano e financeiro e a conseqüente liberdade de ação. ■

O Controle Social e a Saúde

Na Saúde, o controle social fortalece o exercício da cidadania em direção aos objetivos do SUS, que implicam no direito dos cidadãos à atenção plena à saúde. Nesse sentido, o titular da Secretaria de Atenção à Saúde, Jorge Solla, defende o fortalecimento dos espaços de controle social, lembrando que o ministro da Saúde comparece às reuniões do CNS a fim de que as políticas de saúde sejam de fato deliberadas pelo Conselho. Não somente isso, ele acredita que, para que o controle social seja efetivo, são também necessárias ações administrativas como de auditoria, regulação, controle e avaliação que permitam identificar problemas e o desenvolvimento de tecnologias, instrumentos e processos de trabalho com a utilização mais racional dos recursos. Com isso, segundo Solla, evitaria-se o mau uso do dinheiro público no SUS.

Para o deputado Henrique Fontana, em sua participação no painel "Controle Social e o Parlamento", no 7º Congresso da Abrasco, o controle social é a melhor ferramenta para

a construção da consciência cidadã, e lembra que qualquer gasto público é proveniente de imposto pago pelos cidadãos, desequilibrando a relação de poder. "É a melhor forma de se qualificar e corrigir as ineficiências da gestão pública", conclui. Nesse sentido, José Aristodemo Pinotti, professor do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da USP e participante do painel citado, acredita que controle social pressupõe descentralização correta, participação efetiva dos conselhos de saúde, administração transparente, educação da saúde, bem estar social consolidado, parlamento atuante e inclusão da classe média no SUS, pois ela "tem maior noção de cidadania e, conseqüentemente, sabe cobrar". Ele lembra que a deficiência do controle social gera, a exemplo do que aconteceu nos anos 90, o aumento da privatização da saúde, descentralização precária, falta de acesso aos serviços de saúde e de acolhimento e baixa eficiência do setor saúde. Para Pinotti, "é com controle social que se produz qualidade de saúde. E vice-versa". ■



Comunicação e informação em saúde completam o temário da Conferência

Ana Beatriz de Noronha

No lançamento do temário da 12ª Conferência Nacional de Saúde (revista Radis 12), uma decepção: apesar de o foco estar no Controle Social, nada havia sido falado especificamente a respeito de Comunicação e Informação em Saúde, práticas fundamentais para a efetivação do controle. A boa notícia veio com a alteração do regimento da Conferência durante a 133ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 6 e 7 de agosto.

Não é de hoje que as Conferências de Saúde discutem questões referentes à Comunicação e à Informação. Na 'Décima Primeira', por exemplo, já estavam claros tanto o papel das Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no fortalecimento da cidadania e do controle social, visando principalmente à melhoria da qualidade e à humanização dos serviços e ações de saúde, quanto a necessidade de o financiamento de ações, projetos e programas de IEC estar previsto e incluído no orçamento dos fundos de saúde nas três esferas de governo.

A expectativa é que a próxima Conferência reafirme, como diz a resolução 55 da conferência anterior, "a importância da democratização das informações, como única possibilidade de evidenciar a desigualdade de acesso a dados de interesse público" e, portanto, impedir a sustentação de governos descomprometidos com a efetiva transformação do SUS.

A REDE PÚBLICA NACIONAL DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Um dos assuntos que devem esquentar as discussões do tema é a efetiva constituição da Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde, que foi amplamente debatida no Congresso da Abrasco. A idéia é que a Rede saia do papel e seja implantada de fato, integrando, via Internet e outros meios de comunicação, os conselhos de

saúde, os Poderes Executivos Municipais, Estaduais e Federal, as comissões intergestores, Legislativo, Ministério Público, profissionais de saúde, de educação de informação e de comunicação, organizações da sociedade civil e todos aqueles que de alguma forma estão envolvidos com o controle social. Além disso, também devem vir à tona questões relacionadas às políticas de telecomunicações, envolvendo, entre outras coisas, a legislação referente às rádios comunitárias.

Segundo o coordenador-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Eduardo Jorge, é importante que se discutam as questões da informática, pois esse aspecto é fundamental para o desenvolvimento do projeto do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), um instrumento essencial para a racionalização dos serviços de atendimento e para a melhoria das relações do cidadão com o Sistema e dos três níveis de gestão entre si, mas a Conferência não pode se restringir a isso. Para ele, ao incorporar o Décimo Eixo ao temário inicial, a inten-

ção do Conselho Nacional de Saúde é ampliar os debates sobre o papel estratégico para o SUS dos meios e dos profissionais de comunicação.

— Pessoalmente, eu acredito que somente por meio da comunicação há possibilidade de os cidadãos brasileiros terem autonomia nos processos de saúde. Hoje, ninguém mais quer ser um simples objeto nas mãos de um médico. As pessoas querem ser autônomas, mas para isso precisam ter informação e ninguém melhor do que os trabalhadores da comunicação para realizarem essa tarefa. Ao veicular informações sobre promoção da saúde, a comunicação terá um peso cada vez maior dentro do SUS. Peso democrático, porque o cidadão precisa ter autonomia frente ao Sistema; peso 'técnico', porque a promoção da saúde deve comandar o processo e não a cura ou a reabilitação; e peso orçamentário, porque um cidadão bem informado tende a ter um comportamento de vida mais saudável, onerando bem menos os serviços. ■

Conselho Nacional e Ministério da Saúde ampliam esforços para a divulgação da Conferência

Uma teleconferência, ocorrida no dia 27 de agosto, foi o primeiro grande evento realizado pelo Conselho Nacional para divulgar a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Durante duas horas, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, o coordenador-geral da Conferência, Eduardo Jorge, o relator Paulo Gadelha, e os representantes dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de Saúde no Conselho Nacional, respectivamente, Gerônimo Palludo e Luiz Gonzaga Araújo, explicaram a metodologia e esclareceram dúvidas do público sobre a 'Décima Segunda'.

Mais de 200 perguntas, sugestões e críticas foram encaminhadas aos componentes da mesa, através de fax, e-mail ou telefone, por gestores, usuários e profissionais de saúde que acompanharam a teleconferência nos 28 auditórios da Embratel espalhados nas

capitais brasileiras ou pelo Canal Saúde, pela TV ou internet.

O sucesso alcançado pela iniciativa fez com que Eduardo Jorge sugerisse a realização de outras duas teleconferências. Uma para discutir mais profundamente os dez eixos temáticos e outra para democratizar a informação e abrir espaço para que outras entidades possam opinar e dar sugestões tanto em relação às teses do Ministério da Saúde quanto às teses alternativas. Para quem desejar, a teleconferência está disponível no site do Canal Saúde (www.canalsaude.fiocruz.br).

Também foi lançado um site da Conferência (www.12conferencia.saude.gov.br), no qual os interessados podem encontrar todas as informações disponíveis sobre o evento, inclusive as teses do Ministério sobre os dez temas selecionados, e o 'Jornal da 12', na íntegra. ■

SAÚDE NA IMPRENSA

Casos Inca e Funasa motivam temporada de caça às bruxas

Carlos Gustavo Trindade

As demissões e exonerações no Instituto Nacional do Câncer (Inca) e na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em agosto, geraram uma série de versões sobre os motivos das crises administrativas nas instituições. Em ambos os casos, discutiu-se os critérios de contratação por parte do governo em cargos de direção, e acusações de 'incompetência administrativa' e 'uso político dos cargos' ocuparam editoriais e reportagens da grande imprensa. Alguns veículos exploraram ao máximo um suposto 'loteamento de cargos' na Saúde, insinuando a existência de uma crise no setor, sugerindo até mesmo a demissão do ministro da Saúde, Humberto Costa. Rapidamente, instituições e profissionais de saúde manifestaram apoio integral ao ministro e à equipe do Ministério da Saúde (MS), ao mesmo tempo em que questionavam o papel da imprensa durante nos dois episódios.

No Inca, a demissão de Jamil Haddad da direção-geral, em um contexto em que cerca de cem funcionários pediram exoneração, teve como estopim a falta de medicamentos e insumos, de cirurgias e tratamentos quimioterápicos. As perguntas diziam respeito ao preenchimento de cargos de direção no Instituto. Prevaleceram interesses políticos, em vez da experiência e conhecimento técnico? Houve nepotismo em relação à nomeação da coordenadora administrativa do Inca, Zélia Abdulmacih, mulher do presidente da Câmara de Vereadores do Rio, Sami Jorge, e prima de Haddad? Zélia foi acusada por cinco diretores do Inca de ser a principal responsável pelo desabastecimento no hospital.

Já a demissão do secretário-geral do PT-DF, Antônio Carlos de Andrade, do cargo de diretor-executivo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), foi interpretada como retaliação política à deputada federal Maria José Maninha, casada com ele e que faz



parte do grupo dos oito deputados petistas que se abstiveram de votar a favor da Reforma da Previdência.

APOIO AO MINISTÉRIO

As reações às matérias publicadas na grande imprensa foram imediatas. Em 4 de setembro, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Rede Unida, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) escreveram e publicaram em vários jornais o documento 'Em defesa da Saúde que queremos', que destaca a competência técnico-gestional da equipe do Ministério da Saúde e o compromisso com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No documento, são citadas ações e medidas que favorecem o acesso de mais pessoas ao sistema público de saúde e à melhor qualidade de vida.

Muitas cartas foram enviadas aos jornais, contrapondo-se às reportagens publicadas. A professora da Fundação Getúlio Vargas, Sonia Fleury, observou que a imprensa parece ter dado início a uma 'caça às bruxas', com foco num suposto loteamento dos cargos de direção do MS entre profissionais ligados ao PT. Sonia recorda que tais profissionais ocuparam cargos como secretários municipais de saúde, deputados, prefeitos e gestores, e são reconhecidos nacional e internacionalmente por suas experiências inovadoras.

As matérias publicadas no jornal 'Folha de São Paulo' foram as que mais causaram polêmica. O diretor de planejamento e coordenação da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Flávio Magajewski, baseado na competência geral e histórica da gestão do SUS, escreveu em defesa do titular da Secretaria de Atenção à Saúde, Jorge Solla, e outros integrantes do atual governo, taxados pelo jornal de "inexperientes". Segundo ele, o SUS é uma escola que não produz diplomas e, sim, competência e qualificação consagradas na prática e nos resultados. Semelhantemente, o professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA Jairnilson Paim defendeu os profissionais do MS considerando a excelente formação acadêmica, competência técnica, sólida experiência em gestão pública e compromisso público no desenvolvimento e qualificação do SUS.

A 'caça às bruxas' parece ter chegado a termo (ou a uma trégua estratégica) no dia 12 de setembro, quando o médico sanitário José Gomes Temporão, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), da Fiocruz, assumiu a direção-geral do Inca, numa cerimônia de posse marcada pelo apoio maciço dos profissionais da saúde e pela presença do ministro Humberto Costa. Em seu discurso, Temporão assegurou que ouvirá a todos, no Inca, para pôr fim às disputas políticas internas. "Realizaremos uma ampla consulta para repactuar o processo institucional", disse. No entanto, conversas entreouvadas no amplo auditório do Instituto, durante a cerimônia de posse, servem como alerta de que o novo diretor terá um trabalho duro pela frente:

— Dá gosto ver! Essa diretoria assume com total apoio — disse um decano da saúde pública, otimista, admirando-se do público numeroso e representativo que prestigiava a cerimônia.

— É, mas a posse do Jamil (Haddad) também estava assim... — sussurrou outro decano, mais pessimista. Ou mais realista. ■

SERVIÇOS

CAMPANHA

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: É HORA DE ACABAR COM OS TABUS



A doação de órgãos ainda desperta muitas dúvidas na sociedade. Por falta de informação, muitas vidas deixam de ser salvas, enquanto cresce a fila de pacientes à espera de transplantes. Ajude a mudar essa situação: acesse a Campanha de Doação de Órgãos no AjudaBrasil (www.ajudabrasil.org/6.476.html) e informe-se sobre o assunto. No site também estão disponíveis os endereços e telefones de todas as Coordenadorias Estaduais de Transplantes.

EVENTOS

6º CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE (COMSAÚDE 2003)

Tema central: Mídia, mediação, medicalização
Data: de 01 a 04 de Outubro de 2003
Local: São Bernardo do Campo - São Paulo
Mais informações: **Universidade Metodista de São Paulo**
Tel.: (11) 4366-5819
Site: www.metodista.br/unesco

8º CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA: RE-VENDO TEORIAS E PRÁTICAS

Data: de 18 a 22 de outubro
Local: Centro de Convenções Ribeirão Preto - São Paulo
Rua Bernardino de Campos, 999
Ribeirão Preto/SP - Cep 14.015-130
Tel.: (16) 602-1313
Mais informações:
Site: www.fmrp.usp.br/rms/congresso

5º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA EM HIV/AIDS

Estão abertas as inscrições para o 5º Simpaids, que vai ocorrer de 23 a 26 de novembro de 2003, no Rio de Janeiro. A inscrição de trabalhos deve ser feita até o dia 25 de setembro. Os principais temas a serem abordados serão: vacinas, patogênese, tratamento, resistência, diversidade, recombinação, transmissão vertical, diagnóstico, co-infecções, epidemiologia, clínica e biotecnologia. Mais informações:

Depto. de Imunologia / IOC-Fiocruz
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos
Rio de Janeiro/RJ - Cep: 21045-900
Tel.: (21) 2598-4567
Fax: (21) 2290-0479
E-mail: iventura@ioc.fiocruz.br
Site: www.simpaid.s.fiocruz.br

PUBLICAÇÕES

ÉTICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida [dos outros] nas mãos, de Sérgio Rego, é um livro fundamental para todos que de alguma forma estão envolvidos com a formação moral do futuro médico. No livro, publicado pela Editora Fiocruz, o autor mostra as enormes dificuldades que os jovens profissionais se deparam quando deixam de ser formalmente aprendizes e passam a responder moral, jurídica e socialmente pela vida de um semelhante. Mais informações:

Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 - Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ - Cep: 21040-361
Tel.: (21) 3882-9039
Site: www.fiocruz.br

DICIONÁRIO DE MEDICINA E SAÚDE

Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde (Editora Guanabara Koogan), organizado pelo médico e pesquisador Luís Rey, chefe do Laboratório de Biologia e Controle de Esquistossomíase do Departamento



de Medicina Tropical do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), da Fiocruz, apresenta mais de mil páginas, cerca de 20 mil verbetes, mais de 30 pranchas coloridas do corpo humano e inúmeras ilustrações de apoio aos verbetes que interessam diretamente a médicos e profissionais da saúde de modo geral, como enfermeiros, farmacêuticos e dentistas. Segundo Rey, o dicionário explica não só a terapêutica para o tratamento, como também dá ênfase à prevenção de doenças, sobretudo as infecciosas e parasitárias, responsáveis por grandes endemias no Brasil e em outros países tropicais. O dicionário está em sua segunda edição. Mais informações:

Editora Guanabara Koogan
Travessa do Ouvidor, 11 - Centro
Rio de Janeiro / RJ - Cep: 20040-040
Tel.: (21) 3970-9450
Fax: (21) 2252-2732
Site: www.editoraguanabara.com.br

LIVRO SOBRE GESTÃO DESCENTRALIZADA E PACTUADA DO SUS INAUGURA COLEÇÃO

O primeiro livro da "Coleção Escola de Governo" traz para o público os debates travados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nos últimos três anos e acompanhados pelo projeto Descentralização online" (www.ensp.fiocruz.br/descentralizar), fruto de uma parceria entre a Ensp/Escola de Governo e o Ministério da Saúde/Conass/Conasems. No livro, Patrícia Lucchese, que também coordena o projeto, Álvaro Nascimento, Mirian Cohen, Miguel Murad e Márcia Garcia analisam a gestão descentralizada e pactuada, uma das maiores inovações institucionais do SUS. A Coleção reunirá diversos tipos de trabalhos de autoria de pesquisadores, alunos e profissionais do sistema e será mais um meio de disseminar informações e conhecimento relevante sobre o funcionamento do sistema de saúde. A edição será vendida através da Abrasco e custa apenas R\$ 14,00.

Mais informações: **Abrasco Livros**
Rua Leopoldo Bulhões, 1480/129
Manguinhos, Rio de Janeiro /RJ
CEP: 21041-210
Tel/Fax: (21) 2590-2073 / 2598-2526
E-mail: abrlivro@ensp.fiocruz.br

PÓS-TUDO

Argonautas do Ideal

O autor da crônica do mês não é um jornalista nem leitor do Radis e, pelo que nos consta, não conheceu nossa revista. Sequer vive, pelo menos não no sentido 'físico' da palavra. Corria febrilmente o ano de 1882 e, na Alemanha, um espírito livre, demasiado humano, em plena convalescença, tem uma visão divinatória a respeito de outro espírito livre, humanamente demasiado. Nada disso, é claro, pode ser comprovado historicamente. Mas nós convidamos você a ler atentamente estas palavras abaixo, impressas como o parágrafo 382 do livro *A Gaia Ciência* com o subtítulo *A Grande Saúde*, e daí produzir o encontro entre elas e o Sérgio Arouca que tão bem (re)conhecemos.



Friedrich Nietzsche

“Nós, os novos, sem nome, de difícil compreensão, nós, rebentos prematuros de um futuro ainda não provado, nós necessitamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte alerta alegre firme audaz que todas as saúdes até agora. Aquele cuja

alma anseia haver experimentado o inteiro compasso dos valores e desejos até hoje existentes e haver navegado as praias todas desse 'Mediterrâneo' ideal, aquele que quer, mediante as aventuras da vivência mais sua, saber como sente um descobridor e conquistador do ideal, e também um artista, um santo, um legislador, um sábio, um erudito, um devoto, um adivinho, um divino excêntrico de outrora: para isso necessita mais e antes de tudo uma coisa, *a grande saúde* — uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar... E agora, após termos estado por largo tempo assim a caminho, nós, argonautas do ideal, mais corajosos talvez do que seria prudente, e com frequência naufragos e sofridos, mas, como disse, mais são do que nos concederiam, perigosamente, sempre novamente são — quer nos parecer como se tivéssemos, como paga por isso, uma terra ainda desconhecida à nossa frente, cujos limites ainda ninguém divisou, um além de todos os cantos e quadrantes do ideal, um mundo tão opulento do que é belo, estranho, questionável, terrível, divino, que tanto nossa curiosidade como nossa sede de posse caem fora de si — ah, de modo que doravante nada nos poderá mais saciar!... Como poderíamos nós, após tais visões, e com tal voracidade de ciência e consciência, satisfazermos-nos com *o homem atual*? É muito mau, porém inevitável, que olhemos suas mais dignas metas e esperanças com seriedade a custo mantida, e talvez sequer as olhemos mais... Um outro ideal corre à nossa frente, um ideal prodigioso, tentador, pleno de perigos, ao qual ninguém gostaríamos de levar a crer, porque a ninguém reconhecemos tão facilmente o *direito a ele*: o ideal de um espírito que, ingenu-



amente, ou seja, sem o ter querido, e por transbordante abundância e potência, brinca com tudo o que até aqui se chamou santo, bom, intocável, divino; para o qual o mais elevado, aquilo em que o povo encontra naturalmente sua medida de valor, já não significaria senão perigo, declínio, rebaixamento ou, no mínimo, distração, cegueira, momentâneo esquecer de si; o ideal de bem-estar e bem-querer humano-sobre-humano, que com frequência parecerá inumano, por exemplo, ao colocar-se ao lado de toda seriedade terrena até então, ao lado de toda a anterior solenidade em gesto, palavra, tom, olhar, moral e dever, como sua mais viva paródia involuntária—e com o qual, não obstante tudo, só então talvez se alcance *a grande seriedade*, a verdadeira interrogação seja colocada, o destino da alma dê a volta, o ponteiro avance, a tragédia comece...”

Friedrich Nietzsche foi um filósofo alemão do Séc. XIX, segundo alguns; um demente, segundo outros; ambos, segundo outros ainda; e um homem que percorreu muitas saúdes, segundo ele mesmo.

ora, pílulas...



*A FRASE É DE TETÉ MARQUES

GAGO