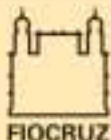


RADIS

comunicação em saúde



Nº 16 ♦ Dezembro de 2003

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

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

050300462-2/2001-OR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS



CNS

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



A saúde que queremos e o SUS que temos
A democracia como estratégia do SUS
O desafio do financiamento
Propostas da Fiocruz para a Conferência

SÚMULA DA IMPRENSA
Para brasileiro, Aids não mata

TOQUES DA REDAÇÃO
O mais discutido nas plenárias
da 12ª CNS

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.



Criação coletiva

De uns tempos para cá, observa-se uma tendência de se produzir materiais educativos a partir de criação coletiva. Mas a sua materialização exige algum nível de "tecnologia". Nesse sentido, uma interessante proposta foi desenvolvida por pesquisadoras do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia.

A missão era desenvolver material comunicativo para servir de suporte às práticas de organização da atenção à gestante de alto risco em oito maternidades baianas. E este deveria ser elaborado com a participação dos agentes de saúde.

"O processo desenvolvido, além de produzir material comunicacional, propiciou também um processo de capacitação e socialização com os profissionais que, ao criarem as peças,

vivenciaram uma aprendizagem relacionada à experiência cotidiana que pode contribuir para seu desenvolvimento intelectual e afetivo", escrevem as pesquisadoras em artigo intitulado *Tecnologia de produção coletiva de materiais de comunicação em saúde*.

Mas como foram obtidos estes resultados? O trabalho se desdobrou em três fases distintas. Na primeira fase, denominada "Conhecimento e interação", pesquisas são realizadas para aproximação ao tema e aos espaços institucionais onde as atividades são realizadas. Todo o material reunido nesta fase é devolvido aos gestores e profissionais de saúde dos serviços pesquisados na forma de apresentações tipo seminário, textos para discussão ou através de quaisquer outros recursos comunicacionais.

A segunda fase é aquela de "Oficinas de criação", que são desenvolvidas através de movimentos de concentração (trabalhos de grupo) e de dispersão (plenárias seguidas de sistematizações). Nelas são levantadas as expectativas dos participantes e sistematizados conceitos de Informação, Comunicação e Educação. Depois são discutidos os problemas e soluções envolvidos com estes três conceitos naquela experiência específica. Após esta etapa, são promovidos exercícios de "aquecimento" com o grupo, tais como a criação de frases para o material de uma campanha. Os participantes depois definem que instrumentos de comunicação melhor se adequam às finalidades desejadas e partem para a criação dos mesmos. Ao final, o grupo é convidado a planejar ações e o uso do material produzido/sugerido.

A terceira fase é aquela de "Finalização", onde os materiais produzidos pelos profissionais de saúde sofrem um tratamento artístico e técnico, com pessoal especializado, com o cuidado de se preservar a criação original e coletiva.

Os resultados da pesquisa são devolvidos através da realização de seminários nos municípios que participam do programa.

O projeto gerou o jornal *Gestando saúde*; o texto de uma peça teatral intitulada *Riscando pro alto*, uma fotonovela com o mesmo título; um cartaz; um guia do facilitador; um *folder* e um álbum seriado.

As pesquisadoras responsáveis pela iniciativa, Neusa Barbosa, Tetê Marques, Nadja Miranda e Maria Ligia Rangel destacam vantagens para os atores envolvidos no processo: "Ao trabalho de recepção e de intervenção os agentes de saúde acrescem o de autoria de seus meios de trabalho, tendo em conta seu contexto. Além disso, um vínculo de pertencimento é criado, valor fundamental para o processo de sua implantação na rede."

Hora da democracia

Longo caminho que leva milhares de delegados e observadores à 12ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, foi aberto pela insatisfação de cidadãos com um sistema de saúde que ainda não é eficaz, não tem a qualidade que desejam, não atende a todos de forma equânime e a cada um de forma integral e humana. Junte a isso o descontentamento de profissionais de saúde com suas condições de trabalho e remuneração. Adicione a discordância de sanitaristas e militantes da saúde com as políticas públicas governamentais dos últimos anos e com a subordinação das políticas sociais às políticas macro-econômicas liberais. Acrescente as evidências do descumprimento da legislação e desvio de verbas do SUS por governantes de vários pontos do país e conclua pela constatação de que sustentamos a cultura secular da desigualdade social que passa as práticas e ações de saúde.

Mas esse trajeto foi pavimentado também por movimentos coletivos organizados em defesa do direito à saúde e por dirigentes com vontade política de colocar em prática a Constituição, as leis e normas que conformam o Sistema Único de Saúde. Lideranças comunitárias e de categorias profissionais da saúde abriram o caminho da participação qualificada em conselhos de saúde. Equipes profissionais resistiram a desmandos de governantes e levaram adiante trabalhos pioneiros. Apoiados por dirigentes comprometidos, muitos formularam e implementaram experiências inovadoras e bem-sucedidas de gestão ou atenção à saúde em todo o país.

O roteiro desta Conferência tem sua origem na primeira tentativa de descentralização da Saúde, na 3ª Conferência, em 1963; na síntese do ideário da Reforma Sanitária, na 8ª, em 1986; no ruidoso enfrentamento com o governo Collor, na 9ª, em 1992; e na persistência pela manutenção dos princípios e divisão de atribuições dentro do SUS que marcaram a 10ª e 11ª, em 1996 e 2000.

Com a eleição do atual governo, os sonhos e a determinação de Sérgio Arouca voltaram a apontar o caminho inspirado nos ideais da Reforma Sanitária. A determinação do ministro Humberto Costa de acatar suas resoluções como políticas de governo deu novo sentido à 12ª Conferência. A reunião de todas as tribos da saúde neste histórico encontro de dezembro foi preparada, passo a passo, nas animadas plenárias locais e setoriais, nos acalorados debates dos grupos de trabalho e

plenárias em cada conferência municipal e estadual.

Em oito edições, desde maio, a *Revista RADIS* procurou contribuir com a preparação desta Conferência. Recuramos as seis décadas de história das conferências. Cobrimos a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e os congressos da Abrasco e da Rede Unida, como eventos preparatórios da 12ª. Abordamos em profundidade cada um dos dez eixos temáticos (entre eles, felizmente, o da comunicação e informação) e estimulamos e apresentamos o debate entre as diferentes visões acerca das questões e temas em discussão na 12ª Conferência. Informamos sobre os debates nas conferências estaduais e sobre os preparativos e regulamentos para chegar à plenária final. Além disso, o Programa RADIS participou das teleconferências organizadas pelo Canal Saúde e editou e produziu as três edições do *Jornal da 12*, distribuído pelo Ministério da Saúde.

Neste número da *RADIS*, fazemos o exercício da inversão metodológica do tema da Conferência, antepondo a definição da "saúde que queremos" à análise do "SUS que temos", condicionando à primeira formulação as diretrizes de mudança a serem estabelecidas. Destacamos ainda o depoimento da professora Roseni Pinheiro (IMS/Uerj), que evoca o debate sobre integralidade e democracia (com participação política), como essencial para o avanço do SUS. Em quatro páginas especiais, apresentamos as contribuições da Fiocruz à discussão dos dez eixos temáticos, num documento que enfatiza a garantia e ampliação do direito à saúde, a intersetorialidade, a equidade, a integralidade e o aprofundamento da questão democrática.

A construção do caminho que leva todos para a plenária final da 12ª Conferência esteve repleta de obstáculos e contradições, relutância e determinação pessoal e coletiva em acreditar mais uma vez. Mas também há muita expectativa, muita esperança, vontade de realizar através da participação direta o que a democracia representativa amotece e adia: agir como sujeito político pleno e voltar para casa sentindo-se legitimado como agente das transformações necessárias, da implementação das políticas deliberadas democrática e coletivamente.

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

Comunicação em Saúde	2
♦ Criação coletiva	
Editorial	3
♦ Hora da democracia	
Cartas	4
Destaque	4
♦ "Amigão da Saúde"	
Súmula da Imprensa	5
Toques da Redação	7
12ª CNS: Saúde	8
♦ A Saúde que queremos...	
Depoimento: Roseni Pinheiro	10
♦ "A democracia é a estratégia mais apropriada para a consolidação dos princípios do SUS"	
12ª CNS: SUS	11
♦ ...e o SUS que temos	
♦ Gerenciar melhor recursos escassos: o desafio do governo	
Fiocruz na 12ª CNS	14
♦ Fiocruz divulga suas contribuições para os eixos temáticos da 12ª CNS	
♦ Diretrizes e Propostas	
Serviços	18
Pós-Tudo	19
♦ Nós que amávamos tanto a revolução...	

Capa: Aristides Dutra

O pequeno jornalista tem frequentado nossa revista desde o número 9, em maio, quando veio anunciar, em alto e bom tom, a convocação da 12ª CNS. A escultura *Monumento ao pequeno jornalista* é de autoria do caricaturista Fritz.



CARTAS



ENTREVISTA COM GILSON CARVALHO

Gostaria de parabenizar a revista pela excelente entrevista com o Dr. Gilson Carvalho. Trata-se de reflexões memoráveis, oportunas e um excelente recado a todos gestores (me incluo, obviamente) das três esferas de governo, notadamente da esfera federal. É também um convite aos veículos de comunicação que sempre defenderam o SUS e estão "de farol baixo". Está mais que na hora de todos nós nos sacudirmos e trabalhar mais na defesa intransigente da vida.

Wilmar Inácio Mota
Secretário Municipal de Saúde de Parauapebas / PA e Secretário Extra-Ordinário para a Amazônia do CONASEMS



PARABENIZANDO A REVISTA

É com muito prazer que envio esta mensagem com o objetivo de parabenizá-los pela brilhante forma de estar divulgando experiências, atualidades, ou seja, informações necessárias para o nosso aprendizado.

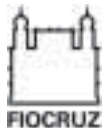
Ronaldo Radaelli
Vila Velha – ES

UMA APOSENTADA NA ATIVA

É com imensa alegria e agradecimento que lhes traço estas linhas. Parablenizo a Fundação Oswaldo Cruz pelas edições da Radis, que muito têm contribuído para nosso conhecimento em Saúde e por ter conhecimento das inovações tecnocientíficas na medicina. Hoje sou aposentada. Porém, gostaria de continuar recebendo as revistas. Parabéns mais uma vez.

Onilce Moreira Cruz
Campina Grande – PB

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 e editor interino:
Rogério Lannes Rocha

Subeditor: Cláudio Cordovil
Subeditor de Arte: Aristides Dutra
Assistente de Arte: Hélio Nogueira
Redação: Katia Machado
Estudos e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares
Secretaria de Administração e Infraestrutura: Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Cícero Carneiro e Osvaldo José (informática)

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

DESTAQUE

"Amigão da Saúde"

No dia 29 de outubro, foi realizado na sede da TV Globo, no Rio de Janeiro, o lançamento oficial do livro 'Amigão da Saúde', uma parceria entre Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Fiocruz, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) e Projeto Amigos da Escola da TV Globo.

A publicação, destinada a professores, pais e demais pessoas e entidades que realizam ações voluntárias nas escolas brasileiras, destaca experiências de voluntários, os Amigos da Escola, de todo o país e orientações e dicas para outras escolas do país.

No livro, organizado em 13 capítulos, o leitor poderá conferir sugestões de abordagens e atividades que podem ser desenvolvidas com crianças e adolescentes sobre os seguintes temas: água; alimentação; sexo; drogas; meio ambiente; acidentes; hanseníase; dengue, vacinas; e paz. Além desses, a publicação apresenta outros subtemas como saneamento básico, condições de trabalho, moradia, lazer, rejeição à cultura da violência e relações bem construídas com os outros.

Tomando como base metodologias de ações bem-sucedidas na área de Promoção da Saúde, 'Amigão da Saúde' visa trabalhar a noção de Saúde como qualidade de vida individual e comunitária e como construção permanente de melhores condições de bem-estar e da cidadania. O livro, cuja tiragem inicial foi de 50.000 exemplares, será destinado às 27.400 escolas públicas cadastradas no projeto 'Amigos da Escola', aos programas das instituições parceiras da publicação e a cinco mil bibliotecas públicas do país.

O lançamento do livro contou com a presença de coordenadores nacionais e regionais do Projeto 'Amigos da Escola', do presidente do Conasems, Luiz Odorico, do presidente do Instituto Ciência Hoje, Renato Lessa, do coordenador nacional do Mohan, Artur Custódio de Souza, do representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) no Brasil, Jacobo Finkelman e do Secretário em Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa.

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

PROJETO DE BIOSSEGURANÇA CHEGA AO CONGRESSO

O tão aguardado Projeto de Lei de Biossegurança do Governo Federal foi finalmente encaminhado ao Congresso para votação em regime de urgência no final do mês de outubro. Ele deve ser votado na Câmara dos Deputados no prazo de até 45 dias corridos. O relator do projeto será o líder do Governo na Casa, Aldo Rebelo (PC do B-SP).

Pela proposta do governo, o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS) continua existindo, mas tem sua composição ampliada. Passaria a contar com 26 membros (contra os atuais 18), sendo que oito deles representantes de ministérios, oito representantes da sociedade civil e oito especialistas de instituições de pesquisa.

Outra novidade é que, pela proposta, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) tem seus poderes diminuídos. Só seus pareceres negativos teriam caráter "vinculante". Isso significa que, na hipótese de a Comissão avaliar que determinado produto transgênico não é seguro, o processo de liberação se encerra aí e o produto nem será analisado pelos outros órgãos do governo.

Os pareceres positivos teriam valor apenas consultivo, seguindo posteriormente para os ministérios correspondentes, para a tomada de decisão. Cada um desses ministérios poderá conduzir avaliações mais aprofundadas sobre a segurança do novo produto nas suas respectivas áreas de competência e, a partir dos resultados obtidos, decidirá se o registra ou não.

Na queda-de-braço entre o Ministro da Agricultura, Roberto Rodrigues, e a Ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, sobre os alimentos transgênicos, Marina levou a melhor neste caso. Rodrigues queria que, pelo projeto de lei, as decisões da CTNBio fossem definitivas.

Alguns cientistas criticaram o teor do projeto de lei. O Secretário Executivo do Meio Ambiente, Cláudio Langone, rebateu as críticas, afirmando que a questão dos transgênicos não é meramente técnica. Langone afirmou que os cientistas tentam simular neutralidade na discussão da questão. "Não é isso o que ocorre. Muitos têm opinião sobre o assunto,

favoráveis ou não. Além disso, muitos recebem financiamento para suas pesquisas de empresas que têm interesse no assunto".

IDOSOS DÃO AULA DE CIDADANIA AO MINISTRO DA PREVIDÊNCIA



Diz o ditado que "de boas intenções o inferno anda cheio". Com o pretexto de uma medida louvável - reduzir fraudes na Previdência, o Ministro da Previdência Social, Ricardo Berzoini, submeteu idosos com mais de 90 anos e que recebem há mais de 30 anos seus benefícios a uma verdadeira penitência: comparecer a um posto do INSS para provarem que estavam vivos após bloqueio de seus pagamentos. A reação foi imediata e definiu os contornos do assunto mais quente da primeira semana de novembro.

Empoderados pelo recente lançamento do *Estatuto do Idoso*, os nonagenários em filas por todo o Brasil colocaram a boca no trombone. O Ministério Público de vários estados prometeu agir. Parlamentares ameaçaram entrar na Justiça. A oposição pediu a demissão de Berzoini. Em uma entrevista ao programa *Bom dia, Brasil* o ministro disse que não tinha motivos para pedir desculpas aos aposentados. O que já era brasa, pegou fogo. A declaração infeliz foi tratada como uma crise de governo pelo Planalto. O Chefe da Casa Civil telefonou para Berzoini e exigiu suas desculpas públicas, que vieram na forma de uma nota oficial do imprevidente ministro.

O saldo da trapalhada foi positivo. Os idosos com mais de 90 anos não precisam mais correr aos postos do INSS para se cadastrar. Não há mais prazo para o fim do cadastramento. A garantia foi dada pelo ministro no dia 11/11 em reunião com representantes de entidades que trabalham

com idosos. E mais: aqueles com dificuldade de locomoção podem pedir por telefone a visita de um funcionário da Previdência na sua própria casa. De tudo isso, fica a lição de que não há idade para lutar pela cidadania.

COMBATE A AIDS NA ÁFRICA GANHA REFORÇO DE FAR-MANGUINHOS

Em viagem pela África, no início do mês de novembro, o presidente Lula assinou diversos acordos de cooperação em saúde, especialmente para combate a Aids. O ponto alto de sua visita àquele continente foi a assinatura de um protocolo de intenções com o governo de Moçambique para a construção de um laboratório de produção de medicamentos para a Aids, que conta com 1,8 milhão de infectados naquele país.

O projeto, orçado em 23 milhões de dólares, terá tecnologia de produção dos retrovirais e de construção do laboratório fornecida pelo laboratório Far-Manguinhos, da Fiocruz. Ainda não estão asseguradas as fontes de financiamento para o programa.

VACINA CONTRA A AIDS FALHA EM TESTE COM HUMANOS

A empresa californiana Vaxgen comunicou no dia 12/11 que falharam os testes de sua vacina AidsVax, realizados na Tailândia com cerca de 2.500 pessoas, após três anos de acompanhamento.

O teste foi realizado em 17 centros clínicos da Tailândia e revelou que os voluntários que receberam pelo menos uma dose da vacina não se mostraram menos propensos a contrair o vírus HIV. Além disso, a vacina também não foi eficaz na promoção do declínio da progressão da doença.

Os resultados do teste tailandês podem desmotivar novas pesquisas com vacinas que incluam a proteína gp120 em sua fórmula.

ONU ADIA DECISÃO SOBRE CLONAGEM HUMANA

Ficou para até 2005 a posição da ONU sobre uma possível proibição da clonagem humana. Por apenas um voto, o Comitê Jurídico da Assembléia

Geral aceitou uma moção encaminhada pelo Irã em nome de 57 países da Conferência Islâmica.

A questão estava pendente desde 2001, quando França e Alemanha pediram a elaboração de um tratado banindo a clonagem humana, postura quase unânime no cenário internacional.

A decisão representa uma derrota para os Estados Unidos, que tentava rejeitar qualquer acordo sobre o assunto que não proibisse também a clonagem terapêutica.

Para a diplomata espanhola Ana Maria Menendez foi um erro propor um adiamento da decisão. "Não é apropriado enviar à comunidade internacional a mensagem de que não nos mostramos capazes de refletir sobre isso".

BRASIL AMPLIA PRODUÇÃO DE VACINAS: PARTE I



Brasil começa a produzir a vacina tríplice viral, destinada à prevenção de caxumba, rubéola e sarampo, economizando cerca de US\$ 15 milhões nos próximos cinco anos. A vacina, que é ainda a única importada pelo governo brasileiro das 12 oferecidas pelo Programa Nacional de Vacinação, será produzida a partir do ano que vem graças a um acordo de transferência de tecnologia entre o Instituto Bio-Manguinhos, da Fiocruz, e o laboratório Glaxo Smith Kline. O acordo prevê a produção de 20 milhões de doses do imunizante no próximo ano e pretende alcançar a marca de 110 milhões de doses ao longo de cinco anos. A produção da tríplice viral será realizada no Centro de Produção de Antígenos Virais de Bio-Manguinhos, que será inaugurado até dezembro deste ano.

Além da tríplice, Bio-Manguinhos/Fiocruz começará a produzir uma va-

cina inédita, denominada por 'Penta Brasil'. Essa é uma associação da vacina tetravalente – contra difteria, tétano, coqueluche e HIB, que impede a infecção por bactéria causadora da pneumonia e de um tipo de meningite – com a vacina contra a hepatite B. Com a nova vacina, a produção do imunizante contra a hepatite B, que hoje é parcialmente produzido pelo Instituto Butantã, em São Paulo, deverá crescer no país, reduzindo a importação.

BRASIL AMPLIA PRODUÇÃO DE VACINAS: PARTE II

Depois da tríplice viral, será a vez de ampliar a produção da vacina BCG contra a tuberculose, que também faz parte do Programa Nacional de Vacinação, distribuída gratuitamente nos postos da rede pública de saúde do país. Devido a um convênio entre a Fundação Atauilho de Paiva, responsável hoje por 100% da produção do imunizante, e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), será retomada a construção de um laboratório capaz de produzir, pelo menos, 60 milhões de doses da vacina. O laboratório, instalado em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, começou a ser construído em 1990 e teve cerca de 80% de sua estrutura concluída, mas as obras foram interrompidas há três anos devido à falta de recursos financeiros.

Com o acordo, por meio do qual R\$ 500 mil serão financiados pelo Ministério da Saúde e os outros R\$ 2,3 milhões necessários pela Financiadora de Estudos e Projetos do MCT (FINEP/MCT), o país passará a contar com a fabricação de 15 milhões de doses de BCG por ano, assegurando maior auto-suficiência. Com a ampliação da produção, o país será ainda capaz de exportar o imunizante para países da África, da Ásia e da América Latina, onde a doença tem recrudescido.

OMS FAZ LEVANTAMENTO DE REMÉDIOS ADULTERADOS

Cerca de 25% dos remédios consumidos nos países em desenvolvimento são falsificados ou encontram-se abaixo dos padrões de qualidade estabelecidos, segundo informações divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (12/11). Frequentemente estes medicamentos são usados para tratar doenças graves, como malária, Aids e tuberculose.

Mas o problema não afeta somente países pobres. Nos Estados Unidos, um dos medicamentos mais pirateados é o Viagra, que pode ser facilmente comprado pela Internet.

A FDA (agência que controla drogas e alimentos nos EUA) estima que os remédios pirateados representam 10% do mercado global, com vendas atuais de US\$ 32 bilhões.

BRASILEIRO NÃO ACREDITA QUE AIDS MATE

Surpreendente! Pesquisa encomendada pela rede pública britânica de telecomunicações BBC constatou que 61% dos brasileiros entrevistados não acreditam que a Aids possa matar. O Brasil se revelou o campeão de ignorância no campo, entre os 15 países pesquisados. No México, 31% duvidavam da gravidade da doença, enquanto que esta cifra era de 2% nos Estados Unidos. Em 2001, 8.400 brasileiros morreram de Aids.

O estudo também revelou que 66% dos brasileiros entrevistados acreditam que o governo não esteja fazendo o suficiente na prevenção e combate da Aids.

Entre cinco alternativas apresentadas de fatos preocupantes, 47% dos brasileiros apontaram a criminalidade e impunidade como maior preocupação. Na Tanzânia, 66% dos habitantes entrevistados disseram que a Aids era a maior questão da atualidade.

A pesquisa foi conduzida por telefone e entrevistou 1.007 participantes em cidades como São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Rio de Janeiro entre os dias 10 e 24 de agosto deste ano.

TRANSPLANTE DE FACE É REALIDADE PRÓXIMA

Dois equipes de médicos estão desenvolvendo técnicas para o transplante de rosto de uma pessoa morta para outra pessoa viva. Mas, antes de resolver os problemas técnicos, discussões éticas precisam ser travadas.

Gordon Tobin, chefe do setor de cirurgia plástica e reconstrutiva da Universidade de Louisville, disse que tem estudado transplantes faciais por uma década.

Mas o grupo liderado por John Barker, da Universidade de Louisiana, deverá ser o primeiro a realizar o transplante. Pela técnica, retira-se os músculos e a pele da face de um doador morto e faz-se o transplante em outra pessoa.

O procedimento só é tecnicamente possível agora por conta do avanço nas drogas que evitam a rejeição de órgãos e tecidos. As questões atualmente se resumem, segundo os especialistas, a discussões de ordem moral, ética e psicológica.

Médicos britânicos já foram procurados por 10 pacientes para a cirurgia. No entanto, eles terão de esperar o relatório que o Colégio Real de Cirurgiões divulga sobre o assunto no dia 19 de novembro.

FOI CONSTRUÍDO O PRIMEIRO LABORATÓRIO NB3 NO BRASIL

Desenvolvedores brasileiros passam a contar com mais uma importante ferramenta para o estudo de vírus e bactérias letais à saúde humana. Foi construído, no Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo (USP), o primeiro laboratório com nível de biossegurança 3 (NB3). Com uma área de 50 metros quadrados e com paredes de até meio metro de espessura, essa nova unidade de pesquisa assegura proteção contra fuga de microorganismos infecciosos, diminuindo bastante o risco de contaminação tanto dos pesquisadores quanto da população. Para tanto, conta ainda com equipamentos sofisticados para manipulação de vírus e bactérias, como *freezers*, estufa e centrífugas.

O laboratório, que leva o nome do virologista alemão naturalizado brasileiro Klaus Eberhard, que ajudou a conter a paralisia infantil no Brasil, é parte do projeto 'A Rede de Genética de Vírus (na sigla em inglês, VG-DN). O projeto foi criado no final do ano de 2000 e conta com um financiamento de cerca de R\$ 12 milhões da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Como parte também dessa iniciativa, serão construídos outros três laboratórios: um na USP de Ribeirão Preto; outro na Universidade Estadual Paulista (Unesp); e um outro em local a ser definido. A rede de laboratórios NB3 tem o objetivo de estudar vírus já identificados no país, como os arbovírus que transmitem a dengue e a febre amarela, assim como pesquisar vírus que podem chegar ao Brasil, como é o caso da Sars, e outros tantos desconhecidos. ■

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



toques da redação

TENDÊNCIAS DA 12ª CNS – Um estudo preliminar sobre o andamento das conferências estaduais e municipais das capitais, preparatórias da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que acontece em Brasília, entre os dias 7 e 11 de dezembro, revela os temas que polarizam os debates regionais. Estas informações permitem antever os contornos que a 12ª CNS poderá assumir.

Dados preliminares foram coletados em 18 conferências municipais das capitais, realizadas até a 1ª quinzena de outubro de 2003. Eles revelam que os três eixos temáticos propostos para a 12ª CNS mais debatidos (em mesas-redondas, grupos de discussão e plenária final) foram a "Gestão Participativa"; a "Organização da Atenção à Saúde" e "As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS".

Os eixos temáticos mais debatidos em grupos de discussão foram: "A Intersetorialidade das Ações de Saúde", "O Trabalho na Saúde", "A Organização da Atenção à Saúde" e "Gestão Participativa".

Já os eixos mais discutidos em mesas-redondas do que em grupos de discussão (denotando maior preocupação dos organizadores do que dos participantes) foram "Direito à Saúde", "Financiamento à Saúde" e "As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS".

Uma maior convergência de interesses entre gestores e participantes das conferências se deu na discussão dos temas: "A Organização da Atenção à Saúde" e "Gestão Participativa".

Os eixos temáticos mais debatidos na plenária final foram "A Organização na Atenção à Saúde", "Gestão Participativa" e "Trabalho na Saúde".

Neste estudo preliminar, não foram computadas as conferências de Rio Branco, Cuiabá, Belém e Porto Velho, posteriores à apuração dos dados.

A pesquisa foi realizada pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

EC-29 PRECISA SER CUMPRIDA – No dia 5 de novembro, nosso repórter exclusivo desta coluna, Fontes Fidedignas, acompanhou mais uma manifestação do setor Saúde na luta pela aplicação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), que garante recursos mínimos para ações e serviços no âmbito do SUS. Um ato público, organizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Frente Parlamentar de Saúde, foi realizado no Plenário da Câmara Federal em favor da manutenção dos recursos previstos para a Saúde no ano de 2004. Recentemente, o veto presidencial a um artigo da lei de Diretrizes Orçamentárias abriu caminho para que o governo completasse as verbas da Saúde com verbas do Fundo de Pobreza, ao invés de ampliar os investimentos na área. Contra essa medida, o procurador-geral da República, Cláudio Fonteles, recomendou que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva enviasse ao Congresso emenda corrigindo a proposta antes que ela fosse votada na Comissão Mista de Orçamento. A reclamação também foi feita por Rafael Guerra, presidente da Frente Parlamentar, de forma que governos federal, estaduais e municipais possam aumentar seus investimentos na Saúde, conforme estabelece a EC-29. ■

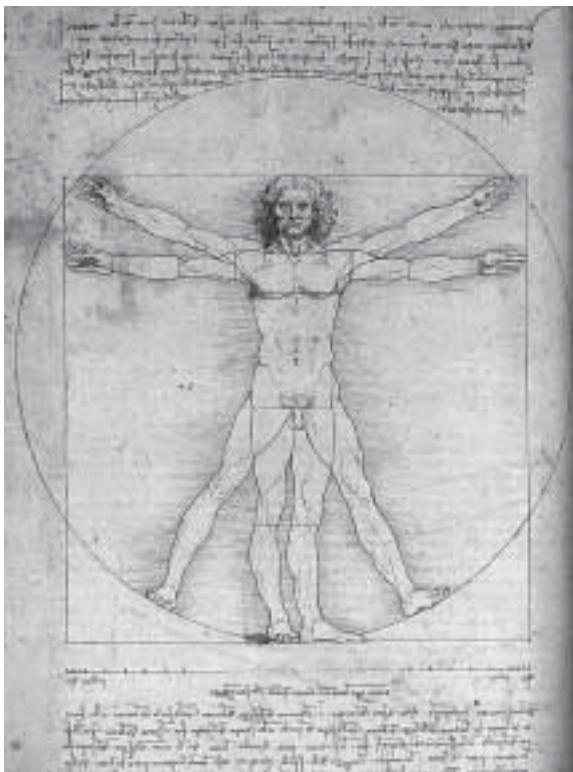
A minha felicidade com relação à 12ª CNS é que o setor Saúde traz à tona a discussão sobre Seguridade Social, um dos temas mais importantes neste cenário, mas que nunca recebeu a devida importância. Essa foi uma idéia abandonada, principalmente pela Previdência Social, e que ganha espaço em um evento que reunirá várias representações da sociedade.



Maris Horsth, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz



A Saúde que queremos...



Nós temos que reafirmar o conceito da Reforma Sanitária, para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo.

Sérgio Arouca

Katia Machado

Em entrevista à revista Radis, em outubro de 2002, nosso sanitarista Sérgio Arouca nos alertava sobre o que hoje é essencial para a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo ele, a luta do setor Saúde deveria ser a

de retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS, mas que ligavam o conceito saúde/doença a trabalho, saneamento, lazer e cultura (ver box na página 9).

Assim, lembrar do que nos falava Arouca é de extrema importância para as discussões que irão permear a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema 'Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos'. O evento, que poderá se converter em um marco na história da Saúde Pública do país, tem como proposta discutir com a sociedade os problemas estruturais e históricos do SUS. Ou, nas palavras de

Eduardo Jorge, coordenador Geral da 12ª Conferência, ditar diretrizes para o governo "de baixo para cima". Resolvemos inverter o *slogan* nestas páginas da Radis, para ver como ficaria "a Saúde que queremos... e o SUS que temos".

Entre as propostas para "a Saúde que queremos", Nelson Rodrigues, coordenador da 9ª CNS e ex-secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde, mais conhecido como 'Nelsão', destaca a necessidade de mudança na sua organização, no que se refere à Atenção Básica e à Atenção de Média e Alta Complexidade. "A atenção básica, que todos nós defendemos nesses 12 anos de SUS, dentro e fora do Brasil, deve ser estruturante, para induzir a reestruturação daquela de média e alta complexidade", explicou 'Nelsão', em sua participação no debate "Desafios para a 12ª CNS", promovido pela Fiocruz, em setembro de 2003.

Nesse contexto, o SUS precisa de ações capazes de dar conta da atenção integral à saúde para toda a população. Segundo 'Nelsão', "é preciso que a atenção integral seja resolutiva, que tenha um leque amplo de ações de promoção, de proteção aos riscos e de recuperação da saúde, e que seja capaz de lidar até mesmo com emergências de maior complexidade e casos agudos de baixa complexidade". Ele acredita que a Atenção Básica deva ser a porta de entrada do SUS.

Para que essa modalidade do sistema consiga dar conta de 80% a 85% dos problemas da população, é preciso repensar a questão do financiamento. Hoje, os recursos continuam escassos e o pouco que se tem, em muitos casos, é empregado erradamente. "Existe um projeto de chegarmos, gradativamente, a direcionar até 30% do financiamento de todo o setor de saúde para a Atenção Básica. Isso não precisa acontecer no ano que vem, mas temos que ter um projeto estratégico que possa vir a ser o que queremos, nem que seja daqui a 10, 15 ou 20 anos.

Movimento da Reforma Sanitária: propostas e ideais

O Sistema de Saúde brasileiro, como afirmam todos os que dele fazem parte, é fruto dos ideais e lutas do Movimento da Reforma Sanitária, que surge nos anos 70. Este movimento contou com importantes personagens, como o saudoso sanitarista Sergio Arouca, e Nelson Rodrigues, o 'Nelsão', coordenador da 9ª Conferência Nacional de Saúde e ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde. O movimento, que passou pelas experiências de medicina comunitária, pelos movimentos populares e avançou no movimento municipalista, denunciava a real situação sanitária da população e defendia a ampliação do acesso a todos os brasileiros.

Em uma entrevista concedida à revista Radis, em outubro de 2002, Arouca nos explicou o que representou esse movimento para a Saúde do país, que tinha por objetivo conquistar a democracia, para então começar a mudar o sistema de Saúde.

— O Movimento da Reforma Sanitária criou uma alternativa, que se abria para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se discutia o conceito de saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura do sistema. Começamos a fazer proje-


tos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, e fizemos treinamento do pessoal que fazia política em todo Brasil.

Ainda que tenha começado no meio universitário, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira contou também com a participação de técnicos, especialistas e pensadores. "Eles eram minoritários, mas eram portadores de mensagens, estudos e propostas de transformação do setor saúde numa visão de grande sistema", informou 'Nelsão', ao participar do debate 'Desafios para a 12ª CNS', promovido pela Fiocruz. Como explicou Arouca, o movimento iniciou-se com o sentido de derrubar a ditadura para depois melhorar a saúde. "Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis", disse.

A causa avançou no final da década de 70, por meio do movimento municipalista, articulado em vários encontros. Em 1977 e 1978, acontecem encontros dos setores de Saúde dos municípios de Campinas (SP) e Teresina (PI). Em 1979, é a vez de Niterói (RJ), seguida por Belo Horizonte (MG), em 1981, e por São José dos Campos (SP), em 1982. Os encontros representaram importantes espaços de denúncia da crise que a Saúde enfrentava, devido a um modelo de assistência médica baseado na privatização, na compra de

serviços, na exclusão das unidades públicas do sistema de prestação de serviços e no centralismo decisório. Esse movimento se posicionou contra um regime que beneficiava apenas os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação da Lei do Trabalho (CLT), ou seja, àqueles que contribuíam com a Previdência Social. O marco dessas reivindicações foi o encontro municipalista de Montes Claros, em 1985, que resultou na carta intitulada 'Muda Saúde'.

O movimento se fortaleceu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo objetivo principal foi o de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre Saúde na Constituição.

O resultado da luta por um novo sistema de saúde com características democráticas, proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi a inclusão de um novo preceito na Constituição de 1988. Ali a Saúde foi incluída como um direito de todo brasileiro, e o papel do Estado em sua garantia foi definido. Em 1990, foi criado o SUS, por meio da Lei Orgânica 8080, definindo como diretrizes e princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização, com ênfase na municipalização, a regionalização e a participação popular (controle social). 

Até quando vamos direcionar para a Atenção Básica pouco mais de 7% do orçamento?", indagou 'Nelsão'.

Se a proposta é proporcionar uma atenção integral à Saúde, torna-se essencial mudar a forma como a Atenção de Média e de Alta Complexidade estão sendo vistas. Os serviços de média complexidade (que incluem os ambulatórios especializados e as pequenas internações e emergências) e os de alta (que dizem respeito às grandes internações e tratamentos especiais) na prática acabam sendo a porta de entrada do SUS, o que o transforma em "um grande ralo de desperdício de resultados de patologia clínica e de diagnósticos, de consultas especializadas e de retornos de encaminhamentos", de acordo com 'Nelsão'.

FINANCIAMENTO


Para o coordenador da 9ª CNS, a forma de repasses financeiros apresenta um dos maiores entraves

para avanço do SUS. "Em vez de induzirem a construção de baixo para cima do modelo, por meio da regionalização, os recursos financeiros acabaram sendo, ao longo destes 12 anos, cada vez mais vinculados numa mesma esfera programática, de prioridades padronizadas no Brasil inteiro em nível federal", explicou. Para ele, a remuneração realizada pela tabela de procedimento por produção descaracteriza o modelo ideal de SUS.

Na opinião de Gilson Carvalho, médico e sanitarista que vem discutindo essa questão há muitos anos, algumas medidas deveriam ser tomadas imediatamente. Entre elas, a necessidade de cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC-29) que vem estabelecer o quanto os governos federal, estaduais e municipais devem aumentar seus investimentos na Saúde, retirando destas as despesas com

inativos, dívida e serviços de saúde de funcionários.

Gilson Carvalho também sugere a realização de estudos sobre os recursos devidos à saúde e não utilizados ou mal utilizados. Para este veterano, todos os recursos no âmbito do Fundo de Saúde devem ser administrados pelo Ministério da Saúde. No que se refere à forma de transferência de recursos a estados e municípios, Gilson acredita que Estados deveriam ficar com 30% do dinheiro e municípios com 70%, com base na Lei Complementar 8.142 (que trata da criação das conferências de saúde e dos conselhos e sobre o financiamento, incluindo a transferência intergovernamental de recursos financeiros).

Para Gilson, o repasse de recursos deveria ser feito pelos critérios legais. Não se deveria fazer uso da expressão "fundo a fundo" para repassar recursos por critérios convencionais. 

DEPOIMENTO: ROSENI PINHEIRO

“A democracia é a estratégia mais apropriada para a consolidação dos princípios do SUS”

Observações colhidas por Kátia Machado

Roseni Pinheiro é professora do departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e coordenadora do Lappis – Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde, que conta com o apoio de Uerj/CNPq/Faperj/Ministério da Saúde.

INTEGRALIDADE

Os princípios do SUS por si sós não ganham concretude, torna-se necessário praticá-los. Não podemos dizer que a universalidade foi conquistada só porque o usuário deixou de apresentar a carteirinha do Inamps para obter atendimento. Deve-se deixar evidente que não há como falar, simplesmente, do campo institucional, mas deve-se, sobretudo, falar do campo das práticas, das experiências vividas e construídas cotidianamente a partir de um pacto social estabelecido. Pode-se dizer que a integralidade, um dos princípios essenciais para o SUS, se analisado segundo o ideário da Reforma Sanitária, foi implantada no campo jurídico-institucional. Extinguiu-se o Inamps, e as ações de cunho curativo e individual do Ministério da Previdência passaram a integrar o escopo das ações do Ministério da Saúde. Mas não podemos falar de integralidade apenas no que concerne às instituições, mas das ações por elas praticadas. É preciso falar também sobre a integralidade no campo das práticas de saúde.

A integralidade, quer dizer, as práticas integrais de saúde, se configuram em ações concretas nas relações das pessoas, transformando-as cotidianamente. Se não podemos dizer que a integralidade se fez de fato, como uma política de Estado, é possível falar da existência de experiências inovadoras de gestão da atenção, nas quais o acolhimento e o vínculo entre profissionais e usuários do sistema são estabelecidos. Mas isso não basta, porque sabe-se que uma das várias funções de uma política de governo na saúde é criar mecanismos de responsabilização também dos gestores, em cada esfera de governo. Em alguns municípios, podemos constatar experiências que defendem a idéia de clínica ampliada, a questão da democratização da informação e comu-

niciação, com a implantação de ouvidorias, permitindo a socialização da política de saúde. O problema é que nos falta um vocabulário, uma ‘gramática civil’ na saúde para compreender essas experiências de integralidade.

Eu gostaria que daqui a alguns anos a integralidade fosse de fato um princípio não apenas do SUS, mas um valor ético a fundamentar a relação entre Sociedade e Estado, possibilitando liberdade ao usuário de decidir sobre qual saúde deseja ter para si. E cada um de nós, profissional, gestor e, no nosso caso, pesquisadores, deveríamos privilegiar nossa vocação humana de entender o conhecimento como construção coletiva, sem *pré-conceitos*, e tendo cada vez mais a curiosidade de conhecer as pessoas, o que elas sentem, como sofrem e como vivem. O papel do Estado deve ser dizer também o quanto isso é possível. A integralidade tem que ser uma bandeira de luta que a cada dia se renova. Podemos tomar a política de Aids como um exemplo de que a integralidade é possível, porque ali temos a união entre saberes, conhecimentos e práticas, contando com a participação da sociedade civil organizada na construção de respostas para um problema específico de saúde.

DEMOCRACIA


Entendo que a democracia é a estratégia política mais apropriada para a consolidação dos princípios do SUS. Não podemos esquecer, no entanto, que nós estamos em um Estado que tem uma cultura política patrimonialista e autoritária, historicamente herdada. O exercício democrático é recente em nosso país, como prática participativa. No entanto, não temos mecanismos eficazes de socialização da política de saúde. A democracia precisa ser exercitada nas escolas, hospitais, nos próprios órgãos do Executivo. Democracia não é só representação, é participação social. Fala-se de políticas de governo, quando se deveria falar de política de Estado. O SUS é uma política de Estado. No entanto, a convivência de princípios universais com democracia não é uma equação de fácil resolução. Está em jogo a disputa entre interesses econômicos, corporativistas e individuais contra interesses coletivos e sociais.

As experiências que apostaram em um estilo de governo participativo, e em uma política socializante, conseguiram reverter quadros de saúde desfavoráveis

de suas populações, criando estratégias de integralidade no cuidado e na atenção à saúde. Existem algumas experiências de gestões municipais com esse perfil, como a de Vitória da Conquista, Aracaju e Caxias do Sul, que deixam clara a importância da democratização das relações sociais e de saúde para garantia dos princípios do SUS.

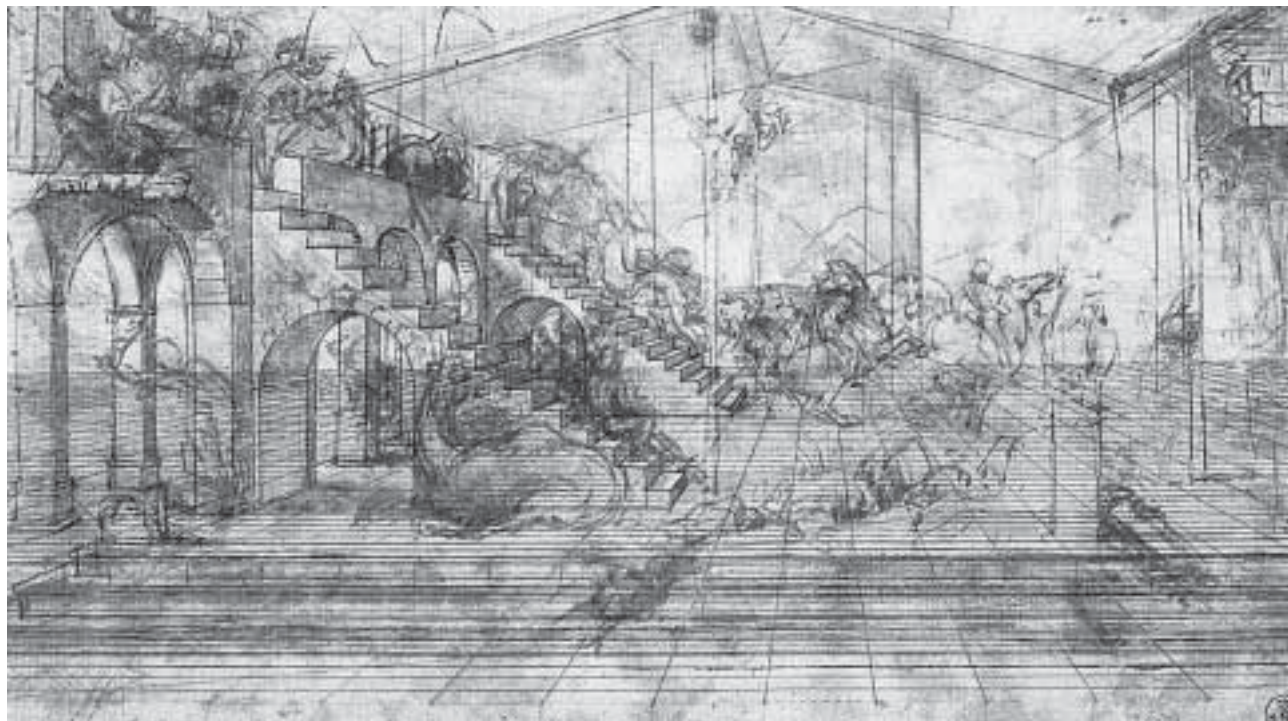
PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

A idéia de participação política no âmbito da saúde foi reduzida a espaços institucionalizados dos Conselhos, o que mais uma vez reforça a idéia de democracia representativa como se esta fosse a única forma legítima de democratização das relações entre Sociedade e Estado, quando deveria abrir espaços para a democracia direta, ou seja, participativa. E o que seria participar politicamente? É você ser constituinte e não apenas afirmar o constituído. Cidadania requer necessariamente a convivência entre democracia representativa e participativa. Nesse sentido, é importante criarmos espaços públicos de encontro entre os poderes públicos, em particular o Legislativo e o Judiciário, bem como aproximar o Ministério Público.

Depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) não se fala mais em participação política, só se fala em controle social. Controle social tem muito a ver com ação de Estado e com os espaços institucionalizados no âmbito do Estado, com a idéia de que cabe ao Estado resolver tudo. Para mudar isso, temos que entender que sociedade civil é Estado e vice-versa, no sentido gramsciano dos termos. Quando você opera com essas categorias como opostas entre si, parece-nos que a sociedade fica isenta de responsabilidades em relação às ações do Estado. É preciso enfatizar fortemente a necessidade de mecanismos de participação com poder de decisão, para a socialização da política de saúde mediante forte investimento em comunicação e informação sobre o SUS. Só podemos tomar partido de alguma coisa se tivermos consciência dos fatos. Não podemos exigir que a população defenda o SUS, se não o conhece como o defendemos e por que o defendemos. Tenho a impressão que ficamos o tempo todo em torno de um debate restrito aos intelectuais da Saúde, que não é dividido com a sociedade. Digo ‘dividir’ no sentido de compartilhar, integrar e interagir saberes e práticas para uma Grande Saúde. 



...e o SUS que temos



Katia Machado

A efetiva implantação dos princípios norteadores do SUS – universalidade, integralidade, equidade e descentralização – com ênfase na municipalização, na regionalização e na participação popular (controle social) – vem sendo pauta de muitos debates e representa um dos maiores desafios para gestores e profissionais de Saúde. O que de fato foi implantado? Qual é o SUS que temos hoje?

Na opinião do coordenador da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos, conhecido como 'Nelsão', somente a universalidade, a municipalização e o controle social se realizaram de fato. Ao municipalizar o sistema, ou seja, ao dar maior autonomia aos municípios na gestão dos serviços de saúde, foi possível universalizar o SUS, ampliando a

participação da sociedade no mesmo. "Por meio da municipalização, houve a inserção de segmentos enormes da população no SUS", ressaltou Nelsão.

Para ele, a integralidade, a equidade e a regionalização permaneceram "invisíveis" ou, como afirmou em sua participação no debate 'Desafios da Doze', promovido em setembro pela Fiocruz, "adquiriram uma visibilidade pontual por conta do esforço de algumas secretarias municipais". Estes seriam princípios complexos e que não foram devidamente compreendidos.

Para o secretário de saúde de Goiânia, Otaliba Libâneo, a integralidade e a equidade talvez sejam os mais complexos princípios do SUS, pois implicam em mexer no sistema como um todo, ou seja, na Atenção Básica, na Atenção de Média e Alta Complexidade. Este foi seu recado, ao falar sobre 'Atenção Integral à Saúde' no XIX Conasems. Isso significa refletir sobre a integração dos serviços de

As ilustrações de nossas matérias centrais sobre a 12ª CNS são de Leonardo da Vinci.

Na página 8, o desenho *As proporções do homem* representa a busca da forma física ideal. A saúde que queremos tem como ideal sujeitos imperfeitos, mas em equilíbrio.

Nesta página, o estudo para a *Adoração dos Magos* revela as etapas intermediárias de uma obra inacabada. Assim como ela, o SUS é uma estrutura complexa e em permanente construção.

saúde, a resolutividade, os vínculos entre população atendida e trabalhadores de saúde, a humanização dos serviços e ações em saúde, os mecanismos de participação e controle social e a intersetorialidade.

Um dos fatores, segundo 'Nelsão', responsáveis pela não-implantação da integralidade e da equidade foi o financiamento inadequado aos propósitos do

SUS. Por isso que, hoje, reorganizar e implantar uma política de financiamento efetiva torna-se prioridade para a continuidade do sistema, inserindo nessa discussão o cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC-29). "Até hoje continuamos a trabalhar com cerca de US\$ 185 anuais por habitante, quando os países mais desenvolvidos e com melhores sistemas, como a Espanha, o norte da Itália, a Inglaterra, a Escandinávia toda e o Canadá chegam a gastar de US\$ 1.500 a US\$ 2.500 dólares. Além disso, 45% dos US\$ 185 anuais por habitante de que dispomos é de origem pública. Enquanto que, nos países citados, esse percentual é de mais de 70%", comparou.

Compreende-se por universalidade o dever que tem o Estado de atender as necessidades de saúde de todo cidadão brasileiro. A integralidade vem sendo entendida como a articulação entre as várias áreas de conhecimento e a busca pelas reais necessidades de saúde da população, voltadas para a promoção, prevenção da Saúde e cura da doença. A equidade é a tarefa que tem o Estado de reconhecer que todos têm direito à Saúde, respeitando a diversidade entre as regiões do país.

Um outro princípio também mal implantado foi o da regionalização. Na opinião de 'Nelsão', a regionalização foi posta em prática sob muita pressão. "Para fazer valer esse princípio, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), em janeiro de 2001, cujos fundamentos são o de integrar os sistemas municipais de saúde, sob a coordenação e mediação do gestor estadual. No entanto, a Norma passou a ser desfigurada devido à publicação de cerca de oito portarias normativas federais por dia útil", explicou. A regionalização vem sendo com-

preendida como a forma de os estados coordenarem e medirem as ações dos sistemas municipais de saúde.

De acordo com a publicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 'O CNS e a construção do SUS', a necessidade de implantar a regionalização se deve ao fato de que "esse princípio viabiliza a integralidade da atenção, ordenando as referências e organizando o acesso a todos os níveis de complexidade". Além disso, ele "aumenta a eficácia global no uso dos recursos do sistema, ajustando a capacidade instalada de produção, e as demandas. Permitir a melhor identificação das necessidades de investimento, ensejando a preparação de políticas e planos mais integrados e dinamizar a descentralização são outras boas justificativas para se implantar a regionalização".

Atualmente, como nos falou 'Nelsão', a regionalização poderá funcionar de fato junto com a municipalização. Para ele, esse princípio deve ser encarado "como um eixo estratégico, que vai possibilitar a construção de novo modelo, no qual a integralidade, a equidade e a universalidade serão trabalhadas em cada região do país".

DESCENTRALIZAR OU DESCONCENTRAR?

Para Gilson Carvalho, a diretriz da descentralização, que orienta os princípios da municipalização, da regionalização e da participação social, acabou sendo confundida pela desconcentração das ações, caracterizada por uma política pela qual o Ministério da Saúde fica com os recursos, determina o que deve ser feito, condiciona o repasse às suas determinações centrais e iguais para todo o país e, como escreve em seu artigo, "só financia o que quer e da maneira que quer".

Descentralizar competências e ações entre as três esferas de governo, na opinião de Gilson, significa transferir o poder de fazer e o meio de fazer e não apenas ditar, de cima

para baixo, o que fazer. "Poder fazer é a possibilidade de decidir o que fazer de forma adequada a cada município. Já o meio para fazer são os recursos financeiros correspondentes e que são arrecadados pelo Ministério da Saúde, mas que são propriedade das três esferas de governo", ressaltou. Para 'Nelsão', tal princípio deve ser visto como eixo estratégico de construção do sistema, dando maior autonomia aos gestores de saúde. "A partir dele", explicou, "devemos pensar em ações que venham manter equilibradas as relações entre as três esferas de governo".

Apesar de dar maior autonomia aos gestores municipais, a descentralização leva a crer que cada um pode agir como achar melhor. Portanto, segundo Gastão, para que tal princípio não fragmente o SUS, é necessário ampliar os fóruns de discussões, como as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), considerando que a autonomia de cada unidade do país está condicionada à Constituição brasileira, à lei que regulamenta o SUS — Lei Orgânica 8080 —, ao Conselho Nacional de Saúde e aos contratos estabelecidos.

A proposta da descentralização visa a fortalecer o comando único do município, inserindo-o em uma rede hierarquizada e regionalizada de Atenção à Saúde por meio de pactuações entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Como explicou o secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, no último Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde (XIX Conasems), ocorrido em abril de 2003, a descentralização foi entendida como apenas uma forma de organizar o sistema e uma maneira de garantir a universalidade. Nesse sentido, podemos entender a universalização, a integralidade e equidade como princípios éticos ou doutrinários, e a descentralização, a regionalização e a participação popular como princípios organizacionais do sistema. 

Minha expectativa é que os delegados tenham a sensibilidade de aprovar propostas que superem as iniquidades ainda existentes, que humanizem o atendimento no SUS e que consolidem a participação popular, fazendo avançar a Reforma Sanitária no País.



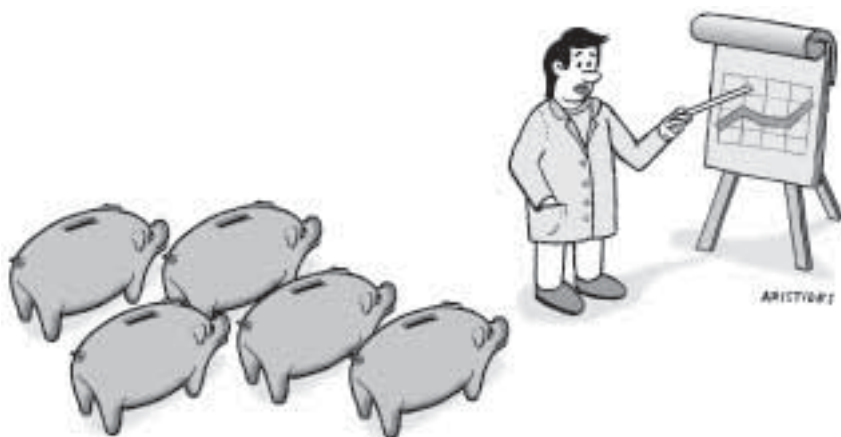
Ary Carvalho de Miranda, Vice-Presidente de Serviços de Referência e Ambiente da Fiocruz e Coordenador da participação da Fiocruz na 12ª CNS.



O RADIS ADVERTE:

Viajar faz bem para a mente, amplia os horizontes e pode ser determinante para o futuro da saúde no país.

Gerenciar melhor recursos escassos: o desafio do governo



Cláudio Cordovil

Com pouco dinheiro, a única maneira de fazê-lo render é empregá-lo melhor. Os recursos públicos para o financiamento do SUS são escassos. Segundo dados oficiais, em 2002, o Ministério da Saúde aplicou aproximadamente 24,7 bilhões de reais em sua área de atuação. No mesmo ano, as secretarias estaduais e do Distrito Federal entraram com 10,3 bilhões de reais. Já as secretarias municipais contribuíram com 11,6 bilhões de reais. Somando tudo, naquele ano o SUS recebeu 46,6 bilhões de reais. Para se avaliar a tímida contribuição do Estado no atendimento às demandas de saúde da população, basta dizer que os gastos privados com consultas, internações, exames de laboratório, compra de medicamentos, planos e seguros de saúde foram estimados em 57 bilhões de reais no mesmo período.

Uma outra maneira de avaliar a escassez de recursos públicos para a Saúde é verificar quanto o Brasil gasta ao ano por pessoa: 200 dólares. Cifra bastante inferior ao que se gasta nos países desenvolvidos, num montante que vai de 1.300 dólares a 2.500 dólares por pessoa/ano.

Como se utilizam os escassos recursos disponíveis para atender a saúde da população? Sabendo-se que a lógica dos gastos em saúde em todo mundo é de custos crescentes — com gastos com tecnologia, especialização e fragmentação das especialidades —, como garantir verbas no futuro? Para isso, o governo tem algumas

A atenção básica engloba o conjunto de ações de atenção dirigidas às pessoas e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de enfermidades e lesões comuns e primeiro atendimento das mais complexas). A atenção básica deve estar facilmente acessível à toda a população e ajustada às condições epidemiológicas locais. No Brasil, dada a diversidade dos Municípios, é ainda inviável dispor de uma atenção básica completa, de resolutividade desejada, em todos eles.

(Fonte: Ministério da Saúde. *O CNS e a construção do SUS*. Brasília, 2003)

propostas. “Uma das estratégias fundamentais para reorganização do modelo do SUS é o desenvolvimento nacional da atenção básica, centrada no Programa Saúde da Família (PSF)”, afirmou o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, em teleconferência recente para a promoção da 12ª Conferência Nacional de Saúde. O governo quer que a porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde seja a atenção básica “e não as emergências, o especialista e o hospital, que encarecem a assistência, sem benefícios à população”. Ao longo de quatro anos, o governo pretende que 70% das famílias brasileiras estejam inscritas no

PSF. “Com atenção básica, resolvemos 80% dos problemas de saúde”, garante Gastão Wagner.

No SUS que temos, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste já têm uma boa capacidade instalada com o modelo de atenção convencional à saúde. No SUS que queremos, o modelo de atenção básica precisa crescer nestas regiões que concentram 70% da população brasileira, segundo Gastão Wagner.

Para o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, a reorganização do modelo de saúde depende de uma verdadeira reforma cultural. “A perspectiva médica tradicional, ainda que tenha elementos muito importantes, é insuficiente. Temos que reformular as práticas de promoção e prevenção e mudar a forma como fazemos clínica. A ação terapêutica não pode estar centrada apenas na cirurgia e no medicamento. A educação em saúde, o estilo de vida, a alimentação, a sexualidade, todos são elementos fundamentais que têm que ser incorporados ao cotidiano das práticas dos médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, do conjunto de profissionais de saúde.”

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil.

(Fonte: site do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br)



Fiocruz divulga suas contribuições para os eixos temáticos da 12ª CNS

O Conselho Deliberativo da Fundação Oswaldo Cruz (CD-Fiocruz), com o objetivo de contribuir com as discussões nos grupos e plenárias da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca, encaminhou à organização da Conferência, para que fosse submetido à apreciação dos delegados um documento com suas teses para os dez eixos temáticos da Conferência, que tem como referência o documento oficial divulgado pelo Ministério da Saúde.

As propostas e diretrizes apresentadas, que devem ser consideradas como emendas aditivas ao documento do Ministério, foram elaboradas a partir de discussões em grupos de trabalho compostos por profissionais das áreas de ensino, pesquisa, assistência, produção, controle de qualidade, gestão, informação e comunicação, consolidadas durante uma Plenária nos dias 22 e 23 de outubro e aprovadas pelos dirigentes que integram o CD-Fiocruz.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Nos 15 anos de vigência, o Sistema Único de Saúde consagrou-se como a mais bem-sucedida política setorial brasileira. Seu desenho institucional democrático e participativo, seu caráter universalista e socialmente redistributivo, e sua qualificação técnica para a oferta de atenção integral à saúde constituem um marco de inclusão social e política na sociedade brasileira.

A persistência, entretanto, de um contexto macroeconômico gerador de desigualdade social "sustentada" (desemprego, injustiça fiscal, ineficiência previdenciária) penaliza as camadas inferiores, mantendo amplos contingentes populacionais sob forte risco social e sanitário, situação agravada pelas seculares desigualdades regionais.

A realização da XII CNS Sérgio Arouca apresenta-se, então, como a oportunidade não só de formular uma agenda de aperfeiçoamento do SUS, mas também de apontar para uma agen-

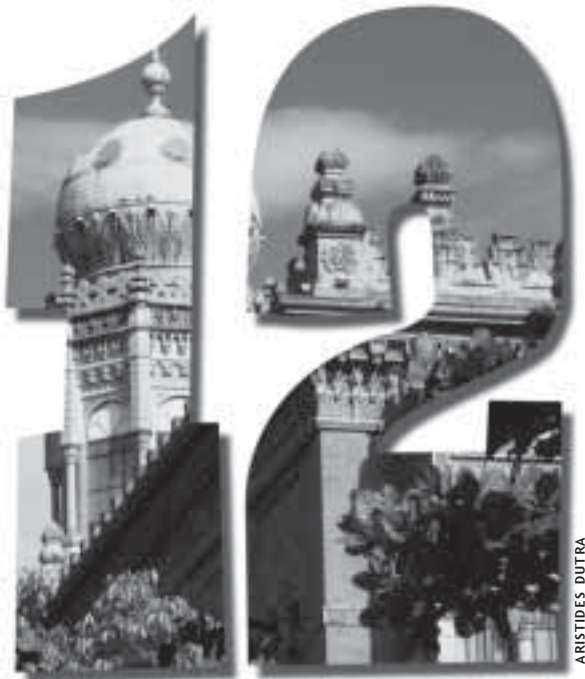
da de requalificação da política de saúde, retomando a bandeira da reforma sanitária em sua dimensão de reforma social, necessária à construção da saúde e da vida com qualidade.

Isso certamente impõe a superação da idéia do setor saúde como consumidor voraz de recursos, em competição com áreas "produtivas" ou mesmo com áreas "assistenciais", e a sua valorização como componente essencial do desenvolvimento humano, como parte da cadeia produtiva num modelo de desenvolvimento integrado e sustentável, entendido como objetivo e motor do desenvolvimento econômico.

A busca da EQUIDADE torna-se aqui um ponto focal de alta prioridade. Meta constitucional inalcançável com os meios disponíveis no âmbito estrito dos serviços de saúde, a equidade depende da mobilização de vontades e recursos que extrapolam os limites setoriais. Assumir as desigualdades sociais como o principal entrave à saúde e à vida com qualidade para todos, e estas como imperativo ético e exigência de uma economia sustentável, aponta para a urgência de uma ampla coalizão pela EQUIDADE que, devendo envolver governos e sociedade, pode e deve ser suscitada pelo setor saúde, considerado na amplitude e na legitimidade em que se apresenta e expressa nesta XII CNS.

Caminhar do "SUS que temos para a Saúde que queremos", importa então no aprofundamento da reforma sanitária e na sua atualização, nas diversas dimensões em que foi formulada:

Como reforma social, restaurando o conceito de seguridade social como símbolo e estratégia

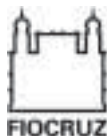


ARISTIDES DUTRA

do princípio de solidariedade indispensável para o estabelecimento de políticas de financiamento e prestação que, progressivas, possam enfrentar a desigualdade. Também articulando em espaços supra-setoriais políticas integradas transectorialmente, no plano programático, operacional e orçamentário, dirigidas a populações e regiões concretas, visando o seu desenvolvimento humano e integral.

Como reforma de Estado, aprofundando a experiência de participação nos organismos de controle social do SUS, na direção de consolidar processos de gestão participativa, cada vez mais inclusivos da cidadania no desafio constante de formular e implementar políticas universais para a qualidade de vida.

Como reforma cultural, intensificando o esforço de qualificação e humanização do cuidado a indivíduos e coletividades, ampliando sua resolutividade dos serviços, num processo constante de empoderamento de profissionais e usuários, na perspectiva da construção constante da cidadania engajada e solidária.



DIRETRIZES E PROPOSTAS

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SERGIO AROUCA

Relação de diretrizes e propostas por eixo temático, apresentadas pela Fiocruz, em adição ao documento oficial do Ministério da Saúde

– EIXO TEMÁTICO I – DIREITO À SAÚDE

Além das diretrizes propostas pelo documento do Ministério da Saúde para a Conferência, principalmente no que se refere à necessidade de integração com o Sistema de Seguridade Social e o fortalecimento do papel regulador do Ministério nas relações com o setor privado, destacamos a necessidade de:

- ♦ Assegurar à população, através de políticas públicas intersetoriais, oportunidades iguais de acesso a serviços públicos como educação, atenção a saúde e moradia.
- ♦ Legitimação pela sociedade, governo e partidos políticos dos princípios e diretrizes do SUS e efetivação da legislação vigente.

– EIXO TEMÁTICO II – A SEGURIDADE SOCIAL E A SAÚDE

- ♦ Restabelecer o pacto da Seguridade Social com vistas a fortalecer as três áreas – saúde, previdência e assistência – afirmando o papel da Seguridade na política de proteção social brasileira.
- ♦ Restabelecer o pacto de solidariedade na repartição dos recursos de modo a garantir os princípios constitucionais de universalidade, justiça social, equidade na forma de participação do custeio e democracia na gestão administrativa.
- ♦ Constituir uma instância federal com a representação das três áreas que tenha por objetivo o planejamento de ações integradas para a política de Seguridade – uma Comissão Interministerial de Planejamento da Seguridade Social.
- ♦ Recompôr o Conselho Nacional de Seguridade Social no contexto de um novo pacto de Seguridade Social, estabelecendo a participação dos diversos segmentos sociais e com a função de acompanhamento da política.
- ♦ Garantir um canal de comunicação permanente entre os Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal) e o Conselho Nacional de Seguridade

Social, possibilitando a conformação de uma agenda mais abrangente sobre a área social nos conselhos de saúde.

- ♦ Revisar a Lei Orgânica da Seguridade Social e outros instrumentos legais e institucionais que fundamentaram a política de Seguridade até a presente data, propondo a sua substituição ou emenda quando necessário.

– EIXO TEMÁTICO III – A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE

- ♦ Estabelecer uma instância no aparelho estatal, acima das agências setoriais (ministérios, secretarias), encarregada de produzir e conduzir as iniciativas transversais orientadas à produção de saúde e bem-estar, dialogando com os diversos segmentos da sociedade e do Estado.
- ♦ A intersetorialidade deve ser contemplada em programas dirigidos a populações concretas, com objetivos, gestão e orçamentos próprios, submetidos a procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida.

– EIXO TEMÁTICO IV – AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de financiamento (setoriais e extra-setoriais), de alocação de recursos (integração de recursos de investimento e de custeio), de provisão de serviços (hierarquizada e regionalizada), capazes de reduzir as desigualdades existentes entre municípios, estados e regiões, no acesso da população às ações e serviços e na capacidade do SUS responder às diferentes necessidades sociais de saúde locais.
- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de recuperação de condições dignas de trabalho para todos os profissionais de saúde, capazes de garantir a eficiência e eficácia da gestão pública setorial.
- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de combate a qualquer tipo de discriminação/diferenciação preconceituosa no atendimento à população.
- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de mapeamento das distintas realidades sanitárias no território nacional e de incentivo à experimentação de soluções institucionais locais criativas, orientadas à resolução de problemas específicos de cada localidade.

- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de novas formas de comunicação e interação gerencial entre as administrações públicas (intra e intergovernamentais), visando à ampliação necessária do campo de intervenções públicas setoriais e extra-setoriais, de ação direta e indireta sobre a saúde, capazes de produzir sinergias com impacto significativo sobre as condições de saúde do ambiente e da coletividade.

- ♦ Desenvolver estratégias intergovernamentais de novas formas de comunicação e interação gerencial entre unidades de atendimento básico, de média e alta complexidade, capazes de organizar uma oferta de serviços compatível com as necessidades locais e regionais.

– EIXO TEMÁTICO V – A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- ♦ Priorizar as ações de melhor custo-utilidade e maior impacto, do ponto de vista da sociedade, nos processos de incorporação e difusão de tecnologias/procedimentos de saúde (público e suplementar).
- ♦ Elaborar, sob a coordenação do Ministério da Saúde, diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas de benefício e de custo-utilidade, do ponto de vista da sociedade, como subsídio fundamental às atividades de planejamento e gestão da promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade (público e suplementar).
- ♦ Desenvolver mecanismos adequados à avaliação custo/efetividade de programas, produtos, tecnologias e serviços de saúde.
- ♦ Implantar a atenção básica como uma estratégia para a organização da rede de serviços de saúde, tendo como referencial o Programa de Saúde da Família.
- ♦ Consolidar a estratégia de organização da atenção básica de forma integrada com as demais políticas (média e alta complexidade) e áreas (vigilância epidemiológica e sanitária), em todos os níveis de gestão do SUS, para o enfrentamento resolutivo dos problemas de saúde da população brasileira.
- ♦ Avaliar as ações do setor saúde (público e suplementar), através de instrumentos e padrões que focalizem o objetivo das políticas do setor (produção da saúde, de forma ampliada, eficiente e equânime), particularmente a



condição de saúde alcançada *vis a vis* a esperada. A "parceria congênita" entre o SUS e os hospitais universitários (HUs) está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Mas, questões como a falta articulação entre os gestores do sistema e a crise financeira dos HUs têm inviabilizado essa integração. Além da atenção *per se* os HUs poderiam assumir um papel central na política de avaliação tecnológica em saúde. Como diretriz geral, propõe-se, um movimento de integração regional e sistêmica dos HUs no SUS com uma ampliação progressiva da responsabilização desses hospitais pela cobertura da alta e média complexidade da atenção. Para tanto, se fará necessário um considerável incremento dos recursos destinados aos seus investimentos e custeio, que deverão ser provenientes dos fundos municipais e estaduais de saúde, do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS, além dos advindos do aumento da produção de serviços. Como contrapartida, por meio de um processo de indução pactuada da política, a oferta desses serviços deverá estar orientada pelas necessidades de saúde da população.

– EIXO TEMÁTICO VI – GESTÃO PARTICIPATIVA

- ♦ Que o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho de Secretários de Saúde de cada estado (COSEMS) celebrem um **pacto cívico e ético** destinado a transformar as relações autoritárias entre gestores e conselheiros, em relações de respeito pelo outro, de aceitação da diferença e de atitudes voltada para a defesa do bem comum e que o Ministro da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde o reconheçam e assumam o compromisso de zelar pela efetivação do **pacto cívico e ético na saúde**.
- ♦ Garantir, através de instrumentos legais, o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, assim como a representatividade e legitimidade dos conselheiros, condição essencial para a efetividade do controle social do SUS.
- ♦ Que os trabalhadores da saúde, sem distinção do cargo, se transformem em **agentes** da promoção de valores éticos, participativos e democráticos em todos os níveis da gestão do SUS.
- ♦ Que a política nacional de Ouvidoria do SUS, abrangendo as três esferas de governo, estabeleça mecanismos que garantam a pronta resolução dos problemas identificados, além de gerar informações para apoio e qualificação da gestão em saúde.

– EIXO TEMÁTICO VII – TRABALHO NA SAÚDE

- ♦ Fortalecer políticas de valorização do serviço público e de despreciação do trabalho. Implantar mesas de negociação – formadas por órgãos governamentais, Conass, Conasems, representações sindicais de trabalhadores – para discussão de assuntos relacionados à despreciação do trabalho, à ampliação dos postos de trabalho e à regulamentação das profissões.
- ♦ O Poder Público deve viabilizar relações de trabalho que garantam direitos trabalhistas e previdenciários ao trabalhador. Isto significa minimizar a terceirização, eliminando paulatinamente a mediação de empresas, ONGs e cooperativas, substituindo esses vínculos por formas de contratação em acordo com a CLT.
- ♦ O Ministério da Saúde e os Gestores do SUS devem recuperar a legalidade do tipo de vínculo na administração pública, fortalecer o cumprimento dos Direitos nas relações trabalhistas e fortalecer políticas e mecanismos de legitimidade social, direito à saúde e geração de emprego.
- ♦ Fortalecer e criar instâncias de gestão do trabalho e da educação na saúde em níveis federal, estadual e municipal.
- ♦ Garantir verba destinada à formação dos trabalhadores da saúde.
- ♦ A educação profissional em saúde deve ser parte significativa de um projeto nacional, baseado num conceito democrático de nação e de qualificação profissional na saúde, com garantia da educação básica a todo trabalhador.
- ♦ Fortalecer a idéia de educação politécnica – que tem o trabalho humano como princípio educativo e que é um projeto educacional que alia a formação técnica e científica com a formação ética, política e cultural – ainda no ensino médio, mediante a necessidade de formar trabalhadores no campo da Saúde. Reivindicar laboratórios e ambientes bem qualificados nas instituições de ensino que formem profissionais da Saúde – em nível técnico e na educação superior.
- ♦ Nortear a qualificação/formação profissional dos trabalhadores da saúde segundo os princípios da reforma sanitária, da humanização da atenção à saúde e tendo o SUS como estratégia de reordenação setorial e institucional.
- ♦ Fortalecer as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, garantindo verbas para a construção de escolas (principalmente na Região Norte); assegurando autonomia política, financeira e jurídico-administrativa; implementando e ampliando capacidade de realização de pesquisas e de formação e qualifica-

ção de docentes, gestores e profissionais de apoio administrativo nas áreas de Saúde e Educação.

- ♦ Apoiar a Educação Permanente para a geração de informações sobre necessidades e demandas para as estruturas permanentes de educação – Escolas Técnicas do SUS e Escolas de Saúde Pública.
- ♦ Apoiar os Pólos de Educação Permanente no campo da gestão da formação em saúde, estabelecendo espaços democráticos de interlocução entre as instituições de ensino e o serviço.
- ♦ Reorientar a formação em saúde, em particular a do profissional médico, valorizando a perspectiva integral dos pacientes nas práticas de cuidado à saúde, em especial no atendimento clínico.
- ♦ Garantir, em articulação com o Ministério da Educação, a qualidade do ensino de graduação dos profissionais de saúde, especialmente nas instituições privadas, assegurando em todos os cursos a formação em saúde pública e a valorização da integralidade da atenção.
- ♦ Fomentar a criação de espaços-tempos nos serviços de saúde para atividades técnicas continuadas de desenvolvimento de recursos humanos.
- ♦ Estimular a participação dos trabalhadores de saúde nas instâncias de gestão colegiada dos serviços de saúde.

– EIXO TEMÁTICO VIII – CIÊNCIA E TECNOLOGIA E A SAÚDE

- ♦ Construção pactuada de uma agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde e de ações intersetoriais para o desenvolvimento tecnológico que atendam às necessidades do SUS, com alocação de recursos para sua implementação, garantindo sua gestão transparente e democrática, através de colegiados que contem com representantes da comunidade científica.
- ♦ Realizar audiências públicas com os gestores de saúde, a comunidade científica e as agências de financiamento para discussões da viabilidade e possibilidades técnicas da execução da agenda definida.
- ♦ Estabelecer mecanismos de coordenação entre os atores institucionais de modo a evitar o divórcio da Política de Saúde, da Política de C&T (Produção & Desenvolvimento), da Política de Educação e da Política Industrial.
- ♦ Fomentar a pesquisa em saúde, através de instância vinculada ao MS para articulação vertical e horizontal, tendo como eixo uma agenda de prioridades.
- ♦ Induzir a formação de redes de pesquisa com base em uma agenda de prioridades, bem como de novos grupos de pesquisa em áreas que neces-



sitam de maior apoio em função dos interesses do SUS.

♦ Estabelecer com o MCT e o MEC a revisão de modelos de avaliação de pesquisadores e de atividades de pesquisa, ampliando, possivelmente, os indicadores de relevância e impacto, e considerando-se tanto os parâmetros internacionais, que não podem ser desprezados, quanto às especificidades da realidade brasileira.

♦ Estabelecer sistemas de reconhecimento baseados em modelos de avaliação da relevância e impacto das pesquisas de interesse do SUS.

♦ Estabelecer mecanismos para assegurar investimentos em centros de desenvolvimento tecnológico voltados, sobretudo, para a obtenção de produtos capazes de serem efetivamente transferidos para o SUS, estimulando a pesquisa regional.

♦ Fomentar a produção de insumos estratégicos para a saúde, com a modernização e ampliação da capacidade produtiva pública de insumos para o SUS – garantindo maior flexibilidade gerencial e operativa – e induzindo processos de inovação, capazes de articular a base de pesquisa com o sistema produtivo industrial.

♦ Desenvolver mecanismos adequados à regulação da produção e do mercado de bens e serviços de saúde.

– EIXO TEMÁTICO IX – FINANCIAMENTO DO SUS

♦ Em função da ainda insuficiente disponibilidade de recursos para a atenção à saúde da população, propõe-se que sejam entendidas como despesas em “ações e serviços públicos de saúde” aquelas despesas destinadas a ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito e que, ao mesmo tempo, sejam ações e serviços de responsabilidade específica do setor saúde.

♦ Ampliar o quantitativo de recursos do setor saúde sem prejuízo de providências urgentes no sentido de aumentar a efetividade e a eficiência do setor e de outras ações de saúde.

♦ Elaborar critérios e utilizar a avaliação tecnológica, com base no ponto de vista da sociedade, para a introdução e financiamento (Tabela SUS, Rol ANS) de tecnologias/procedimentos no sentido de atingir os objetivos do setor e de subsidiar o encaminhamento de questões advindas do Poder Judiciário.

♦ Revisar profundamente a forma de alocação e repasse de recursos, especialmente, a PPI (**pagamento por procedimentos e internação**), e a forma de remuneração de serviços, em um processo articulado com a revisão do modelo vigente de produção de

serviços, conforme as diretrizes do Eixo V, no sentido de propiciar e valorizar a produção de benefícios de saúde, de forma eficiente e equânime, e de não projetar para o futuro as distorções atuais da oferta de serviços.

– EIXO TEMÁTICO X – INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

♦ Constituir um fórum amplo com a participação de governo, instituições de pesquisa, sociedades científicas e controle social para a definição de estratégias de longo prazo, para superar os problemas relacionados aos sistemas de informação em saúde e à articulação intersetorial de sistemas.

♦ Melhorar a cobertura e a qualidade dos dados das estatísticas vitais, do prontuário do paciente e dos sistemas de informações da assistência à saúde e de notificação compulsória de agravos.

♦ Estabelecer novas estratégias e processos de coleta e análise de dados de base populacional e territorial com vistas à obtenção de informações estratégicas complementares sobre o setor.

♦ Produzir dados e elaborar sistemas de informação em saúde, focalizando a geração de informações e a operacionalização de instrumentos e padrões para a produção eficiente e equânime de saúde, sem prejuízo das informações necessárias ao pagamento de serviços.

♦ Disponibilizar acesso aos dados estatísticos, gerenciais, orçamentários e financeiros do SUS, em todas as suas esferas, para os gestores e população em geral.

♦ Criar instrumentos para ampliação do acesso e disseminação da informação científica e tecnológica em saúde nacional e internacional.

♦ Fortalecer e articular as bibliotecas especializadas em saúde como fórum cooperativo.

♦ Fomentar estudos para a implementação do uso de *software* livre nas instituições públicas de saúde, nos casos em que couber e sem prejuízo da qualidade, precedido da constituição de grupos locais de trabalho para avaliar as questões técnicas e tecnológicas envolvidas.

♦ Prover conectividade à internet nas escolas, secretarias estaduais e municipais e conselhos de saúde, garantindo tarifação privilegiada, como estratégia de inclusão digital.

♦ A Política de Informação deverá incluir um forte componente de pesquisa e desenvolvimento de soluções, contemplando tanto a área de Informação como a de Informática, caminho pelo qual será possível constituir e consolidar a capacitação conceitual, metodológica, tecnológica e gerencial



FOTO: ARISTIDES DUTRA

requerida para o desempenho de um efetivo papel estratégico.

♦ Fortalecer as atividades de ensino e capacitação dos profissionais de Informação em Saúde, em todos os níveis.


♦ Promover a colaboração entre instituições brasileiras dedicadas à educação e à divulgação científicas em saúde.

♦ Articular a Rede Pública Nacional de Comunicação e Saúde. A 12ª deve apontar uma instância responsável pelo mapeamento e convocação de seus componentes – nas esferas municipal, estadual e nacional –, para pactuação da agenda e compromissos comuns.

♦ Descentralizar ações e verbas de comunicação em saúde, com controle social e com definição clara das atribuições das três esferas de governos, pactuadas nas instâncias apropriadas do SUS, identificando e garantindo de suas fontes de financiamento, assim como ocorre nas demais áreas da saúde em cada esfera de governo.

♦ Definir uma instância responsável pela formulação e acompanhamento da política de comunicação em saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde, com participação e representação de diferentes segmentos do governo e da sociedade civil organizada.

♦ Criar um fórum intersetorial sobre a política de comunicação em saúde.

♦ Assegurar maior articulação da instância de formulação e acompanhamento da política de comunicação, coordenada pelo Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Comunicação Social/Congresso Nacional, assim como a utilização dos recursos da futura TV digital brasileira como estratégia de inclusão social na saúde. 

SERVIÇOS

EVENTOS

II ENCONTRO DE ETNOBIOLOGIA E ETNOECOLOGIA DA REGIÃO NORTE

Encontro, que traz o tema **Etnoconhecimento da Amazônia: Saberes, Diversidade e Vida** tem o objetivo de trocar experiências e fortalecer o diálogo entre os diversos saberes, como também promover a integração de pesquisadores e comunidades diretamente envolvidas com o etnoconhecimento. O evento servirá para: promover e divulgar os estudos em etnoconhecimento na região norte entre pesquisadores, extensionistas, estudantes, comunitários, agências financiadoras e trabalhadores na etnobiologia e etnoecologia; formular propostas que servirão de termo de referência para futuras incursões em Etnobiologia e Etnoecologia na Amazônia; e fortalecer a atuação e divulgação da SBEE na Região Norte. Resumos e trabalhos poderão ser enviados até o dia 10 de dezembro. Cada participante poderá apresentar, no máximo, dois trabalhos como autor principal, por inscrição. O encontro é realizado pela Sociedade Brasileira de Etnobiologia e Etnoecologia (SBEE), junto com o Núcleo de Estudos Rurais e Urbanos Amazônicos (NERUA) e o Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA).

Data: 15 a 17 de dezembro

Local: Chapéu de Palha do Lago Amazônico / Bosque da Ciência / INPA – Amazonas

Mais informações: nerua@inpa.gov.br ou coxt@inpa.gov.br

I ENCONTRO SOBRE PERCEPÇÃO E CONSERVAÇÃO AMBIENTAL

Encontro, promovido pela Engenharia e Consultoria Ambiental (ALEPH), discutirá o tema "A Interdisciplinaridade no Estudo da Paisagem". O objetivo do evento é o de reunir pesquisadores, professores e outros profissionais que desenvolvem trabalhos sobre a questão, de forma a propiciar o intercâmbio e difusão dos diferentes estudos e abordagens interdisciplinares. O prazo de inscrição e de envio de resumos para publicação nos anais do encontro se encerrou no dia 14 de novembro.

Data: 28 e 30 de abril de 2004

Local: Rio Claro / SP

Mais informações pelo site: www.olam.com.br/servicos/percepcao.htm

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTOS – EDITORA FIOCRUZ

É Veneno ou é Remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente, organizado por Frederico Peres e Josino Costa Moreira, é um livro que fala sobre a real necessidade do uso de agrotóxicos. Sabe-se que, por ano, o comércio de produtos que fazem uso da substância mobiliza 20 bilhões de dólares em todo mundo e produz em torno de 3 mil mortes por intoxicação aguda. Essa publicação revela como o uso intensivo e extensivo dos agrotóxicos é capaz de afetar não apenas a saúde do trabalhador diretamente envolvido, como também de toda a população exposta.



A Miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização, organizado por Silvia Gerschman e Maria Lucia Werneck Vianna, é resultado do seminário *Globalização, Democratização e Reforma do Estado*, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), em julho de 1995. O livro, que incorpora o pensamento de vários autores, oferece uma nova dimensão às relações entre democracia e questão social e entre políticas de ajuste e reformas governamentais, discutindo acerca das possibilidades e alcances do Estado em gerar o bem-estar da sociedade e dos indivíduos no mundo globalizado. Os artigos têm como pontos comuns - e espinha dorsal - o empenho em resgatar a dimensão política do processo, relativizar a inexistência dos atuais diagnósticos 'técnicos' do momento atual e rediscutir a democracia no capitalismo contemporâneo. Na primeira parte, o leitor poderá conferir textos sobre globalização, democracia e questão social. Na segunda, sobre ajuste e reforma do Estado. E, na terceira parte, textos sobre o estado de bem-estar no contexto atual.



O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde, organizado por Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni




Marsiglia e Maria Helena de Andréa Gomes, é um livro que aborda o atual panorama histórico-social de produção das ciências sociais no campo da Saúde. Esta publicação, resultado de trabalhos apresentados durante o 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado pela Abrasco em dezembro de 1999, aborda temas, como a cultura e a subjetividade, as questões éticas da atualidade e a qualidade de vida no mundo contemporâneo. Indicado aos profissionais de saúde coletiva, pois introduz diferentes e instigantes propostas de reflexão para a saúde na atualidade.

PREMIAÇÃO

PRÊMIO DE INCENTIVO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Artigos publicados no *Cadernos de Saúde Pública*, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz, são premiados no concurso Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o Sistema Único de Saúde (SUS), promovido pela Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. Esse concurso tem o objetivo de aproximar a produção científico-tecnológica do país às necessidades do SUS.

O primeiro lugar foi dado ao artigo "Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil", das autoras Sônia Lansky, Elisabeth França e Maria do Carmo Leal. Além deste, foram dadas menções honrosas aos artigos "Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil", "Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?" e "Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Brasil".

Os artigos premiados estão publicados no volume 18 de *Cadernos de Saúde Pública*. 

PÓS-TUDO

Nós que amávamos tanto a revolução...

Cláudio Cordovil

... A fizemos.

—Isto mesmo. Fizemos a revolução!

—Onde?

—No Brasil! E tem mais... Foi no auge da praga neoliberal.

—Custo a crer.

—É a pura verdade. E fizemos assim, como quem não quer quase nada...

Se não, como definir este movimento que atingiu seu auge na década de 90 e que relegou à lata de lixo da história a imagem de loucos vagando nus por pavilhões psiquiátricos em meio a excrementos?

No imaginário visual da minha juventude, as fotos do Juqueri, em São Paulo, reproduzidas fartamente nos jornais, ávidos por fabricar emoções, representavam o resumo da verdadeira crueldade humana. Aquela desferida contra vítimas inocentes de uma racionalidade doente. Naquela época, esta era a epítome da crueldade. Fernandinho Beira-Mar ainda soltava pipa.

De fato, se a violência infligida contra terceiros muitas vezes nos faz pedir a condenação brutal de nossos semelhantes, com um altivo senso de justiça, a que atribuir o tratamento desumano a que historicamente sempre submetemos estes "prisioneiros forçados da sensibilidade", na feliz expressão de Artaud?

Essas reflexões me vêm à mente com a proximidade da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, momento de afiar utopias, de tecer alvoradas, de colocar a toupeira da História para trabalhar, como queria Hegel.

Mas alguns combatentes da Saúde Pública, velhos de guerra, amantes do bom combate, demonstram um certo cansaço. Fadiga por tantas outras conferências em que muito se falou e pouco se conquistou. Assim foi com a 9ª, com a 10ª, com a 11ª. E agora? Será que vale a pena acreditar? Acho que vale. Até porque a frase preferida do nosso atual presidente não é "a globalização é inexorável". Só isso já faz Lula merecer de nós um voto de confiança.

Vale! Vale sim! Imaginem vocês que quando chego à redação do *Jornal do Brasil* para trabalhar, em 1993, o jornal ainda lança mão das tais fotografias quando o assunto é doença mental. Em 1998,



A louca monomaniaca da inveja, obra do pintor romântico francês Théodore Géricault exposta no Museu de Belas Artes de Lyon. Ao redor de 1820, Géricault produziu, a pedido do Dr. Georget, uma série de dez retratos de loucos (dos quais só restam cinco). Esses quadros são uma das primeiras tentativas de representação visual mais científica da loucura, que na época se valia da frenologia e da fisiognomia como forma de diagnóstico. A luta, hoje, é para que essas imagens façam parte do passado.

ninguém mais se atrevia a pegá-las no arquivo para ilustrar a loucura. Isso porque no meio do caminho houve uma revolução cultural, que começou a ser gestada ali, de forma sistemática, na redação do *Jornal do Brasil*. Resolvemos olhar aquele flagelo humano de uma outra perspectiva. Publicamos inúmeras matérias sobre o tema. Começávamos a nos perguntar sobre aquele que sofria. Fomos entrevistá-lo. Em alguns casos, pedíamos seu nome. Era delicado, mas alguns deles, mais impetuosos, faziam questão de se identificar para os jornais.

Entrevistamos aqueles que por eles verdadeiramente se compadeciam. Não os psiquiatras do *establishment*, naturalmente. Estes vieram ao diretor de redação se queixar de nossa cobertura. Que nos mandou prosseguir. Assim foi se criando uma mudança cultural na sociedade, a partir da linha editorial de um jornal, que pouco depois era replicada por outros veículos da mídia. Passou a ser de mau gosto explorar imagens de arquivo de pavilhões fétidos. O fenômeno cultural começava a tomar forma e a pavimentar os quilômetros finais de uma sonhada reforma psi-


quiátrica, cuja pedra fundamental fôra inaugurada na década de 70, com suas adoráveis utopias realistas.

A força inercial desta mudança cultural ativamente construída pela militância era tanta que não se precisava de lei federal para caucionar o sonho. Nada que portarias do Ministério da Saúde, leis estaduais ou municipais e a ajuda de companheiros em postos-chaves da administração pública não resolvesse. A Lei Paulo Delgado, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, levou 12 anos para ser aprovada. Nesse ínterim, serviu de holofote a iluminar o caminho de abnegados ativistas, entre os quais orgulhosamente me incluo. Com lei ou sem lei, a reforma psiquiátrica tinha data marcada para acontecer. Já era inevitável.

Tudo isso para dizer que acredito que a democracia muitas vezes funciona por insondáveis mecanismos, que contrariam a nossa vã ciência política. Mao Tse Tung não fez uma reforma política ou econômica. Fez uma Revolução Cultural. Sabia das coisas. Sabia que a estrutura jurídica de um país é a coisa mais difícil de mudar. Leva tempo.

E confesso a vocês: se alguém perguntasse ao mais otimista ativista em saúde mental se ele esperava que um governo neoliberal fosse embarcar nessa onda e abreviar a longa caminhada até a aprovação da Lei Paulo Delgado (PT-MG) ouviria uma sonora gargalhada. No entanto, foi o que se passou. Era a toupeira da História a cavar seus insondáveis caminhos.

Trilhas sobre as quais o governo Lula pode hoje caminhar com desenvoltura. Ao lado dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde Mental é o mais consistente no país em termos de Saúde Pública. No início da década de 90, havia três Centros de Atenção Psicossocial, modalidade de tratamento em regime aberto. Hoje são cerca de 470. Numa lógica em que 80% dos leitos contratados pelo SUS são privados, 95% dos CAPS são públicos. É a Saúde Mental revelando que o setor privado deve ser complementar, como prega a Lei.

Resumindo. Vale sonhar. Pode acreditar. 

Cláudio Cordovil é subeditor da revista *Radis* e um dos idealizadores do Instituto Franco Basaglia www.ifb.org.br