

NESTA EDIÇÃO



Novo horror

Caveirão, carro de combate da PM-RJ, viola direitos

RADIS
comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 43 ♦ Março de 2006

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

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

...CORREIOS...



Uma questão em aberto

Distribuição de remédios vira caso de Justiça em todo o país

Organizações Sociais de Saúde

Adesão a modelo cresce e preocupa defensores do SUS

Influenza aviária

Produção de vacina é vital à soberania

Antônio Ivo de Carvalho
Equidade, o motor do desenvolvimento social



Além das boas intenções



FOTOS: DIVULGAÇÃO

Aristides Dutra

O tema da saúde não é estranho ao cinema, mas a abordagem geralmente recai sobre o drama individual. Sem grande esforço, poderíamos fazer uma boa lista de filmes sobre pessoas em luta contra o câncer, alguma paranóia delirante ou confinadas em bolha de plástico. Lançamentos que abordem questões de saúde coletiva são bem menos frequentes. Em exibição na TV e no cinema, dois filmes tiveram como tema miseráveis/refugiados de países pobres, mas com resultados diferentes.

O primeiro, *Amor sem fronteiras* (2003), é cheio de boas intenções. Com roteiro de Caspian Tredwell-Owen e direção de Martin Campbell, o filme conta a história de Sarah Jordan (Angelina Jolie), mulher alienada que fica sensibilizada com um discurso do Dr. Nick Callahan (Clive Owen) — ativista internacional ao modo dos médicos sem fronteiras — e se engaja em suas campanhas ao redor do mundo.

Como todo mundo sabe, boas intenções não bastam, principalmente

se o roteiro é tendencioso. Para conseguir atuar em áreas de conflito, Nick se vê obrigado a negociar com traficantes de armas, numa insinuação de que o trabalho humanitário é impossível sem se compactuar com os interesses dos que lucram com a miséria. O filme também não explica por que a equipe de médicos abandona um lugar em favor de outro. Eles salvaram todos, perderam todos ou foram expulsos? No fim das contas, fica apenas a história de amor.

O outro filme é *O jardineiro fiel* (2005) — roteiro de Jeffrey Caine sobre um romance de John Le Carré, com direção do brasileiro Fernando Meirelles. Conta a história de Justin Quayle (Ralph Fiennes), diplomata inglês destacado para o Quênia. Quayle é um homem pacato cujo maior interesse é cuidar do próprio jardim (nos dois sentidos), mas quando sua mulher, a ativista humanitária Tessa Quayle (Rachel Weisz), é brutalmente assassinada, ele se vê mergulhado numa trama que envolve interesses de grandes empresas farmacêuticas, corrupção corporativa, crises diplomáticas e uma população miserável, cobaias espremidas entre essa nova ordem mundial e os conflitos étnico-políticos locais.

Os dois filmes mostram os miseráveis de países pobres ou como simples vítimas da ganância dos ocidentais ou como dependentes de salvadores também ocidentais. Mas um tem méritos onde o outro tem defeitos. Apesar da pretensa denúncia social, *Amor sem fronteiras* apenas usa a miséria como pano de fundo para uma história convencional de aventura e romance.

Em *O Jardineiro Fiel*, ao contrário, o amor conduz à descoberta e ao questionamento das relações de poder



que engendram e mantêm a miséria e a desigualdade no mundo. A narrativa equilibra com maestria o romance, o suspense e a denúncia social. Esta, inclusive, está até nos cuidados da produção. As cenas nas favelas quenianas foram filmadas no local (e não em cenários construídos), com uma força impressionante e até documental. Meirelles conduz a história com o mesmo domínio mostrado em *Cidade de Deus* (seu filme anterior), com narrativa não-linear, fotografia em cores saturadas, montagem ágil, grande direção de atores. E prova que, além das boas intenções, bom cinema também pode ter inteligência e sensibilidade. **F**



Radis Adverte

Idéia na cabeça de quem produz arte faz bem à cidadania.



Amargo remédio

A história começa com a intenção de vender medicamentos novos, importados, ainda sem comprovação suficiente de segurança e eficácia terapêutica e sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em seguida, representantes dos fabricantes entram com apoio para a formação de associações de pacientes, prescrição dos produtos da marca indicada e contratação de advogados para entrar com mandados que obriguem o Sistema Único de Saúde a fornecer os medicamentos que, de quebra, custam bem mais caro que os demais adotados para o tratamento das mesmas doenças, segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, ou distribuídos pelo Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Do outro lado desse roteiro, um SUS que pode quebrar se a Justiça não se dedicar a abordar de forma diferente o problema das ordens judiciais que drenam os recursos de outras ações de saúde e do próprio fornecimento planejado e racional – embora ainda falho – de medicamentos.

No meio do caminho, a sociedade organizada com interesse na melhoria do SUS, defensores e procuradores públicos bem-intencionados discutindo como lidar com a situação

e juízes decidindo com base no direito constitucional, mas nem sempre levando em conta informações técnicas e o contexto da saúde pública.

Pensando nesses importantes atores sociais, nossa matéria de capa aprofunda a questão da avalanche de ações judiciais por medicamentos, que já compromete o Programa Nacional de Medicamentos e o próprio SUS.

Outra conhecida e amarga história é a dos excessos na publicidade e a propaganda enganosa de medicamentos. Mudanças no modelo regulador dessas propagandas está em consulta pública no site da Anvisa (CP 84/2005), até 18 de março. A Escola Nacional de Saúde Pública apresentou sua contribuição que defende, em consonância com deliberações das conferências de saúde, a proibição da propaganda de medicamentos (documento completo no site do RADIS).

Confira também a entrevista com o diretor da Ensp, Antônio Ivo de Carvalho, a matéria sobre as danosas Organizações Sociais de Saúde e o olhar da jovem estudante de Jornalismo sobre uma nova forma de estado de sítio e terror contra brasileiros pobres.

Rogério Lannes Rocha
 Coordenador do RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ Além das boas intenções 2

Editorial

- ♦ Amargo remédio 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

7



Organizações Sociais de Saúde

- ♦ Um vírus que infecta o SUS 8



Medicamentos na Justiça

- ♦ Quando o remédio pode virar veneno 10

Entrevista: Antônio Ivo de Carvalho

- ♦ "A equidade é o motor do desenvolvimento" 14

Parto humanizado

- ♦ Harmonia ao dar à luz. É possível? 17



Serviço

18

Pós-Tudo

- ♦ No Rio, o terrorismo contra a pobreza 19



CARTAS

AIDS E O PODER DA INFORMAÇÃO

Olá, sou médica-infectologista em Manaus, em unidade de referência em DST/Aids, e convivo com os agravos indicadores de internações nesta categoria de pacientes, principalmente as infecções oportunistas. Também sou colaboradora em oficinas de treinamento em co-infecções em HIV/Aids no nível básico e avançado programadas pelo PNDST /Aids e Ministério da Saúde. Em 2005 foram três, uma em Manaus e duas em Salvador.

Portanto, foi de forma agradável que atualizei minha leitura com o texto de Claudia Lopes, principalmente pela forma objetiva com que discorreu sobre as vulnerabilidades e, nas palavras do entrevistado José Ricardo Ayres, sobre "as restrições às possibilidades de ser feliz das pessoas convivendo com HIV/Aids". É importante que se reafirme que é impossível trabalhar o lado clínico sem atentar ao social/psicológico de nossos pacientes, independentemente da região de nosso país (vários Brasis num só), pois o preconceito fere, independentemente do local ou dos recursos destinados a tratamento.

Educação em saúde é prioridade, a começar por nós mesmos, profissionais, e pelos que terão o primeiro contato com as pessoas convivendo com HIV/Aids, os estudantes de graduação (Enfermagem, Medicina, Bioquímica, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, entre outros). Portanto, devem ser alertados e treinados para a realidade imposta pela Aids no futuro que os espera pós-graduação.

♦ Romina Oliveira, Manaus

Parabéns pela excelente matéria "A epidemia mudou e o mundo também", sobre a história da epidemia de Aids no Brasil publicada na edição de nº 40. Informação é poder e vocês são poderosos.

♦ Fabiano Mataruna da Silva, farmacêutico, Maricá, RJ

NO CONSELHO DE SAÚDE

Faço parte da Pastoral da Saúde no município de Garopaba (SC), sou do Conselho de Saúde e integrante do Fórum Popular de Saúde (Fopes), sempre trabalhando em prol da melhoria do nosso SUS. Gostaria de

receber, se possível, os 12 números de 2005 desta revista maravilhosa, a que só agora tive acesso. Com certeza, será de extrema utilidade nas discussões aqui no Conselho e com os trabalhadores da Unidade de Saúde.

♦ Luiz Antônio da Silva, Garopaba, SC

NO PSF

Li a *Radis* quando fui estudar na Fiocruz no mês de outubro. Gostei muito da leitura e gostaria de recebê-la aqui no PSF de minha cidade, se possível. As que eu consegui pelo PSF estão guardadas, pois são de muita valia.

♦ Ana M. S. Pedro, PSF de Queimados, RJ

SEXUALIDADE E CRENÇA

Pela *Radis* nº 40, de dezembro de 2005, pág. 9, tomei conhecimento do Projeto de Lei nº 5.918/05, do deputado Elimar Máximo Damasceno (Prona-SP). Segundo este projeto "os alunos podem se recusar a assistir às aulas de educação sexual alegando objeção de consciência ou crença religiosa". O parlamentar complementa a sua argumentação alegando que "a escola tem tratado o tema de maneira permissiva". Disposto dessa forma, o projeto chamou a minha atenção, e confesso, com certa preocupação.

(...) A sexualidade invade a escola nas atitudes dos alunos em sala de aula e na convivência social entre eles. Portanto, incentivar a abordagem da educação sexual, enquanto tema transversal apresentado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), é dar oportunidade ao jovem de se expressar e de estar na escola para falar sobre como sua religião (e sua família) pensam do amor, do preconceito, da amizade, da família, da cidadania, do namoro, do "ficar", da virgindade, da Aids, da raiva, da violência, das drogas, do sexo, da fome, da desigualdade, da arte, do medo, da gravidez indesejada, da conservação do meio ambiente etc. Por tudo isso, não vejo a crença religiosa como objeção para a educação afetivo-sexual nas escolas.

Em vez de criar objeções, que apenas privam os jovens de cultivar sua auto-estima e buscar informações, pre-

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 45 mil exemplares
Assinatura grãtis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

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

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Claudia Rabelo Lopes, Wagner
Vasconcelos (Brasília/Direb) e Júlia
Gaspar (estágio supervisionado)

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Renato Lucas,
Cícero Carneiro e Mario Cesar G.
F. Júnior (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho e Geisa
Michelle (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 — Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ — CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

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.

venção, construir valores, conhecer seus direitos e deveres, perceber-se e fazer-se sentir, enquanto homem ou mulher etc., o ideal é criar projetos que permitam instrumentalizar ou capacitar os professores (e a escola) para que possam trabalhar a educação afetivo-sexual não pelo discurso "moralista" e a argumentação "liberal" ou "doutrinação", mas permitindo ao jovem lidar com a sua sexualidade com respeito, responsabilidade e, acima de tudo, sem culpas ou preconceitos, sabendo o que escolher para a sua vida.

♦ Alcina Maria de Souza Cardoso, bióloga e professora, Juiz de Fora, MG

PROBLEMAS MUNICIPAIS



Solicitei meu cartão do SUS há mais de três anos e ele nunca chegou porque o chefe da saúde não assina um documento necessário para a liberação dos cartões.

♦ Juliano Dantas de Oliveira, São João do Rio do Peixe, PB

DIREITOS DO PACIENTE NA PAUTA

A Constituição de 1988 estabeleceu novos atributos ao Estado em relação à sociedade, entre os quais se destaca a saúde como direito de cidadania. Quero deixar explícito exemplo de maus tratos e desrespeito aos meus direitos de paciente, o direito de ser informado, de decidir sobre sua saúde, o direito à reclamação, à privacidade.

Sou fisioterapeuta, e em 28/11/2005 me internei no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (Goiânia), para procedimento cirúrgico de bartolinetomia. Foi a primeira vez que me submeti a uma cirurgia pelo SUS. Sentia forte angústia e medo. Nem bom-dia recebi na recepção. (...) Como participante árdua das instâncias colegiadas do SUS, tendo sido conselheira de saúde local, representante dos usuários, acredito que che-

gará um dia em que tudo que passei e que várias pessoas passam será exceção no SUS e será punido exemplarmente. Estou aqui não só em defesa dos meus direitos, mas em favor de um SUS que conquistamos e lutamos para construir tijolo a tijolo. Por favor, gostaria de que vocês fizessem uma matéria sobre os direitos do paciente, enfocando o tratamento nas enfermarias. Parabéns por essa revista maravilhosa.

♦ Kelly Cristina de Faria Xavier, fisioterapeuta, Goiânia

LOGOMARCA DO SUS

Em primeiro lugar, gostaria de cumprimentá-los pela excelente qualidade desta revista, que nenhum profissional de saúde deveria deixar de ler. Gostei muito da matéria sobre a subutilização da logomarca do SUS, publicada na edição de julho. O tema é muito importante, servindo para nos fazer refletir sobre o quanto a população e os próprios gestores e profissionais de saúde desconhecem os avanços trazidos pelo sistema, a começar pela própria logomarca. Existe uma espécie de preconceito generalizado quando se fala em sistema público de saúde. Logo vêm à cabeça das pessoas as mazelas do sistema que, embora numerosas, não deveriam esconder ou desmerecer tudo o que ele trouxe de bom e que tem inspirado diversos países. A Gerência Regional de Saúde de Laguna, onde trabalho, enviou cópia desta matéria às secretarias municipais de Saúde e hospitais da sua área de abrangência, solicitando que, na medida do possível, fosse incluída a logomarca do SUS nas placas das unidades de saúde.

E, por falar em mazelas do sistema, aproveito para pedir matéria sobre a situação dos hospitais filantrópicos. Por mais que se enfatize a importância das ações de prevenção e promoção à saúde, não podemos esquecer que eles constituem um segmento importante e estratégico do sistema, no caso dos procedimentos que só podem ser realizados no âmbito hospitalar ou mesmo nos casos em que falha a Atenção Básica, o que, infelizmente, por razões as mais diversas, ainda é muito frequente. Entre outras coisas, é preciso atualizar os valores da Tabela do SUS e adotar políticas de vocacionamento que atendam às necessidades do sistema e assegurem a sobrevivência destas instituições.

♦ Regina Ramos dos Santos, enfermeira, Laguna, SC

RADIS AGRADECE

Sou assinante da *Radis*, e me sinto feliz e orgulhosa de contar com o recebimento fiel desta revista cujo conteúdo está cada vez mais rico. Além de manter seus leitores bem-informados, provoca a reflexão e a responsabilidade de sermos agentes de mudança e cidadãos conscientes, principalmente como profissionais de saúde e docentes. Mais um ano se findou, e parabéns a esta revista, que se mantém cada vez mais rica e alegrando a todos quantos a recebem!

♦ Noêmia Moricochi Cavariani, Ministério da Saúde/Núcleo de São Paulo/Setor de Habilitação de Projetos, São Paulo

Sou enfermeira e há oito anos lido com programas de saúde pública, por isso sempre estou atendida nas oportunidades para crescimento e fortalecimento do conhecimento, que é inesgotável. Recebi a revista de novembro e adorei seu formato, sem falar do conteúdo inteligente e prático. Antes, lia a revista pelo site.

♦ Simone Francisca de Albuquerque, Recife

NO CADASTRO

Gostaria de parabenizá-los pelo excelente conteúdo da revista *Radis*. Não sou assinante da revista, mas sempre a pego emprestado na Secretaria Municipal de Saúde. Quando estiverem fazendo alguma doação de exemplares, por favor, lembrem-se de mim. Sou um ávido leitor de suas revistas. Parabéns e sucesso a toda a equipe.

♦ Messias Cardoso Santos, Jiquiriçá, BA

Sou agente de saúde e estudante de Serviço Social, leitora do *RADIS* há muitos anos, do qual obtenho informações importantes para o trabalho na Baixada Fluminense e para a minha formação profissional e política. Venho solicitar a assinatura da revista, comprometendo-me a repassá-la a outras pessoas de meu círculo profissional. Minha sugestão é que se inclua a categoria "agente de saúde" no cadastro de assinaturas.

♦ Marcia Azevedo Pereira, Rio de Janeiro

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

BUTANTAN JÁ RECEBEU VÍRUS DA INFLUENZA



FOTO: JORNAL DA UNICAMP

O National Institute for Biological Standards and Technology, laboratório britânico sancionado pela OMS, enviou ao Instituto Butantan, de São Paulo, amostras da cepa H5N1 do vírus da influenza ou gripe aviária (*Radis* nº 40). Vai chefiar o desenvolvimento da vacina o bioquímico **Isaias Raw**, presidente da Fundação Butantan e professor emérito da USP.

O professor Raw disse à *Radis* que a OMS decidiu não esperar pelas mutações da cepa diante do risco real de uma pandemia (em fevereiro a gripe aviária chegou ao Iraque e à Nigéria). "Se esperar demais acaba como em 1914, encomendando caixão", disse o pesquisador, aludindo à mortandade provocada pela Gripe Espanhola. "É claro que o vírus vai sofrer mais mutações, mas é possível estabelecer uma árvore de seqüências prováveis", afirmou. A própria vacina anual da gripe tem três seqüências de vírus.

Agraciado com a Grã-Cruz da Ordem do Mérito Científico, concedida pela Presidência da República, o Dr. Raw anda irritado com a desinformação generalizada sobre o vírus da influenza aviária – na imprensa e até entre pesquisadores. Ele rebate o temor de que a manipulação das cepas dê início à epidemia: "Ora, o vírus vem atenuado, geneticamente "desarmado" antes de ser enviado aos institutos de pesquisa". E mais: "Telefonam para cá dizendo que querem seqüenciar o DNA do vírus, mas se as cepas já vêm seqüenciadas...!"

O Brasil é o primeiro país do Hemisfério Sul a fabricar a vacina, e o Butantan quer produzir um estoque mínimo ainda em 2006 para o caso de algum foco da gripe ser detectado no país. Porque os grandes produtores internacionais de vacina não vão nos ajudar, afirma: faltou vacina contra a gripe comum até nos Estados Unidos, com a interdição de duas fábricas britânicas. "O que a

pandemia expôs foi a dependência e a vulnerabilidade de um país como o Brasil", disse.

Aos 78 anos, o professor defende com ardor a independência brasileira em vacinas. Conta o *Jornal da Unicamp* que numa reunião em Kyoto, em 1984, um representante da indústria farmacêutica japonesa perguntou: "Por que um país de Terceiro Mundo deveria se preocupar em produzir vacinas?" Raw devolveu lembrando que no mesmo local, décadas antes, o secretário de Estado Foster Dulles perguntara por que o Japão produziria automóveis, se a indústria americana poderia fornecê-los melhores e mais baratos...

DIA MUNDIAL DA SAÚDE



O slogan do Dia Mundial da Saúde – 7 de abril – deste ano é "Trabalhando juntos pela saúde", uma homenagem da OMS aos profissionais de saúde, heróis desta luta tantas vezes inglória. Como na República Centro-Africana, país escolhido pela Organização Mundial de Saúde para simbolizar essa luta. Sacudida por quatro guerras nos últimos 10 anos, o país vive em eterna comoção, e seu povo carrega as cicatrizes da tortura, do estupro, da execução de mulheres, homens e crianças. Esse drama não está na mídia, e por isso a ONU o define como "a crise mais silenciosa do mundo".

Os trabalhadores da saúde enfrentam como podem o HIV/Aids, a malária, a tuberculose, a doença do sono, a febre tifóide, a meningite. Menos de um terço da população

tem acesso à água potável; a expectativa de vida, que em 1995 era de 49 anos, em 2003 baixou para 41. Há um médico para cada 17.850 pessoas, um enfermeiro para cada 7.812, um leito de hospital para cada 1.095. "Tudo é emergência", diz o médico centro-africano Eugène Serdouma. "Tudo está quebrado: o povo, o hospital e o Estado."

No Brasil, país distante dessa realidade, os profissionais de saúde enfrentam outras lutas. Ana Rosa Garcia da Costa, conselheira municipal de saúde de São Paulo e diretora do Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias do município, considera o slogan "Trabalhando juntos pela saúde" bem irônico. "Os profissionais de saúde trabalham numa direção, e o governo em outra", disse. "Trabalhamos em defesa do SUS, e o governo pelo desmonte do SUS, entregue à iniciativa privada".

PLP 1/03: AGORA VAI?

O PLP 1/03, que estabelece percentuais mínimos de investimentos em saúde por parte de União, estados e municípios deve, enfim, sair do campo das intenções. É o que se fala pelos corredores de Brasília, a partir de uma conversa do ministro das Relações Institucionais, Jacques Wagner, com o deputado Roberto Gouveia (PT-SP), autor do projeto. O ministro garantiu que o governo não criará mais obstáculos para que a proposta seja levada a plenário. "Ele me disse que os ministros Antonio Palocci (Fazenda), Paulo Bernardo (Planejamento), Dilma Rousseff (Casa Civil) e Saraiva Felipe (Saúde) vão se organizar para contribuir com o texto", disse Gouveia à *Radis*.

"Ninguém abre mão dos 10%", afirmou Gouveia sobre as informações de que o governo escalonaria o pagamento do percentual obrigatório, para que o repasse não pese muito num primeiro momento. "Se houver escalonamento, ele terá como objetivo atingir os 10%".

O relatório setorial da saúde foi votado na primeira semana de fevereiro. A expectativa é que a área receba R\$ 43,6 bilhões para ações e serviços de saúde em 2006. O relator setorial, Cláudio Cajado (PFL-BA), acatou suges-

tões dos parlamentares e propôs, em seu relatório, alterações para evitar o recorrente desvio de recursos da saúde para outras áreas, o que redundaria, segundo estimativas, em gastos extras entre R\$ 3,5 bilhões e R\$ 5 bilhões. Mas o relator do Orçamento da União, Marlito Meris (PT-SC), ainda precisava ratificar o relatório setorial.

A votação do Orçamento da União já representava, em 8 de fevereiro, atraso poucas vezes visto no Congresso, superado apenas nos orçamentos de 2000, 1996, 1994 e 1993.

REGULAÇÃO DA PROPAGANDA DE REMÉDIOS

Foi prorrogado até 18/3 o prazo para envio de sugestões à Consulta Pública nº 84, da Anvisa (www.anvisa.gov.br), que propõe mudanças na regulamentação da propaganda de medicamentos. A Ensp/Fiocruz contribuiu com propostas resultantes da Oficina de Trabalho sobre Regulação da Propaganda de Medicamentos no Brasil, promovida em novembro de 2005 pela Ensp e pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do RJ.

Os debatedores concluíram que as ações de regulação na área têm sido pouco eficientes, apesar dos esforços dos últimos 30 anos. Por isso, a primeira proposta do documento é o apoio à deliberação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), pela proibição da propaganda de medicamentos nos meios de comunicação. Em caso de rejeição, uma proposta alternativa foi organizada em 14 itens. Diversos especialistas e instituições assinam o documento, entre as quais a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação dos Servidores da Fiocruz (Asfoc).

O documento está no site da Ensp (<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/informe/arquivos/CPENSP-Anvisa.doc>).

PREVIDÊNCIA: É FALSA A CRISE?

A crise da Previdência, atribuída a um processo histórico de falência envolvendo envelhecimento da população, baixa taxa de natalidade, elevação do salário mínimo e aposentadoria precoce, entre outros fatores, foi desmistificada pela professora Denise Gentil, do Instituto de Economia da UFRJ: para ela, trata-se de um meio de manipulação estatística do governo federal em prol de in-

teresses econômicos que nada têm a ver com seguridade social.

A tese de doutorado da pesquisadora parece resposta à manchete de 13/2 de *O Globo*, apontando um déficit acumulado nos últimos 10 anos de R\$ 1 trilhão na Previdência. "Há interesses econômicos poderosos empenhados em propagar a idéia de déficit na Previdência que, concretamente, não existe", afirma a professora em entrevista à *Revista Brasileira de Risco e Seguro* (www.rbrs.com.br/).

A discrepância está na forma de calcular o financiamento da Previdência. Segundo Denise, a somatória do "saldo previdenciário" não inclui todas as receitas que compõem o financiamento: "O saldo é apresentado como negativo, pois levanta apenas as receitas de contribuição ao INSS do empregador e dos trabalhadores", diz. "O verdadeiro resultado final da Previdência envolve receitas não-consideradas, como as de CPMF, CSLL e Cofins: calculadas todas as fontes de financiamento, há saldo positivo de R\$ 8,2 milhões".

A professora aponta uma relação entre esse saldo positivo e seu uso pela "política econômica neoliberal" de manutenção de superávits primários, adotada pelas "correntes ortodoxas de gestão" que ocupam o Banco Central. "Recursos da Previdência estão sendo aplicados no orçamento da União, que está legalmente autorizada a retirar 20% dos impostos e das contribuições da seguridade social para aplicar livremente em qualquer tipo de despesas", afirma. "Não é difícil perceber que esse discurso de falência faz parte de uma retórica que pretende retirar fatia cada vez maior do orçamento da seguridade social".

Os grandes proprietários de títulos públicos do governo seriam os beneficiários diretos desse falso déficit artificial, favorecidos pela política de juros altos e por sua grande influência no Banco Central. O processo de execução da Previdência, segundo ela, faria parte do interesse desse grupo em privatizá-la, liberando recursos hoje vinculados a gastos sociais. Com uma Previdência privatizada, os trabalhadores rurais e os 40 milhões de trabalhadores informais seriam excluídos no processo que a professora define como de "luta de classes". ■

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

toques da redação



CONASS ONLINE — A página na web do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (www.conass.com.br/) mudou, e para melhor: a navegação está fácil e veloz, a busca de assuntos funciona bem e as notícias ganharam destaque. Os usuários agradecem. Aliás, merecem também a modernização do site do Ministério da Saúde, lento, confuso e sempre fora do ar.



CSP AGORA MENSAL — A publicação científica da Ensp/Fiocruz, *Cadernos de Saúde Pública* (www.ensp.fiocruz.br/csp/), antes bimestral, a partir de 2006 terá 12 edições por ano, além dos eventuais suplementos temáticos.

DISQUE-MEDICAMENTO — As farmácias do RJ estão obrigadas, desde fevereiro, a expor cartazes com o telefone do Disque-Medicamento, da Anvisa. O serviço tem a função de tirar dúvidas e receber denúncias de abuso nos preços. Os cartazes deverão ter tamanho mínimo de 80 x 80 e letras em maiúsculas. O telefone do Disque-Medicamento é 0800-239191 (ligação gratuita), de 2ª a 6ª das 9h às 18h.

AGENTES DE SAÚDE — Foi promulgada a EC 7/03, que permite a contratação de agentes comunitários de saúde e de endemias por processo seletivo em vez de concurso público. Os agentes serão contratados não pelo regime de carreiras em extinção no serviço público, mas no de carreiras permanentes. A PEC beneficia agentes contratados sem direitos trabalhistas. Dica do Conasems: o site do CooperaSUS (www.saude.gov.br/cooperasus) tem chat e fórum de discussão sobre despreciação. Cadastre-se e participe.

"EXAGERO" DA REDAÇÃO — No Toques da Radis 42 está escrito que o índio brasileiro já ocupa "125% do território nacional". Caro leitor, quisemos dizer 12,5%. Nossas desculpas! Algum madeireiro derrubou essa vírgula... ■

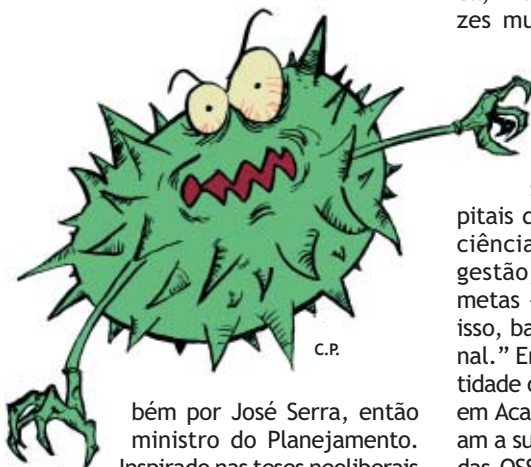
Um vírus que infecta o SUS

Marinilda Carvalho

A transferência da gestão dos serviços de saúde a organizações sociais (OSs), prática que avança a passos largos em estados e municípios, é ilegal e inconstitucional. Consenso entre especialistas, foi esta a conclusão da maioria dos debatedores reunidos pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 6 de fevereiro para tratar desse espinhoso tema. Outra conclusão: do jeito que está, a administração do SUS também não pode continuar. Recebeu muitos aplausos uma sugestão concreta de aperfeiçoamento do sistema — cuja reforma está incompleta, como todos reconhecem — apresentada pelo sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos (ver box).

O tema é espinhoso porque, diante da crise permanente nos hospitais do SUS em algumas regiões, cresce o número de gestores que consideram atraente este modelo de administração. OS é uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com atividades dirigidas à cultura e à saúde (neste caso, chamamos OSS). O estado de São Paulo adota o modelo desde 1997, o prefeito José Serra (PSDB) conseguiu aprovar em janeiro lei municipal que o autoriza e o secretário de Saúde do Rio, Ronaldo César Coelho (PSDB), foi além: lançou em dezembro edital de concorrência para terceirização do Hospital de Acari, na periferia da cidade — com base não na lei que regulamenta as OSs, mas na de licitações.

"Poucos governadores e prefeitos tiveram coragem de assumir esse modelo, mas agora estão tendo", diz o professor da Unicamp Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão. Ele lembra que as OSs surgiram no bojo do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado proposto pelo ministro Bresser Pereira em 1995, no primeiro governo Fernando Henrique. O grupo de trabalho da reforma administrativa era integrado tam-



bém por José Serra, então ministro do Planejamento. Inspirado nas teses neoliberais do Estado mínimo, o plano defendia que a função do Estado seria coordenar e financiar políticas públicas, e não executá-las. Já no segundo mandato de FHC foi aprovada a Lei nº 9.637/98 (originária da MP nº 1.591/97). Estavam criadas as OSs, e o governo partiu para a terceirização.

As 12 primeiras instituições que deixariam de ser públicas para virar OS eram justamente hospitais. Conselheiros de saúde, parlamentares e o Ministério Público se mobilizaram e impediram a manobra. Até o fim do governo FHC, o Conselho Nacional de Saúde condenou várias vezes as OSs, baixando resoluções que Nelsão considera de alto significado histórico. Em maio de

1998, o subprocurador geral da República Wagner Gonçalves, então procurador federal dos Direitos do Cidadão, emitiu parecer longo e definitivo. A conclusão dele: "A Lei nº 9.637 nega o SUS como previsto na Constituição, já que introduz um vírus — organizações sociais — que é a antítese do sistema".

"Quem faz sabe que está violando a Constituição", afirma Nelsão. Para ele, a pressão da privatização continua, e não é por outro motivo que em janeiro de 2005 outro grupo de trabalho do CNS emitiu novo parecer condenando a prática. "Não se trata de dogmaticamente ser contrário às OSSs", diz. "É um choque de duas estratégias de gestão públi-

ca, mas a Constituição tem diretrizes muito claras e avançadas sobre seguridade e saúde".

"A discussão opondo o público ao privado é estéril", afirma o economista Adriano Londres, 36 anos, presidente do Sindicato dos Hospitais do Rio. "O que importa é a eficiência", argumenta. "Contrato de gestão, hospital orçamentado, com metas — não precisa ser privado para isso, basta que a gestão seja profissional." Em artigo publicado no site da entidade o executivo apóia a terceirização em Acari e cita pesquisas que mostrariam a superioridade do modelo gerencial das OSSs sobre o do SUS.

Recorda Adriano que o governo Quéricia (PMDB) deixou três hospitais inacabados, e seu sucessor, Mario Covas (PSDB), recorreu às OSSs para colocá-los em funcionamento. Como "deu certo", o modelo se expandiu pelo estado. "Hospital público não tem meta, indicadores, orçamento, nenhuma ferramenta de gestão, por quê?", pergunta. "Se o recurso é escasso vamos usar com eficiência."

FISCALIZAÇÃO BURLADA

O deputado Paulo Pinheiro (PPS), presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do RJ, não quer entrar no discurso da eficiência nem no debate da ilegalidade das OSSs. "Minha principal crítica a esse modelo é que burla a fiscalização e não faz concurso público". Para ele, "o secretário não pode mentir à população dizendo que está seguindo o modelo paulista, que prevê instituições sem fins lucrativos", diz. "Aqui, não: gastou 88 milhões de reais no hospital e vai entregar tudo segundo a Lei 8.666, a das Licitações; se a Amil ou a Golden Cross quiserem, podem concorrer."

Profissionais aprovados em 2004 no concurso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio também contestam o secretário, que justificou a terceirização alegando não conseguir pessoal que trabalhe em Acari, área pobre e violenta. "Não é verdade, há profissionais de diversas especialidades esperando para serem convoca-



FOTO: HÉLIO NOGUEIRA

dos”, afirmou à imprensa Cristiane Gerardo, diretora do Sindsprev.

Em São Paulo, a conselheira municipal de saúde Ana Rosa Garcia da Costa, diretora do sindicato que reúne profissionais da administração pública e autarquias da capital, está pessimista. No dia da posse dos novos conselheiros, 26 de janeiro, o prefeito Serra sancionou a lei, reprovaada pelo Conselho Municipal de Saúde. Na opinião dela, a terceirização não vai dar certo por falta absoluta de condições de trabalho. “Um auxiliar de enfermagem está com 20 leitos em plantão de 12 horas”, conta.

No início de fevereiro houve manifestação indicativa de greve no Hospital do Tatuapé (Hospital Municipal Carmino Caricchio), unidade de referência da região. “A secretaria não chama concursado, não faz concurso, não faz contratação de emergência, são meses e meses sem contratar”, reclama Ana. As Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial (AMAs), criadas em 2005, são vistas por sindicatos e movimentos populares como “projeto de fachada”. Para esvaziar as filas do pronto-socorro, a prefeitura, “em vez de contratar mais pessoal, isola parte da unidade de saúde e coloca lá clínicos e pediatras para atendimento rápido, que chamamos de *reboque-terapia*: a consulta é superficial e o paciente acaba voltando ou sobrecarregando outra unidade”. Além disso, o sistema é seletivo: “escolhe-se” o paciente a atender, violando princípio do SUS.

“O investimento deveria ser na rede SUS”, diz Ana Rosa. “Só o Tatuapé perdeu 89 enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além de 98 auxiliares administrativos em um ano.” A Prefeitura promete contratar depois que as OSSs estiverem em operação. O sanitarista **Gilson Carvalho** duvida. “Como? Se alguém é colocado no meio como terceiro e vai ter remuneração, esta só pode 1) ser tirada do comprador (pagará mais); 2) do trabalhador (receberá menos); 3) do comprador e do trabalhador (de ambos: o comprador compra mais caro e o trabalhador recebe menor remuneração)”, diz. “Impossível outra matemática. Ou se paga mais ao tomador dos serviços ou se paga menos aos trabalhadores.”

Gilson, por sinal, acha os argumentos pró-OSSs “sem consistência”. Serão mais baratos os encargos econômicos? “Se direitos trabalhistas passam a não existir, alguém será lesado como empregado do terceiro ou cooperado, sem férias, sem 13º, sem

Autonomia com princípios

No debate da USP, intitulado *Estatização x Privatização ou Publicização da Gestão dos Hospitais do SUS: Modalidades Jurídico-Administrativas para a sua Gestão*”, o professor **Gastão Wagner**, da Unicamp, antecipou as idéias para um novo modelo de gestão que vem estudando: as Organizações do SUS.

Por enquanto, a descrição é breve: trata-se de um modelo de gestão público-estatal, isto é, da administração direta mesmo, sem participação alguma de instituições privadas, mas com autonomia, conselho gestor de representação paritária (secretários, trabalhadores, usuários), direção escolhida segundo critérios técnicos, e não no formato de cargo de confiança por indicação de governos, seleção pública de pessoal. A organização estaria ligada em rede, participando

da regionalização, ou seja, o SUS com seus princípios e diretrizes, sob gestão autônoma municipal, estadual ou federal, para unidades existentes ou a serem criadas.

“Seriam estas as características, além de outras que se acrescentem no debate”, diz Gastão. Para ele, a Lei Orgânica da Saúde [a 8.080/90] é incompleta, o que impede que se conclua a reforma do SUS. As regras atuais de orçamento e gestão de pessoal estão esgotadas, e a terceirização da gestão, além de ilegal, pois atividade essencial não pode ser delegada, “vai criar um mosaico inadministrável,

a Nicarágua tentou e não conseguiu”. Nesse novo modelo, todas as unidades do SUS se enquadrariam: “E isso impediria que uma prefeitura recorresse a formas veladas de privatização.”



FOTO: ARISTIDES DUTRA

FGTS, sem licença-maternidade”, diz. “Ou então se faz a opção errônea de o governo lesar o próprio governo: opta-se por dispensar a parte patronal dos encargos trabalhistas e, logo a seguir, lamenta-se a falta de recursos públicos!” A questão da fiscalização também é crucial: “Para vigiar a terceirização tem-se que montar uma verdadeira *swat* para impedir fraudes, e tão caro fica este controle que daria para aumentar salário dos servidores ou contratar mais gente.”

PROFISSIONAIS AVILTADOS

Para Nelsão, o recurso humano público nunca foi tão aviltado: instalou-se a precarização, veio a onda das terceirizações. O discurso da eficiência maior das OSSs, em sua opinião, é

inteligente, mas malicioso, já que “público-não-estatal é canto de sereia”, na verdade quer dizer *privado*. “Metem o pau nas instituições burocráticas, mas isso nós também metemos”, diz. Ele concorda, a gestão do SUS precisa mudar, mas lembra que a reforma da saúde era coerente,

com fundos de saúde, repasses fundo a fundo, conselhos, a comissão tripartite, em que as três esferas de governo se reúnem todos os meses para pactuar a gestão, as bipartites regionais. “Isso é uma profunda re-

forma do Estado”, atesta. “Com o governo Collor o SUS ainda conseguiu equilibrar a pressão, mas a reforma bresseriana do Estado mínimo, este que abdica de suas ações na área social e as delega ao mercado e às OSSs, brechou o ritmo dos três primeiros anos”.

O passo seguinte seria a autonomia gerencial nas unidades de saúde, mas o que restou foi um sistema engessado pela gestão centralizada. “Resíduos do Brasil colonial, cartorial, antipúblico”, lamenta Nelsão. E com a agravante da falta de recursos, “porque a reforma da globalização neoliberal deu uma no cravo outra na ferradura: com o Estado mínimo veio também o corte brutal dos orçamentos públicos, retração que continua no governo Lula”.

Para Gilson Carvalho, esta é uma grande discussão, que precisa estabelecer urgentemente até onde vai o limite da terceirização para o setor público específico de saúde. Ele já tem a resposta: “Terceirização de atividades-meio (limpeza, alimentação, vigilância, manutenção de máquinas etc.) e atividades esporádicas por notória especialização ou por contrato de serviços especializados (como consultorias). E ponto final”. Nelsão acha que com um pouquinho de mobilização será possível frear a tendência. “Se neste ano eleitoral fizermos esse debate já estaremos avançando.”



FOTO: AG. DE NOTÍCIAS DA ANS

Quando o remédio pode virar veneno

Claudia Rabelo Lopes e Wagner Vasconcelos

O número de ações judiciais contra estados e municípios para fornecimento gratuito de medicamentos não pára de crescer. O fenômeno, que teve início nos anos 90, reflete, em parte, a conscientização de uma parcela da população no que se refere aos seus direitos. Mas a situação atual, com milhares de mandados judiciais consumindo milhões de reais em recursos públicos, tem causas complexas, em que os interesses legítimos – coletivos ou individuais – nem sempre vêm em primeiro lugar. Má gestão, pressão das indústrias farmacêuticas e falhas na formação dos médicos são alguns dos fatores que impulsionam uma verdadeira bola de neve, que ameaça atropelar outros programas e projetos na área da saúde. Para os envolvidos, a solução do problema passa não só por maior eficiência da gestão, como também por um melhor entendimento entre o Judiciário e os responsáveis pelo Sistema Único de Saúde.

Em 1991, havia apenas um mandado de segurança contra o Estado do Rio para fornecimento de medicamento. Hoje o estado já responde a 7.758 ações desse tipo que, se somadas às impetradas contra o município, chegam a 13 mil, segundo reportagem de *O Globo* de 19/12/2005. Em São Paulo, no ano passado, o secretário estadual de Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, publicou em diversos jornais o artigo *Remédios na dose certa* (*Radis* nº 39, Súmula) declarando que os gastos do seu estado com demandas judiciais por medicamentos no primeiro semestre de 2005 – no valor de R\$ 86 milhões – já correspondiam a quase o dobro dos recursos despendidos para o mesmo fim em

todo o ano de 2004. Guardadas as devidas proporções, a situação não é muito diferente nos outros estados.

GARANTIA NA LEI

A garantia de assistência farmacêutica à população está na lei. A Constituição Federal, nos artigos 6º e 196º, prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito social e dever do Estado. Mais especificamente, a Lei 8.080/90, que instituiu o SUS, estabelece, em seu artigo 6º, que “é atribuição do Sistema Único de Saúde a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. Assim, se o poder público não fornece o medicamento de que os pacientes precisam, mas pelo qual não podem pagar, recorrer à Justiça é o caminho óbvio – seja por intermédio de defensores públicos, escritórios-modelo de universidades, advogados particulares ou, em alguns casos, do Ministério Público.

Foi isso o que fizeram, primeiramente, grupos de portadores de HIV/Aids, seguidos por outras associações de usuários de remédios de custo elevado. Para atender à procura por esses produtos sem a necessidade de o paciente recorrer à Justiça, foi criado, em 1993, o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, que ganhou impulso em 1998, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM). A PNM incluiu a garantia de acesso da população aos medicamentos de alto custo para doenças de caráter individual. Para organizar e racionalizar o fornecimento, o Ministério da Saúde estabeleceu, em portarias, quais os remédios de dispensação em caráter excepcional no SUS.

No início de 2004 já havia 330 mil pacientes cadastrados no programa, de



acordo com levantamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O próprio Conass, contudo, reconhece as muitas dificuldades gerenciais das equipes responsáveis pelo programa nas secretarias estaduais de Saúde, que não conseguiram, em muitos casos, montar uma estrutura operacional, logística e de atendimento capaz de suportar o crescimento da demanda no tempo necessário. Essa falta de agilidade contribuiu para o aumento do número de mandados de segurança por medicamentos, e a lentidão da Justiça contribuiu para o acúmulo de liminares, como mostra o artigo *Mandados judiciais para garantia de acesso a medicamentos*, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* de março-abril de 2005.

COBRANÇA EQUIVOCADA

Nele, as pesquisadoras Ana Márcia Messeder, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro e Vera Lucia Luiza, ambas do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Fiocruz, analisaram dados de 1991 a 2002 provenientes do arquivo documental e do banco de dados da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

O artigo revela que a maior parte das ações por medicamentos no estado nem sequer teve seu mérito julgado, no período pesquisado, de 11 anos. Os mandados continuam sendo cumpridos sem que a adequação dos pleitos seja corretamente avaliada. Para agravar o problema, não há um procedimento sistematizado que garanta ao estado saber se o pleiteante continua vivo, e muitas vezes o remédio continua a ser fornecido depois da morte do paciente.

O estudo confirmou também uma das principais reclamações dos gestores: a de que a população e os profissionais do Direito, em geral, não têm esclarecimento sobre a que esfera governamental — município, estado ou União — as demandas devem ser dirigidas. O papel de cada uma foi definido na PNM, mas o direcionamento equivocado faz com que estados sejam cobrados em lugar dos municípios e vice-versa, muitas vezes retirando recursos de outros projetos. O mesmo ocorre em relação à União.

UM CIPOAL DE NORMAS

Em entrevista à *Radis* por telefone, a defensora pública Juliana Naliato, do Núcleo de Fazenda Pública do Estado do Rio, disse que a jurisprudência do Tribunal de Justiça é pela solidariedade entre as três esferas na questão do fornecimento de medicamentos, independentemente das competências administrativas. Mas as reclamações dos gestores continuam.

Não é fácil situar-se no cipoal de portarias e instrumentos normativos que regulam a assistência farmacêutica do SUS. Para começar, há uma variedade de listas de medicamentos elaboradas para orientar as instâncias federal, estadual e municipal quanto às suas responsabilidades. “Os medicamentos estratégicos, para doenças endêmicas focais, têm uma lista, os de alto custo outra, assistência básica, outra, saúde mental, HIV/Aids, e por aí vai”, explica Claudia. “Há programas que, por si, determinam que vão usar determinado medicamento sem nenhuma ingerência da Secretaria de Insumos Estratégicos; então, é muito complicado”. Para ela, deveria haver, nas secretarias, profissionais bem preparados para lidar com essa complexidade.

O fato é que a maioria das decisões judiciais no Brasil tem obrigado a instância governamental acionada a fornecer o que for pedido, inclusive remédios sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). São produtos novos, que ainda não tiveram sua segurança e eficácia suficientemente comprovadas. É preciso diferenciá-los dos medicamentos excepcionais ou de “dispensação excepcional” — remédios já registrados e que fazem parte de alguma lista do SUS, muitas vezes de uso prolongado, indicados contra doenças que exigem acompanhamento especializado, sob protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicas, devido a sua ação farmacológica ou ao alto custo.

O LOBBY DA INDÚSTRIA

Mas há grande pressão das indústrias farmacêuticas para que os novos remédios obtenham rapidamente o registro e entrem no importante mercado que é o SUS. E também para que aumente o consumo dos medicamentos excepcionais. Em ambos os casos, trata-se de produtos sob patente, altamente lucrativos. Um grama de interferon peguilado, por exemplo, usado no tratamento da hepatite C, custa cerca de R\$ 4,4 milhões — dados do Ministério da Saúde —, o que significa 100 mil vezes o valor de um grama de ouro, embora a eficácia da droga, em estudos controlados, não ultrapasse os 47%.

Para alcançar seus objetivos, as indústrias se aproximam das associações de pacientes e procuram induzi-los, quase sempre com sucesso, a pleitear esses remédios na Justiça, de modo que o acesso a eles se torne um direito adquirido. Os prescritores também estão na mira das estratégias mercadológicas das empresas. “A propaganda dirigida ao médico começa no primeiro ano de Medicina e de uma forma muito perversa”, denuncia Claudia, acrescentando que os especialistas que tratam certas enfermidades são o alvo privilegiado. “Aí quem



vai conversar com eles não é o propagandista, mas uma pessoa graduada, até mesmo o chefe médico do laboratório”, diz ela.

O médico Paulo Dornelles Picon, um dos responsáveis pela elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Ministério da Saúde, é um dos maiores críticos da presença de representantes de laboratórios nas faculdades de Medicina e nos hospitais universitários. Em palestra a integrantes do Ministério Público, em setembro de 2005 (*Radis* nº 39), Picon, que também é coordenador técnico de Política de Assistência Farmacêutica do Rio Grande do Sul, apresentou pesquisas internacionais mostrando que o marketing das indústrias aumenta, e muito, a probabilidade de o médico receitar uma droga nova, registrada ou não.

MIMOS E ASSÉDIO

Entre as principais estratégias dos laboratórios para influenciar a decisão dos prescritores estão o financiamento de pesquisas, o pagamento de honorários, a realização de conferências com especialistas ligados às empresas e o pagamento de viagens para participação em eventos. Soma-se a isso o assédio das indústrias sobre editores de publicações científicas, denunciado por Marcia Angell, conferencista sênior em Medicina Social da Universidade de Harvard e ex-editora chefe do *New England Journal of Medicine*, no livro *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it* (A verdade sobre a indústria farmacêutica: como eles nos enganam e o que fazer a respeito), publicado em 2004 pela Random House.

É verdade que as ações judiciais são uma porta de entrada para inovações que podem ser muito bem-vindas, como no caso dos anti-retrovirais. Mas Picon alerta para o fato de que nem todos os novos medicamentos trazem inovações verdadeiras. “Nos últimos anos, a indústria tem quase sempre produzido droga velha maquiada de droga nova”, afirma. Ele condena a proliferação de cursos de Medicina que formam médicos mal preparados, sem os conhecimentos necessários para fazer uma leitura crítica da literatura especializada e, muito menos, das informações passadas diretamente pelos laboratórios. “Há médicos que se instruem nos sites das empresas”, arremata Claudia.

No entanto, quase sempre, basta apresentar laudo assinado por um médico para que se possa entrar com

uma ação judicial para obtenção de medicamentos. Juliana Naliato explica que se o produto não é registrado no Ministério da Saúde a Defensoria do Rio de Janeiro pede também uma declaração do médico baseada em pesquisas internacionais, atestando a eficiência e a segurança da droga que está prescrevendo. “Nós não somos médicos, então nos baseamos no laudo do especialista”, argumenta Juliana. “Quem vai determinar se o remédio deve ou não ser fornecido é o juiz”: a defensoria tem por princípio sempre entrar com a ação, do contrário poria em risco o princípio da equidade no acesso aos medicamentos, diz.

DROGAS NOVAS E COBAIAS

O problema é que muitas vezes o juiz também se baseia apenas nesse laudo para conceder uma liminar obrigando o gestor a fornecer drogas ainda não registradas, ou de altíssimo custo, mesmo quando o SUS já distribui outras, eficientes e mais baratas, para a mesma finalidade. Sem falar nos riscos que medicamentos não-testados ou não-aprovados pela Anvisa podem representar para o paciente. Claudia e suas colegas se assustaram com algumas ações encontradas durante a pesquisa. “A gente vê, quando examina os mandados de segurança, coisas perigosas, coisas ruins, e que o juiz defere, imaginando que está fazendo um bem ao paciente, e no fundo está fazendo um mal”, diz.

O subsecretário de Apoio Operacional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, José Maria Freire, detecta aí um grave problema, que é a transformação dos pacientes em cobaias. “Quando um médico receita um remédio que ainda não foi liberado pela Anvisa, o paciente acaba sendo usado para testar essa medicação”, alerta, acrescentando que sua secretaria já foi obrigada a comprar remédios que tinham eficácia comprovada em apenas 20% dos casos.

Segundo o subsecretário, há também a pressão sobre a agilidade na aquisição dos medicamentos. Muitas vezes as ações ordenam que o fornecimento se dê de forma imediata, estabelecendo até mesmo multas por dia de atraso. As determinações nem levam em conta que muitos desses remédios são importados — o que demanda certos trâmites burocráticos. Além disso, os gestores se vêem forçados a pressionar a Anvisa para liberar os produtos não-registrados, a fim de não infringirem a Lei 6.360, de 1976, que proíbe “industrialização,

exposição à venda ou entrega ao consumo no país de qualquer medicamento sem o prévio registro no Ministério da Saúde”. Nenhuma multa, por enquanto, foi aplicada no DF. Mas o temor permanece.

SITUAÇÃO ESQUISITA

Outra questão grave é que a enxurrada de ações expõe o SUS à atuação de médicos e advogados corruptos. No Distrito Federal, a colaboração entre o Ministério Público e uma CPI da Câmara Distrital, que investiga corrupção na saúde brasileira, levou à descoberta de uma situação no mínimo esquisita, envolvendo o medicamento Cetuximab, para tratamento de câncer. Uma ação judicial obrigou a Secretaria de Saúde a importar 36 ampolas do remédio, ao custo de R\$ 196 mil. Quando o medicamento chegou, porém, o paciente já havia morrido. E as ampolas foram parar na clínica particular do então diretor de oncologia da Secretaria de Saúde do DF.

A justificativa foi, se não convincente, criativa. “Disseram que a clínica havia feito uma permuta com a Secretaria de Saúde e que trocou os remédios por outros que a secretaria necessitava, mas documentos que comprovassem essa parceria nunca apareceram”, contou a *Radis* o promotor Jairo Bisol, titular da Promotoria de Defesa da Saúde (Pro-SUS), do Ministério Público do DF.

De acordo com Jairo, a maioria das ações por medicamentos no DF é movida por advogados particulares. Na ótica do promotor, a proliferação dessas ações tem como principal motivo o tão comentado subfinanciamento da saúde no país. Mas ele considera que o excesso de liminares desestrutura o SUS, e que é necessário maior preparo e precaução dos juizes para tomarem decisões nessa área, como a exigência de perícias, por exemplo. Assim como Claudia Osorio, Jairo acredita que o juiz não deve simplesmente lavar as mãos e decidir de forma solitária. Precisa ouvir técnicos que amparem sua decisão sob diversos aspectos, entre os quais a permissão de venda e uso de determinados medicamentos.

NOMES COMERCIAIS

As críticas a médicos e juizes não param na questão dos medicamentos excepcionais e dos não-registrados. Há também o problema de profissionais que, mesmo no SUS, usam os nomes comerciais de medicamentos básicos em suas prescrições. Paulo Picon afirma que é impossível estabelecer fluxo



de compra e estoque se o gestor é obrigado, como tem sido, a atender a demandas administrativas e judiciais de nomes comerciais. “É um absurdo, hoje são 18 mil apresentações comerciais no Brasil”, diz. “Se não nos atualizarmos e não exigirmos os nomes genéricos, a denominação comum brasileira (DBC) para dispensação e compra no SUS, não é possível administrar isso”. Na falta de denominação brasileira, deve ser usada a denominação comum internacional (DCI).

A prescrição de nomes comerciais no âmbito do SUS vai contra os artigos 3º e 4º da Portaria nº 1.587, de 2002, que atualiza a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Nessa relação estão contemplados os medicamentos que dão conta da maior parte das enfermidades que atingem a população. A Rename tem como uma de suas fontes a lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, de aproximadamente 300 remédios. “Com eles, atenderíamos a 98% dos agravos da população”, diz Picon, ressaltando que o respeito às listas é fundamental para o estabelecimento do uso racional de medicamentos no país.

Mas o fenômeno das ações por medicamentos tem outros aspectos que precisam ser considerados. O surgimento de demandas judiciais por remédios do âmbito da Atenção Básica, por exemplo, indica sérios problemas de gestão, além dos apontados pelo Conass. Estados e municípios não abrem concursos para pessoal especializado com a frequência que deveriam, e a assistência farmacêutica é muitas vezes entregue a pessoas despreparadas ou incompetentes, principalmente nos municípios. “Muitas vezes é um amigo, um recém-formado que é contratado para a área, e ele não tem noção do que precisa fazer, não consegue se esclarecer, não tem informação, não tem nenhuma prática”, aponta Claudia.

DESCOMPROMISSO E MÁ-FÉ

Para ajudar os responsáveis pela assistência farmacêutica nas secretarias estaduais, o Conass publicou, em 2004, dois guias sobre gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, na série Conass Documenta (números 3 e 5), disponíveis no site da entidade (www.conass.org.br). O Portal de Medicamentos da Organização Pan-Americana da Saúde (www.opas.org.br/medicamentos) também disponibiliza importante material sobre uso racional de medicamentos. Lá estão os PCDT e o livro *Assis-*

tência farmacêutica para gerentes municipais, organizado por Nelly Marin, Vera Lucia Luiza, Claudia Osorio de Castro e Silvio Machado dos Santos.

Não são poucas as ocasiões em que o desabastecimento de medicamentos, a exemplo de outros problemas do SUS, deve-se a descompromisso ou mesmo má-fé do gestor com o sistema. Na opinião do juiz federal Flávio Dino de Castro e Costa, secretário-geral do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), situações desse tipo influenciam a visão que muitos magistrados têm do problema.

“Normalmente, os juízes teriam que presumir que as decisões administrativas dos gestores são corretas”, diz o juiz. “Mas o caos no atendimento é tão grande, notório e crônico que causa um sentimento de aversão ao sistema”. Isso faz com que a percepção social da questão por parte do juiz seja desfavorável, e o leve a presumir o oposto. “A idéia é que, já que o atendimento não funciona no geral, então pelo menos naquele caso, que está nas mãos dele, vai ter que funcionar”, explica.

A MELHOR ABORDAGEM

Flávio Dino esclarece que as decisões judiciais têm motivações não apenas jurídicas, mas sociológicas e psicológicas. Nem por isso são ilegítimas, ao contrário do que muita gente pensa. “A lei é um texto sujeito a interpretação, e esses fatores têm influência, sim, até porque têm amparo na realidade”, afirma. Ele concorda parcialmente com as críticas feitas ao Judiciário. Mas lembra que as primeiras decisões que deferiram fornecimento de anti-retrovirais para doentes de Aids foram, na época, taxadas de abuso pelos gestores. Hoje, no entanto, todos entendem que foram corretas.

Pelo que Flávio tem ouvido dos colegas, não é o argumento econômico que vai sensibilizar os juízes, porque é de conhecimento geral que há muito dinheiro sendo mal gasto no país. “Há quem diga: não existe dinheiro para pagar convocação extraordinária do Congresso à toa? Então tem que ter para o remédio também”. Ele considera que a melhor abordagem é mostrar a ineficácia do medicamento, o risco que ele pode trazer ao paciente, o uso daquela pessoa como cobaia pelos laboratórios.

Difícil não considerar o problema da sustentabilidade do SUS, quando se sabe que o estado de São Paulo,

por exemplo, teve gastos estimados em R\$ 560 milhões com fornecimento de medicamentos de alto custo em 2005 apenas com os pacientes cadastrados, não-contabilizados aí os recursos despendidos para atender outras 10 mil pessoas que receberam medicamentos por meio de ações. E que no Distrito Federal as 13 ordens judiciais que a Secretaria de Saúde teve que atender para compra de medicamentos, no ano passado, totalizaram mais de R\$ 1,1 milhão, resultando numa média de quase R\$ 100 mil por paciente.

“O SUS VAI QUEBRAR”

Diante disso, o subsecretário José Maria faz um diagnóstico preocupante: “Se a Justiça não compreender esse problema, o SUS vai quebrar”. Não é à toa que essas verbas tenham sido alvo de muita polêmica na discussão do relatório setorial da Saúde do Orçamento 2006. No entendimento do secretário, esse quadro é mais complicado do que pode parecer. “Não podemos cercear o juiz e muitas vezes não podemos nem orientá-los”, diz. Por isso, entre as iniciativas para tentar evitar tal cenário está o encaminhamento dessas ações à Procuradoria do DF, sempre que elas chegam. José Maria acredita que a solução passa por ações e entendimentos entre o Ministério Público, o Ministério da Saúde, a Anvisa, os tribunais de Justiça e conselhos regionais e federal de Medicina.

Flávio Dino, por sua vez, reconhece que há muita “intolerância recíproca” entre gestores e juízes, e defende maior aproximação entre eles, mas de modo organizado. “Não adianta apenas o gestor ter uma conversa com o presidente do Tribunal de Justiça do estado”, diz. “O Ministério da Saúde e os conselhos de gestores devem provocar formalmente o CNJ, propondo ações, políticas e boas práticas que possamos coordenar e disseminar em todo o país”, sugere.

O importante é que seja um sistema institucionalizado e eficiente, proposto pelos governos, diz ele. Uma idéia seria promover parcerias do Judiciário com instituições especializadas. Ou criar, em cada comarca, uma comissão técnica de referência que dê pareceres ágeis sobre as ações por medicamentos.



ENTREVISTA

Antônio Ivo de Carvalho

“A eqüidade é o motor do desenvolvimento”

O médico-sanitarista Antônio Ivo de Carvalho, diretor eleito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) no primeiro semestre de 2005, recebeu a equipe do RADIS no fim do ano para uma conversa de duas horas, em que tratou de temas da saúde e da formação de profissionais, foco de sua especialidade – políticas e gestão de sistemas de saúde – e objeto das posições que a escola vem adotando no cenário atual. Formado pela UFRJ, mestre em Ciências pela Ensp, seu trabalho acadêmico gira em torno do eixo “Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade”, sobre o qual tem publicado diversos estudos.

Antônio Ivo falou sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro, que voltou às manchetes nos últimos meses, e também do esforço de contribuição da Ensp para a solução dos problemas, para o avanço do SUS e para o alargamento do campo da Reforma Sanitária Brasileira.

Em dezembro, Antônio Ivo esteve em Angola para debater os detalhes da criação de um curso de Mestrado em Saúde Pública para países africanos de língua portuguesa; antes, em agosto, participou na Costa Rica da Oficina de Trabalho sobre Recursos Humanos para a Saúde Pública, na perspectiva da contribuição da saúde para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da ONU. No encontro, iniciativa da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública em colaboração com a Opas/OMS, os brasileiros defenderam que as metas do milênio, entre as quais a redução da mortalidade infantil e materna, não dependem apenas de procedimentos de saúde, mas da

reorientação do modelo de desenvolvimento, de modo que ele seja redutor e não produtor de desigualdades. Mais ainda, disse Antônio Ivo, hoje se sabe que “eqüidade é o motor do desenvolvimento.”

A crise da saúde no Rio de Janeiro voltou às manchetes em 2005. Por quê?

Entre outras razões, houve no Rio uma quebra explícita do pacto político entre as esferas gestoras, que é uma condição de existência do SUS. Sem co-responsabilidade pactuada entre as esferas não há SUS, não há rede assistencial integrada, e sim uma prestação errática e desorganizada de serviços que não melhora a saúde da população. E desperdiça recursos. Na verdade, a crise assistencial gerada pela falência de hospitais federais municipalizados, por inanição financeira, fruto da renúncia do município do Rio em administrá-los, não foi contida pela intervenção federal que, intempestiva, aliviou a prestação dos serviços, mas perpetuou a crise política e não tocou nos problemas de fundo.

Com a mudança do ministro, em julho de 2005, o governo federal reconheceu a dívida financeira com o município e restaurou a governabilidade mínima para o enfrentamento da crise. Convocada pelo ministro Saraiva para mediar e subsidiar tecnicamente a repactuação entre as três esferas gestoras, a Ensp/Fiocruz passou a atuar sistematicamente em dois planos, ambos críticos para a superação da impotência estrutural do sistema e ambos cruciais para a agen-



C.P.

da de repactuação entre as esferas: a gestão hospitalar em si e a gestão da rede metropolitana (onde tem de se dar a integração de todas as unidades assistenciais).

Como se estruturou essa integração?

A partir da iniciativa de reunir as três esferas de governo, federal, estadual e dos 20 municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (*Radis* nº 40), foram estabelecidas por consenso duas inovações principais: a primeira foi a criação de um comitê gestor metropolitano, do qual participam as três esferas; a segunda foi a criação, no âmbito federal, de uma estrutura gestora dos hospitais federais (que não existia, já que os hospitais eram municipalizados, e não federais). Isso não estava previsto no desenho original do SUS. O previsto, em cada estado, era a comissão bipartite, metade de representantes do estado, metade do município, sem participação federal.

Dada a profundidade da crise e as características da região, estabeleceu-se essa formação institucional especial de natureza tripartite.

Como se dá a participação da Ensp?

Recebemos do ministro Saraiva Felipe a função de órgão assessor do Ministério da Saúde nos comitês. Temos dois grupos: o de gestão hospitalar, que ajuda na coordenação dos hospitais federais, e o grupo de gestão do sistema, que ajuda na coordenação metropolitana, na organização da atenção básica e na gestão integrada da rede assistencial metropolitana. No primeiro grupo, nosso papel é elaborar proposta de novo modelo de gestão, ou de governança, como se diz hoje, para os hospitais. Experiências exitosas em todo o mundo e mesmo no Brasil mostram que o hospital moderno precisa trabalhar com padrões de gestão autônoma e flexível, de modo a tornar ágeis e eficientes os processos de compras, manutenção e gestão de pessoal, ao mesmo tempo em que valorize o desempenho de profissionais e equipes. Deve trabalhar então com acordos ou contratos de metas, estabelecidos internamente entre as clínicas e externamente com outras unidades, e o desempenho será determinante para a distribuição dos recursos financeiros. Na verdade, são mudanças de vulto que requerem inclusive alterações na legislação e mudanças culturais.

Precisamos de hospitais vinculados a um sistema de Atenção Básica que resolva os problemas onde as pessoas moram

E o segundo grupo?

O hospital deve trabalhar inserido no sistema assistencial como um todo, atendendo suas necessidades de ações mais complexas e caras. Aqui entra o trabalho do segundo grupo, que é o de cuidar da integração do sistema metropolitana. No caso do Rio, há um grande déficit de oferta quantitativa e qualitativa de atenção básica. Podemos abastecer adequadamente o

hospital, alocar profissionais de saúde suficientes e ainda assim ele entrará em colapso ciclicamente se não estiver associado a um sistema eficiente que atenda a demanda da população em suas necessidades básicas. O hospital não é bom em si próprio, é bom na medida em que consegue resolver os problemas mais complexos de um sistema que acolhe e maneja os pacientes segundo suas necessidades, otimizando os recursos disponíveis.

Isso exige uma gestão do sistema metropolitano, no qual a atenção básica deve estar disponível em quantidade e qualidade adequadas, e os hospitais devem estar organizados em consórcios, centrais de leitos etc., de modo a servirem de referência organizada para os casos graves. O leito e os recursos hospitalares não pertencem a um hospital, mas devem servir racionalmente ao sistema de saúde. Devem ser operados sistemicamente por uma inteligência reguladora, a exemplo do Samu, que já traz o paciente para uma vaga certa. Essa é uma das propostas mais importantes da repactuação.

E por que a demora na solução dos problemas?

Uma nova base conjuntural política não faz mágica. Iniciou-se um trabalho de reformulação do desenho e dos mecanismos de gestão do sistema. Por exemplo, um dos problemas críticos, já identificados no primeiro

As metas do milênio

Eradicar a miséria e a fome da vida de 1,2 bilhão de pessoas.

Universalizar o ensino básico universal.

Promover a igualdade de oportunidades entre os sexos e a autonomia das mulheres.

Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Promover a saúde materna, reduzindo em três quartos a mortalidade das mães no parto.

Combater o HIV/Aids, a malária, a tuberculose.

Garantir a sustentabilidade ambiental, com melhoria das condições de vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados.

Estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento, atendendo às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.

semestre de 2005, é que não adianta o hospital em bom funcionamento sem um sistema de atenção básica resolutivo e universal. O déficit metropolitano é grande e desigualmente distribuído na região. Isso não se supera da noite para o dia. Depende da ação do conjunto dos municípios. Depende de investimentos, de obras físicas, de contratação de pessoal. E sobretudo de um processo continuado e forte de pactuação política e de ação governamental. Aí o papel da população como protagonista de mudanças torna-se muito importante.

E o gestor, como responsabilizá-lo?

Hoje há diversos estudos, até teses, sobre isso: o SUS constituiu direitos, mas não construiu mecanismos de garantia desses direitos. O punido hoje é a população.

A Lei de Responsabilidade Sanitária estava no caminho errado?

Ela apontava a responsabilidade pessoal do gestor. Hoje, o que existe no SUS é o seguinte: o gestor gere mal os recursos disponíveis, então a instância gestora maior retira esses recursos. Ou seja, quem perde é a população. A lei de responsabilidade sanitária, que começou a tramitar mas foi temporariamente retirada, responsabilizaria diretamente o gestor. O que se criticou é que estava centrada demais na punição da pessoa, e não em mecanismos de garantia de direitos. Eu, pessoalmente, acho isso melhor do que nada. É preciso trazer à cena novamente essa idéia da responsabilidade sanitária, que é ainda um "buraco negro" no SUS.

Então, qual a saída?

Na verdade, estamos sem instrumentos legais de garantia de funcionamento do SUS. Chega-se ao limite da responsabilização e esbarra-se na política econômica que prioriza a formação do chamado superávit primário. Não se tem mais recursos para a saúde porque se está guardando dinheiro para pagar os juros da dívida. Então, o que se acaba gastando com saúde no país é irrisório. A questão da ineficiência, de gastar mal deve certamente ser combatida, mas é preciso ter uma visão mais ampla sobre a questão dos recursos necessários à saúde.

Como foi o encontro na Costa Rica?

Especialistas de 12 países das Américas propuseram políticas para a formação de recursos humanos

e para a construção de competências profissionais para alcançar as Metas do Milênio, estabelecidas pela ONU em setembro de 2000 (ver quadro). A posição brasileira foi a de enfatizar que as metas do milênio só podem ser alcançadas com um novo modelo de desenvolvimento. Atingir as metas do milênio, como a diminuição substantiva da mortalidade infantil e materna, não depende essencialmente de procedimentos nos serviços de saúde, mas sim de reorientação do modelo de desenvolvimento. Ou seja, do combate à pobreza e às iniquidades sociais.

“ É preciso adotar modelos de desenvolvimento que gerem a saúde como uma das riquezas, e não a riqueza às custas da saúde ”

As diferenças sociais determinam as taxas ainda vergonhosas em grande parte do mundo. Temos lugares no Brasil em que taxas de saúde são semelhantes às da Bélgica, em outras, semelhantes às da África subsaariana. Isso não depende simplesmente da ampliação dos serviços de saúde. Se temos acesso à água, ao esgotamento sanitário, à educação, entre outros fatores, as taxas de saúde melhoram.

Há razão para otimismo na área social?


Hoje, existe uma onda mundial de perda de credibilidade do modelo neoliberal de valorização absoluta do crescimento econômico, do monetarismo, do aperto fiscal, em detrimento da necessidades de pro-

teção social. Esse modelo agravou a pobreza e aumentou as desigualdades em todo o mundo. Muito com base no pensamento do economista indiano Amartya Sen, Prêmio Nobel [*Economia*, 1998], ganha força a idéia oposta de desenvolvimento, ou seja, o desenvolvimento econômico como fruto virtuoso do desenvolvimento social. Assim, a produção da saúde e diminuição das desigualdades seriam motores, e não resultado (esperado e nunca alcançado) da economia. Um sinal importante é que o Relatório 2006 do Banco Mundial tem como tema "Equidade e desenvolvimento", assumindo de forma explícita uma mudança de visão nos termos dessa equação. A conferir.

E agora temos o Comitê de Determinantes Sociais de Saúde...

Sim. O Comitê de Determinantes Sociais de Saúde, criado em março de 2005 pela OMS, reúne 18 personalidades internacionais, numa iniciativa inédita de, em três anos, pela mobilização e o debate nos países, gerar uma agenda internacional de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Mas o diagnóstico já está feito: o principal problema são as desigualdades que colocam sobre a saúde dos pobres o maior ônus dos riscos decorrentes do atual modelo de desenvolvimento. Segundo a comissão, as desigualdades são injustificáveis, são resistentes a políticas compensatórias e aos avanços tecnológicos. O Brasil é um caso típico. Cresce economicamente, mas a desigualdade cresce também, continuamente.

Também a realização em agosto deste ano, no Rio de Janeiro, do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, com o tema *Saúde Pública em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas*, poderá ser uma boa oportunidade de avançar nesse ideário.

O desafio, então, de formar recursos humanos com competência para alcançar as metas do milênio exige uma compreensão bem ampla de formação política e técnica, para a cidadania, de sujeitos de diversos níveis na sociedade, da esfera pública e privada, de outros profissionais ligados à saúde, e dos cidadãos em geral. As metas de desenvolvimento do milênio são tarefas da política, e não só da saúde. 

(Participaram Aristides Dutra, Claudia Rabelo Lopes, Katia Machado, Marinilda Carvalho e Rogério Lannes Rocha)

PARTO HUMANIZADO

Harmonia ao dar à luz. É possível?

O Ministério da Saúde está implementando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, promovendo a formação de enfermeiras obstetras, autorizadas a fazer partos de baixo risco sem a presença de médico, e tem oferecido cursos a parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste e nas áreas quilombolas. É um início, mas ainda distante do chamado parto humanizado, comum em países desenvolvidos como Suécia, Holanda, Alemanha, França e Canadá. O Brasil seguiu o paradigma americano, que é o da medicalização do parto e do nascimento, com foco na tecnologia, em intervenções e procedimentos custosos, mais convenientes para a equipe médica do que para a parturiente e a criança.

Em sua vivência profissional, a especialista em Saúde da Mulher e pediatra Maria José de Araújo viu tanta agressividade nas salas de parto que decidiu não ter filhos. Ela fez essa revelação na 2ª Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, em dezembro, no Rio de Janeiro. A maioria dos relatos ouvidos nos quatro dias do evento, porém, eram bem diferentes das histórias que muitas mães têm para contar, e que deixam qualquer um apavorado apenas de ouvir a expressão "parto normal". Porque, em vez de agressividade, medo e sensação de desamparo, os relatos de partos humanizados falavam de acolhimento, introspecção, harmonia consigo mesma e até de prazer ao dar à luz. Será possível?

O Brasil chegou a ser o campeão de cesarianas no fim dos anos 80, com o assustador índice de cesáreas ultrapassando 80% do total de partos. Diante desse quadro, alguns profissionais de saúde começaram a reagir. Em 1993, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que organizou a primeira conferência em 2000 e foi também responsável pela promoção desta segunda, cinco anos depois.

Algumas vitórias importantes já podem ser contabilizadas. O SUS adotou um limite para o pagamento de cesáreas, reduzindo drasticamente seu uso nos serviços públicos de saúde. Em

7 de abril de 2005 entrou em vigor a Lei 11.708, da senadora Ideli Salvatti (PT-SC), dando às mulheres o direito a acompanhante de sua escolha antes, durante e após o parto. Alguns municípios criaram as Casas de Parto, fora do ambiente hospitalar.

AINDA EXCEÇÃO

Mas parto e nascimento humanizado ainda é a exceção. Daí a importância da conferência, que reuniu profissionais do Brasil e de fora para troca de experiências e elaboração de propostas que agilizem a mudança do paradigma e da cultura dominante quando o assunto é dar à luz.

Um dos maiores críticos da medicalização do parto é o perinatologista e epidemiologista perinatal americano Marsden Wagner, escolhido presidente de honra da conferência. Por 15 anos ele foi responsável pela saúde materno-infantil no escritório europeu da OMS. Em sua palestra na conferência defendeu o trabalho das parteiras e ressaltou a importância da difusão de boa informação sobre o assunto. Conhecedor do Brasil, afirmou que 1.500 mulheres morrem a cada ano no país por complicações relacionadas a gravidez e parto. E pelo menos 500 delas morrem por causa de cesarianas desnecessárias.

É claro que parto humanizado supõe a mãe saudável, com gravidez de baixo risco. Mas mesmo nos casos em que a cesariana é imprescindível ou que a mulher opta, esclarecidamente, pela cirurgia é possível tornar o procedimento mais humanizado. Com a presença, por exemplo, de uma *doula* — acompanhante treinada para dar apoio emocional e orientação à parturiente.

O MOMENTO CERTO

Marsden disse que, numa cesárea, se o médico aguarda até que a mãe entre em trabalho de parto diminuam os riscos de problemas para o bebê.

Mas com frequência não se espera esse momento: quem determina a hora é a agenda do médico. Ao jogar por terra vários argumentos geralmente usados a favor das cesarianas, Marsden também se queixou da falta de informação para a população sobre os riscos dessa e de outras intervenções no parto. "As brasileiras não são informadas sobre esses riscos, que não são apenas de morte, mas também de lesão de órgãos da mãe, de redução da possibilidade de ter outro filho, de problemas num próximo parto", disse ele.

Para o perinatologista, usar parteiras é uma maneira de reduzir o número de cesáreas desnecessárias. Nos países em que a medicalização é mais radical — Brasil, Estados Unidos e Rússia —, as parteiras quase desapareceram, e a taxa de cesarianas é mais alta. No Brasil, com todo o controle do serviço público, a média geral de cirurgia chega ainda a 40%; nos hospitais privados, entre 80% e 90% dos partos são cesáreas.

As taxas de cesáreas em nosso país não têm amparo nem em evidências científicas nem no respeito à vontade das mães. "Não aceite que ninguém lhe diga que esse alto índice de cesáreas no Brasil é por-

que as mulheres que-

rem", alertou Marsden.

"Há estudos mostrando que, quase sempre, essas cirurgias são feitas contra a vontade das mulheres".

De fato, pesquisa publicada por Potter e Berquó no *British Journal of Medicine* (2001)

mostrou que a taxa de cesarianas não-desejadas

pelas pacientes no Brasil chega a 31% nos hospitais públicos e a 72% nos privados.

"Os médicos substituíram as parteiras sob a alegação de que assim seria mais seguro", disse. "A ciência provou que para os partos normais de baixo risco as parteiras são opção mais segura do que os médicos, porque são menos intervencionistas, e agora temos boa evidência científica de que é tão seguro, ou mais, dar à luz fora de hospitais". (C. R. L.)



A.D.

SERVIÇO

EVENTOS

SEMINÁRIO NACIONAL
DE EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO
À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

A Prefeitura Municipal de Curitiba e o Ministério da Saúde promovem em maio o Seminário Nacional de Experiências na Atenção à Violência Doméstica e Sexual – Conquistas, Desafios e Proposições, cujo objetivo é debater as políticas e as ações de atenção e prevenção da violência doméstica e sexual. A intenção dos organizadores é que as diversas esferas do poder público – municipal, estadual e federal – situem a violência doméstica como tema obrigatório nas políticas sociais.

Data 24 a 26 de maio

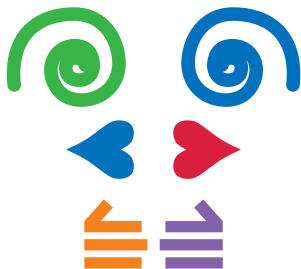
Local Centro Universitário Positivo, Curitiba, PR

Mais informações

Fax (41) 3350-9433

E-mail seminario.violencia@sms.curitiba.pr.gov.br

Site www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/seminario/seminario_violencia.htm

16ª CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL DE AIDS

Reforçar o compromisso e a participação de todos os envolvidos na luta contra a Aids é o objetivo da conferência, de 13 a 18 de agosto, no Canadá. Organizado pela Associação Internacional de Aids, reunirá pesquisadores, profissionais de saúde, sociedade civil, governos, ativistas, indústria, mídia e pessoas vivendo com HIV/Aids em torno do tema Hora de Agir (Time to Deliver). A conferência anterior, em Bancoc, Tailândia, em 2004, teve 20 mil participantes.

Data 13 a 18 de agosto

Local Toronto, Canadá

Mais informações

Site www.aids2006.org

INTERNET

O SUS DE A A Z

O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) lançaram em janeiro a versão eletrônica da publicação *O SUS de A a Z*, manual que procura auxiliar o gestor no entendimento dessa complexa rede de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços que compõe o Sistema Único de Saúde.

Para baixar <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

PUBLICAÇÕES

AMAZÔNIA E LUTA

Araguaia-Tocantins: fios de uma história camponesa, do jornalista Rogério Almeida, mestrando do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará e colaborador do MST-PA, reúne em nove capítulos histórias da violência contra trabalhadores rurais e defensores da reforma agrária no Bico do Papagaio (região encravada a norte do Tocantins, sul do Pará e oeste do Maranhão), território de sangrenta disputa pela terra e seus recursos naturais. O livro é uma coedição Fórum Carajás, CPT Balsas/MA e Coopast. Entidades do movimento social podem receber o livro gratuitamente.



Guerra Amazônica – O jornalismo na linha de tiro (de grileiros, madeireiros, intelectuais, etc. & cia.), da Edição Jornal Pessoal, é um resumo das quatro décadas de militância do jornalista paraense Lúcio Flávio Pinto em defesa da Amazônia. Seu *Jornal Pessoal*, que publica há 18 anos, recebeu-lhe prêmios, mas também pro-



cessos na Justiça – e atentados. No livro ele fala das perseguições que sofreu por mergulhar fundo nos problemas da Amazônia, essa terra fascinante que “ninguém entende”. Segundo ele há, no inconsciente coletivo, a presunção de que a floresta vai acabar e logo a Amazônia se normalizará, ficando igual a todas as regiões desmatadas do planeta. “Como sempre foi e será na mentalidade do *homo agrícola*, fazedor de desertos”, diz. Mal se percebe que a Amazônia é nossa última oportunidade de instaurar a civilização florestal, única na história da humanidade, alerta. “Por amarga ironia, porém, somos o povo que mais desmatou em todos os tempos.”

HISTÓRIA DA SAÚDE

O volume 12 nº 3 da revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, publicação da Casa de Oswaldo Cruz, traz o dossiê *Pestilências e curas da medicina quinhentista*, sobre dois documentos medievais: o “Modus curandi cum balsamo” (a respeito de curativos e tratamento de feridas internas) e o “Regimento proveitoso contra a pestença” (fruto de releituras medievais de textos médicos). Os documentos constituíam a biblioteca médica disponível em Portugal no começo do século 16. **F**



Fórum Carajás

Tel. (98) 3249-9712

E-mail www.forumcarajas.org.br

Edição Jornal Pessoal

Tel. (91) 3241-7626

E-mail jornal@amazon.com.br

Casa de Oswaldo Cruz

Av. Brasil 4.365 (Prédio do Relógio)

Cep 21040-900 Manguinhos, Rio, RJ

Tel. (21) 2209-4111

Fax (21) 2598-4437

E-mail hscience@coc.fiocruz.br

Site www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm

PÓS-TUDO

No Rio, o terrorismo contra a pobreza



Júlia Gaspar*

O medo que as crianças tinham do bicho-papão caiu em desuso; o monstro da vez é o *Caveirão*. Mas este não foi extraído de um conto de fadas. É algo bem verdadeiro e assustador até para adultos: trata-se de um carro blindado do Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar (Bope) do Estado do Rio que tem o desenho de uma caveira com duas pistolas cruzadas e uma faca enfiada na cabeça, além de uma série de fuzis que dão tiros para todos os lados.

Esse típico veículo de guerra entra nas favelas do Rio de Janeiro todos os dias com um altofalante que faz ameaças aos moradores: "Sai da rua"; "Vai dormir"; "Vim buscar sua alma". Quem é pego de surpresa pode ser morto na tentativa de se esconder.

Essa conduta da polícia militar carioca está mobilizando movimentos sociais e Organizações Não-Governamentais (ONGs), como a Anistia Internacional, o Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Petrópolis, a Justiça Global e a Rede de Comunidades e Movimentos Contra a Violência. Juntas, essas entidades preparam um abaixo-assinado que reivindica à governadora do Estado do Rio, Rosinha Matheus (PMDB), a suspensão do *Caveirão*, definindo-o como um "instrumento de terrorismo, inconstitucional e contrário aos mais elementares direitos humanos". Além das assinaturas no Brasil, a governadora vai receber de 72 países cartões-postais com a foto do *Caveirão* e um texto de repúdio ao veículo.

Até o momento, a Polícia Militar tem oito blindados deste tipo — três de uso do Bope e cinco dos comandos regionais. O tenente-coronel Aristeu Leonardo Tavares, chefe do setor de Relações Públicas da PMRJ, afirma que a experiência trouxe resultados tão compensatórios que a PM de outros estados busca implementar o sistema. Ele também diz que o *Caveirão* é uma das causas

da diminuição drástica do número de policiais mortos em serviço. Mas Marcelo Freixo, da ONG Justiça Global, argumenta que a quantidade de civis mortos pela PM aumentou muito e acusa a polícia do Rio de Janeiro de ser a mais violenta do mundo.



Muitas das mortes causadas por policiais são registradas como "auto de resistência", que significa que supostamente o indivíduo morreu em confronto com a polícia. O sociólogo Ignacio Cano, professor de Metodologia das Ciências Sociais da Uerj, pesquisou e constatou que em 70% dos casos registrados como "auto de resistência" os tiros foram dados pelas costas e a curta distância. Como não há ninguém que troque tiros de costas, foram, na realidade, execuções sumárias. Na maioria dos casos, cabe apenas à família provar a inocência do morto. O confronto fica resumido à palavra do morador do morro versus a palavra do policial.

A maioria das vítimas da violência policial é de moradores de favela. E, apesar de os bandidos serem minoria nas favelas (no Rio de Janeiro como em outras metrópoles), isso é o suficiente para legitimar, nas políticas de segurança pública, a criminalização de toda uma comunidade. "Ocorre que não está se criminalizando o crime, mas sim a pobreza", afirma Marcelo Freixo.

O ativista também critica o "mandado de busca genérico", instrumento pelo qual um juiz autoriza a polícia a entrar na casa de qualquer pessoa numa comunidade inteira. Ou seja, toda a favela é suspeita. A justificativa que consta de um desses mandados é mais do que preconceituosa: "Para contribuir com os incorruptíveis policiais do RJ (...) e combater o lixo genético da sociedade".

O conceito de que bandido e favelado são sinônimos começa nas músicas cantadas durante o treinamento da divisão de elite do Bope. O relatório "Eles entram atirando", divulgado pela Anistia Internacional, mostra a letra de algumas dessas canções: "O interrogatório é muito fácil de fazer / pega o favelado e dá porrada até doer / O interrogatório é muito fácil de acabar / pega o favelado e dá porrada até matar". Outra: "Bandido favelado / não varre com vassoura / se varre com granada / com fuzil, metralhadora".

"A primeira coisa que a polícia faz é acusar as pessoas de traficantes, e a mídia reproduz", diz Deley, morador da Favela de Acari, no Rio. Deley é professor de futebol e lembra que estava em aula com seus alunos quando ouviram que o *Caveirão* estava subindo o morro. "Todos correram, apavorados". Ele lembra também de uma das vezes em que a polícia invadiu a favela, porque, disseram, os traficantes não tinham pagado a propina dos policiais. Em represália, os PMs mataram um garoto, prenderam à frente do *Caveirão*, rodaram pela área esperando o dinheiro e ameaçaram colocar mais cinco corpos em cima do blindado. Para Marcelo Freixo, a luta pelos direitos humanos é pedagógica, é a construção de uma cultura de direitos. Por isso, a campanha contra o *Caveirão* critica a política de segurança pública e leva a sociedade a discutir a realidade em que vive. F

* Estudante de Jornalismo; texto publicado originalmente no jornal Brasil de Fato.



1909



1912



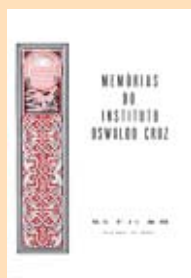
1940



1950



1972



1976



1980



1989



1994



2006

Desde 1909 em dia com o conhecimento científico.

Considerada pela Science Citation Index e pelo Bioline como
uma das mais consultadas revistas internacionais online

