

NESTA EDIÇÃO

**8º ABRASCÃO**

Um pequeno guia para acompanhar os debates no RioCentro

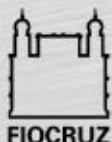
**22º CONASEMS**

Carta de Recife: Por um SUS fiel aos princípios da reforma sanitária

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 48 • Agosto de 2006

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

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

Impresso Especial

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



## Que crise é essa?

Previdência tem saldo positivo, mas desvios do orçamento privilegiam o capital financeiro

# Para desatar os nós da vigilância



Wagner Vasconcelos

A saúde tem mais nós do que percebe. Nosso vão cotidiano – por exemplo, na área da vigilância sanitária. Mapeá-los para ajudar o profissional do setor a desatá-los é o espírito do livro *Questões atuais de direito sanitário*, lançado em junho em Brasília. O livro reúne artigos de formandos do Curso de Especialização em Direito Sanitário, que tiveram como desafio transformar em capítulos suas monografias de conclusão.

Organizado pela advogada Maria Célia Delduque, especialista em Direi-


to Sanitário que na Fiocruz-Brasília – organizadora do curso – coordena o Programa de Direito Sanitário, o livro trata de variadas questões. O primeiro capítulo é dedicado, por exemplo, ao papel do Ministério Público no campo do direito sanitário, um aliado combatente do setor. “Descerram as portas da promotoria, controlam os recursos públicos e responsabilizam o Estado por sua má atuação em relação à saúde (...)”, diz um trecho desse capítulo, co-autoria de Maria Célia e Mariana de Carvalho Oliveira, também especialista da área.

No segundo capítulo – “A contaminação mercurial dos rios brasileiros e o direito da população à saúde e a um meio ambiente equilibrado” –, Paulo Humberto de Lima Araújo, médico-veterinário e fiscal federal agropecuário, apresenta alternativas para a redução dos danos ambientais causados pelo mercúrio, tratando ainda das normas sanitárias e até do direito do cidadão de consumir alimentos seguros.

O quarto capítulo traz um tema aparentemente prosaico, o dos salões de beleza e as exigências para seu funcionamento. Nos dias atuais, em que a preocupação com a aparência se tornou obsessão, a abordagem é pertinente. Com as novas técnicas de embelezamento, “os salões de beleza podem contribuir significativamente no processo de saúde-doença da população”, justifica a autora, a psicóloga Maria das Graças Machado de Britto, es-

pecialista em saúde coletiva pela UnB e em Direito Sanitário pela Fiocruz, além de inspetora de Atividades Urbanas da Vigilância Sanitária do DF.

Um dos assuntos mais polêmicos da área não poderia ficar de fora. No sexto capítulo, o bioquímico Gilberto Amado Pereira Alves Filho, ex-coordenador da Visa/DF, trata da vigilância sanitária de medicamentos e da legislação federal relativa à responsabilidade técnica de farmácias e drogarias. Aponta, também, as condições de licenciamento e de funcionamento desses estabelecimentos. Os dados sempre surpreendem (*Radis 29*): o Brasil tem 3,2 “estabelecimentos de dispensação de medicamentos”, na linguagem oficial, para cada grupo de 10 mil habitantes, quando a relação recomendada pela OMS é de 1/10 mil. Talvez mais grave seja constatar que apenas 20% das 54.800 farmácias brasileiras tenham à frente farmacêuticos. As demais “são administradas por pessoas que não dispõem de conhecimentos técnico-científicos que possibilitem a compreensão exata dos riscos inerentes da atividade”, alerta o texto.

*Questões Atuais de Direito Sanitário* tem tiragem inicial de 500 exemplares, produzidos pelo Ministério da Saúde e a Fiocruz, e sua distribuição, gratuita, atenderá às secretarias estaduais de saúde de todo o Brasil, bem como entidades da vigilância sanitária. 

## Argumentos raros

O destaque desta edição é sem dúvida a matéria sobre o sistema de Previdência Social, aqui focado pelo ângulo da Seguridade Social concebida na Constituição de 1988. Em tempos de eleição, parlamentares que sempre trabalharam contra reajustes de aposentadoria deixam na mão do Executivo o veto ao aumento estabelecido. Nos jornais se discute a óbvia justeza do aumento, mas nunca um preceito que une quase todas as partes conflitantes: o de que há um déficit e uma crise na Previdência. Muita atenção, porque, em nossa matéria de capa, você vai ler argumentos raramente encontrados na mídia, de gente séria, que entende que não há crise e que a suposta crise alimenta o mercado financeiro.

No congresso do Conasems, em Recife, sanitaristas históricos como Hésio Cordeiro e Sarah Escorel alertaram para a banalização da expressão "reforma da reforma", que não pode ser confundida como abandono das teses históricas, mas justamente a adequação do sistema de saúde e da agenda atual a elas. Só para relembrar, publicamos trechos da última entrevista ao RADIS daquele que encarnou o espírito da Reforma Sanitária brasileira, Sergio Arouca.

Ao fim do encontro, secretários de saúde municipais de todo o país produziram um belo documento em defesa dos

princípios e das diretrizes da Reforma Sanitária que devem ser recuperados para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. A *Carta de Recife* pontua a necessidade de equidade, humanização e integralidade na atenção à saúde, de que haja responsabilidade solidária com o SUS entre os três níveis de governo e de políticas intersetoriais para a redução de desigualdades sociais. Defenderam também que a alocação de recursos da saúde seja baseada no planejamento participativo das ações de saúde, e não por emendas parlamentares (que permite distorções como o esquema das "sanguessugas" na compra de ambulâncias).

Sempre se disse que os jornais trazem as notícias de dois dias atrás, escritas ontem e que servem para emburhar peixe amanhã. Por isso é muito bom receber uma carta da enfermeira Patrícia, de Itaú de Minas, dizendo que acaba de ler e gostar de uma matéria escrita em abril de 2005.

Por fim, um roteiro básico para os participantes do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – o Abrascão. Com 10 mil cadastrados e mais de 8 mil trabalhos inscritos, um apelido mais do que apropriado.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do RADIS

### Comunicação e Saúde

- ♦ Para desatar os nós da vigilância 2

### Editorial

- ♦ Argumentos raros 3

### Cartum

3

### Cartas

4

### Súmula

5

### Toques da Redação

6

### 22º Congresso do Conasems

- ♦ Um toró de esperanças 7

### Seguridade social

- ♦ A "crise" que sustenta os "investidores" 10

### Entrevista: Sonia Fleury

- ♦ "Juntos somos mais fortes" 13

### Tuberculose

- ♦ A cura está nas políticas públicas 14

### 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

- ♦ Como será o Abrascão 16

### Serviço

18

### Pós-Tudo

- ♦ Carta de Recife 19

### Capa Aristides Dutra

Ilustrações Cassiano Pinheiro (C.P.) e Aristides Dutra (A.D.)

Agradecimentos a Sergio Magalhães – Museu da Vida/Fiocruz

## CARTUM



C.P./A.D.



## CARTAS

### NA PAUTA

Há um ano venho recebendo a *Radis* e muito me impressiona a abordagem dos assuntos da saúde pública. Sou médico-nefrologista e tenho uma visão muito "hospitalar" da saúde, mas venho sentindo o efeito da inação no nível da prevenção: a doença renal crônica, conseqüente, sobretudo, à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, tornou-se epidêmica. O MS estima, com os dados do programa Hiperdia, que 1,5 milhão estavam, em 2003, no estágio 3 da doença (de 1 a 5, sendo esta a condição do paciente já em diálise). Proponho matéria sobre o tema e suas relações com a iniquidade social e o que representa em termos de custo. Sem aprofundamento imagino que seja muito mais barato prevenir que remediar.

♦ Paulo Roberto Abreu da Silva, chefe do Serviço de Nefrologia do HSE, Rio de Janeiro

Considerando a importância do monitoramento e da avaliação como instrumentos subsidiários ao processo

de planejamento em saúde, sendo inclusive uma das metas do Ministério da Saúde a incorporação destas práticas aos serviços, com sua institucionalização (componente 3 do Proesf), sugiro este tema à revista *Radis*.

♦ Sérgio Arthur Silva, Santa Maria, SR



Sou enfermeira, trabalho em unidade de saúde da família e estou muito feliz em receber a revista. Uma das matérias de que mais gostei foi "A diferença que o cuidado faz" (*Radis* nº 32), sobre a importância do atendimento domiciliar e o vínculo dos profissionais com as famílias. Espero mais matérias

falando deste tipo de assistência.

♦ Patricia de Fátima Neto, Itaú de Minas, MG

### RADIS AGRADECE

Leitor e assinante decano, continuo utilizando as informações sempre atualizadas tanto para meu exercício profissional de sanitarista como para subsidiar minhas aulas a alunos de graduação e especialização. Ainda bem que existe a Fiocruz no Brasil.

♦ Jair Miranda, dentista-sanitarista, João Pessoa

Gostaria de parabenizar a revista pela excelência das matérias publicadas, que permitem aos profissionais ligados à saúde, até mesmo aos leigos, estarem muito bem informados. A revista me permite trabalhar com meus alunos do Técnico de Enfermagem didáticas diferentes de busca extraclasse, como na matéria sobre o conselho tutelar: os alunos estão tendo a disciplina de Saúde da Criança e, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, apresentaram trabalhos muito interessantes. Grande parte dos alunos já assinou a revista e estimula os colegas a se cadastrarem.

♦ Tatiane dos Santos Reinert, Joinville, SC

## 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 47.500 exemplares  
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS  
Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco  
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),  
Claudia Rabelo Lopes, Wagner Vasconcelos (Brasília), Bruno Camarinha Dominguez 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 Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Oswaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (estágio supervisionado)

### Endereço

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

E-Mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)  
Impressão  
Ediouro Gráfica e Editora SA

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

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

Li a revista *Radis* nº 44, de abril de 2006, falando sobre o Conselho Tutelar. Ótima reportagem. É chato dizer que em minha cidade não há. Uma cidade com quase 200 anos não ter Conselho Tutelar é um desleixo. Já fiz vários pedidos à Prefeitura e à Câmara Municipal, mas não querem atender a esta comunidade. E assim os adolescentes sós. Aqui em Maracás o que mais tem é publicidade enganosa. Os governantes atualmente só pensam em propaganda, e não em atender à realidade social.

♦ Cláudio Dias Santiago, Maracás, BA

Gostaria de parabenizar a revista pela excelente reportagem sobre as nossas desigualdades, na *Radis* nº 45.

♦ Zeneide Matos, Jequié, BA

Gostaria de parabenizar pela excelente publicação. Fonte de informação em saúde de indispen-

sável leitura para todo estudante e profissional da área da saúde. Obrigado pela revista que chega todos os meses. Fico ansioso quando ela atrasa. Mas quando chega é uma alegria, devo no mesmo dia.

♦ Josenilton Matos Dias, Jequié, BA

Fantástica a nota sobre a falsa crise da Previdência (*Radis* 43), parabéns. Sinto-me um privilegiado em receber esta revista.

♦ Edilson Gomes de Araújo, São Carlos, SP

#### RADIS "PARTIDÁRIA", O RETORNO

Acabo de receber o número 47 (julho de 2006). Sou assinante antigo da *Radis*, poderoso instrumento de comunicação que não abrange somente os mais diferentes temas da saúde pública, como também aprofunda as discussões sobre o verdadeiro sentimento de cidadania. É aí que está o nó da questão. O Poder da Informação. Este sim, o caminho para a liberdade e a independência, a busca perseverante de um povo sofrido e desconsiderado ao longo de séculos. Esse compromisso da *Radis* com a cidadania, que utiliza a palavra escrita como forma de poder, provoca em alguns a alucinação e a idéia equivocada de que a revista possa ter crises de parcialidade ao longo de sua irreparável caminhada histórica.

Continuem assim, amigos editores, ponham cada vez mais lenha nessa caldeira, que não pode permitir a cristalização da informação. Só assim nós, milhões de brasileiros que circulamos pelas vielas marginais, bem distantes dos holofotes da grande mídia, poderemos meter nossa colher nessa sopa. Também não nos interessa a coloração partidária dos que assumem o poder, mas como bem disse a revista, o importante é saber se estão cumprindo os preceitos constitucionais. Disse Peter Eagen: "Quanto menor o número de pessoas que controlam a informação, menor seu grau de responsabilidade em prestar contas à sociedade".

♦ Rudi Pereira Lopes, farmacêutico-bioquímico, Florianópolis

#### 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

### AMIANTO CONTINUA MATANDO



FOTO: HÉLIO NOGUEIRA

Morreu no dia 9 de julho, aos 66 anos, Rosa Amélia Alves de Araújo, uma das líderes da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea), informou *O Globo* de 10/7/2006. Rosa foi vítima da abestose, doença causada pelo contato com o amianto, "A fibra que mata" — título da reportagem de capa da edição nº 29 da *Radis*. Uma das personagens da matéria, Rosa foi por 14 anos operária da Asberit, hoje Teadit (o jornal omite o nome da fábrica), indústria têxtil do Rio que mudou apenas a razão social, jamais as práticas. Até hoje lá trabalham 300 funcionários sob risco permanente: a empresa não promove a substituição progressiva do amianto, como prevê a Lei 3.579/2001, do deputado estadual Carlos Minc (PT).

Outra lei, a 4.341/2004, obriga o fabricante de amianto a indenizar e custear o tratamento de funcionários atingidos pela doença. Ao saber da morte de Rosa Amélia, Minc disse ao *Globo* que formaria uma comissão com médicos, vítimas, Ministério Público e Tribunal de Justiça para resolver de vez o descumprimento das duas leis pelas empresas. Mas nem teve tempo: no dia 11, o jornal *Extra*, também do Rio, informou a morte de outra vítima da abestose, Walmira Ferreira, 58 anos, doente por mais de 10 anos.

Foi a 11ª vítima do amianto no Estado do Rio desde 2004. Para o pneumologista Hermano Albuquerque de Castro, médico do trabalho do Cesteh (Ambulatório de Pneumologia Ocupacional do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Ensp/Fiocruz), que acompanha desde 1992 um grupo de 300 trabalhadores e ex-trabalhadores expostos ao amianto, não há tipo mais ou menos seguro de amianto: todos são cancerígenos.

É preciso proibir o amianto, como já fizeram muitos países — e até estados brasileiros. Ou seja, parar de produzir e vender, parar de importar e exportar, além substituir os produtos que levam amianto. "Quando se pára de produzir já se reduz o risco de doenças, pois o trabalhador deixa de ter contato direto com a fibra", diz Hermano. O passo seguinte é substituir os produtos já prontos, como freios, telhas e caixas d'água. E isso exige determinação política.

### BRASIL LIVRE DO "BARBEIRO"

Brasil recebeu em junho a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo *Triatoma infestans* — o "barbeiro" —, conferida pela Organização Pan-Americana de Saúde. O país é o primeiro da América Latina a eliminar a principal forma de transmissão da doença. O Ministério da Saúde afirma que o controle é resultado do investimento — mais de R\$ 97 milhões nos últimos três anos — em melhorias habitacionais (que eliminam as condições de presença do "barbeiro" em casas), aquisição de inseticidas e desalojantes, pesquisas, distribuição de equipamentos e repasses financeiros a estados e municípios.

Mas não está afastada a possibilidade de transmissão de Chagas pelo "barbeiro", que seria esporádica ou acidental, como o surto associado ao consumo de caldo-de-cana em Santa Catarina, no ano passado.

### REFORÇO À PRODUÇÃO DE BIOFÁRMACOS

A Universidade Federal do Rio de Janeiro inaugurou em junho o Laboratório de Engenharia de Cultivos Celulares, que custou cerca de R\$ 2 milhões. A unidade já começou a desenvolver tecnologia para a produção de derivados do sangue e vacinas, entre outros biofármacos. Segundo a coordenadora do laboratório, a professora Leda Castilho, a prioridade é o desenvolvimento do fator de coagulação sanguínea IX, fundamental no tratamento da hemofilia B. "A produção deste fator no Brasil pode representar uma economia de cerca de R\$ 60 milhões por ano ao país, que importa o biofármaco", calcula Leda.

O laboratório também trabalha na criação de uma nova vacina contra a febre amarela, mais pura e com menor risco de efeitos colaterais, em parceria com BioManguinhos/Fiocruz. Para isso, estão sendo usadas células de hamster chinês da linhagem Vero, certificadas pela Organização Mundial de Saúde, no lugar dos embriões de galinha, empregados no método tradicional de produção do imunizante.

#### PESQUISA REPROVA E-GOV BRASILEIRO

O Brasil está muito atrasado no uso de tecnologias de informação e comunicação no governo. É o que apontou o 1º Ranking Nacional de Websites Municipais, comandado pelo Centro de Estudos em Tecnologia da Informação para Governo (TeciGov), da Fundação Getúlio Vargas. Técnicos analisaram as páginas na internet de cerca de 300 municípios brasileiros, observando 220 variáveis – grau de relacionamento com o cidadão, oferta de conteúdos e serviços, facilidade de navegação, entre outros quesitos.

O resultado: a média geral das notas atribuídas aos sites foi de 1,3 ponto, sendo 10 a pontuação máxima. São Paulo recebeu a nota mais alta (3,29) e Riacho de Santana (BA), a mais baixa (0,42). De acordo com o responsável pela pesquisa, o professor Norberto Torres, o Brasil investe em tecnologias já ultrapassadas e acaba operando com baixa eficiência na relação com a sociedade, o que tem reflexos no nível de qualidade de vida dos cidadãos.

#### GRIPE AVIÁRIA: PROMESSA DESCUMPRIDA

O coordenador da Organização das Nações Unidas para gripe aviária, David Nabarro, denunciou que a instituição recebeu apenas 17% da verba de US\$ 1,9 bilhão prometida por doadores internacionais para o combate à doença. De acordo com nota publicada em 11/7 no jornal *O Estado de S. Paulo*, o repasse não ultrapassou os US\$ 331 milhões até o fim de abril.

#### SANGUESSUGAS NA EDUCAÇÃO E EM C&T

A quadrilha descoberta pela Operação Sanguessuga não atuava somente no Ministério da Saúde, mas também nas pastas da Educação e da Ciência e Tecnologia, revelaram em julho o procurador da República Mário Lúcio Avelar e o delegado da

Polícia Federal Tardelli Boaventura. Além de fraudar licitações para aquisição de ambulâncias e equipamentos hospitalares, o grupo de deputados e seus comparsas dentro e fora do governo maquiava pregões para a compra de ônibus para programas do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).

Suspeita-se que cerca de 300 prefeituras tenham participado do esquema do MCT. Os nomes dos parlamentares acusados de pertencer à quadrilha, mantidos em sigilo por decisão do Supremo Tribunal Federal, foram revelados em 18/7. Estão sendo investigados 56 deputados e um senador. "Há boas provas contra pelo menos 55 parlamentares", disse um integrante da CPI ao jornal *Valor Econômico*.

#### NOVO TRANSPLANTE DE MEDULA

A Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Unicamp prepara-se para iniciar, em 2007, uma nova era de transplante manipulado, com a técnica do transplante haploidêntico, que será introduzida de modo experimental no país. O método permite o transplante de medula óssea de doador parcialmente compatível, e não apenas totalmente compatível, como ocorre nas cirurgias convencionais.

#### ANVISA CRIA O DISQUE-INTOXICAÇÃO

O Disque-Intoxicação, criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tira dúvidas e recebe denúncias relacionadas a intoxicações. O serviço é gratuito e atende pelo número 0800-722-6001. O usuário é atendido por uma das 36 unidades da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Renaciat), que funcionam, sob a coordenação da Anvisa, em hospitais universitários, secretarias estaduais e municipais de Saúde e fundações.

Para a Anvisa, é fundamental saber se um mesmo produto provoca um número expressivo de intoxicações, para que o fabricante seja avisado e reavalie a segurança de seus produtos. ■

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

toques da  
redação



**PARABÉNS AO CONASEMS** – Excelente iniciativa do Conasems de publicar em seu site ([www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)) links para as apresentações ao 22º Congresso (em 14 de julho havia links para as palestras sobre Financiamento em Saúde e Atenção Básica em Saúde, além do Relatório da Oficina da Rede Gandhi). Exemplo de profissionalismo a ser seguido pelos demais organizadores de eventos. Uma observação para o futuro: os palestrantes precisam ter o cuidado de assinar seu trabalho, seja na tela inicial, seja na final, ou o pesquisador não saberá quem é o autor.

**COPA & CONGRESSO** – Tudo bem, a seleção brasileira foi um fiasco, mas virou consenso entre os participantes do 22º Conasems que as datas do evento (19 a 22 de junho), num período espremido entre dois jogos do Brasil na Copa do Mundo, não foram muito bem pensadas. Como para 2010 a Confederação Brasileira de Futebol promete cobrar mais compromisso (???) dos jogadores convocados, vamos torcer para que os organizadores do 26º Congresso consultem antes a tabela da Fifa. Quanto mais a de 2014, que pode ser no Brasil...



**FILMANDO SAÚDE** – De 18 a 27 de setembro de 2006 (das 13h às 17h), o Departamento de Comunicação e Saúde do Cict/Fiocruz promove sua IV Oficina VideoSaúde – Análise da Produção Setorial e Elaboração de Projetos de Realização de Vídeos: da Idéia ao Argumento, para capacitar profissionais das instituições de saúde a analisar e produzir vídeos. Inscrições abertas até 1º/9.

#### Informações

Tel. (21) 3865-3208/3260  
E-mail [seca@cit.fiocruz.br](mailto:seca@cit.fiocruz.br)  
Site [www.cict.fiocruz.br](http://www.cict.fiocruz.br) ■

# Um toró de esperanças

Wagner Vasconcelos

Como choveu! A cidade do Recife parecia prestes a trocar seu título de Veneza Brasileira pelo de Atlântida Tropical. Entre 19 e 22 de junho, enquanto São Pedro testava a infraestrutura da cidade, 1.700 pessoas participavam de três eventos paralelos: o 22º Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, o 3º Congresso da Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência e o 5º Congresso da Rede Américas. Sob o tema "Governabilidade local, saúde e cultura de paz nas Américas", os congressistas se reuniram em Pernambuco após cinco encontros macrorregionais.

Chegam à terra do frevo com o mesmo entusiasmo que marcou a versão anterior do evento, em Cuiabá, em maio de 2005. Apesar da data espremida entre dois jogos do Brasil na Copa do Mundo, saíram de lá com a *Carta de Recife* (pág. 19). No documento, afirmam que a reforma sanitária deve ser discutida visando a consolidação e o aperfeiçoamento do SUS, e não a reforma da reforma — resposta clara às propostas recentes de mudança de princípios.

Ao abrir os trabalhos, o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Silvio Fernandes, lembrou que, devido ao processo de municipalização, criam-se milhares de sistemas de saúde pelo Brasil, ampliando-se o acesso da população aos serviços, melhorando os indicadores e elevando a inclusão. Nos municípios, ressaltou, residem os maiores desafios para o SUS, uma vez que empregam mais de 70% dos trabalhadores da saúde. O presidente do Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (Conass), Jurandi Frutuoso, falou de uma certeza e uma esperança. A certeza: as secretarias estaduais de saúde são parte dos problemas, mas também das soluções, daí a importância da articulação entre as instâncias. A esperança: que os pactos de gestão representem uma oportunidade de trabalho coeso na busca de estratégias que atendam aos anseios do povo.

Horácio Toro, representante do Brasil da Organização Pan-Americana de Saúde, destacou a importância da consolidação do processo brasileiro de municipalização da saúde, que desperta a atenção de outros países. O vice-prefeito de Recife, Luciano Siqueira, contou ter se lembrado do poeta baiano Castro Alves — a dor e o prazer são as expressões mais legítimas da existência humana, citou — ao se deparar com a agenda do evento: a construção do SUS, disse, é um eterno enfrentamento. Para o ministro da Saúde, Agenor Álvares, é preciso ter disposição e coragem para a abordagem de temas como a violência e seus reflexos na saúde pública e na qualidade de vida. Ele destacou a importância do Conasems como mobilizador de gestores do sistema de saúde: ser gestor do SUS é exercer a criatividade para multiplicar recursos, melhorar o acesso aos serviços e fugir da "crueldade" de determinadas ações judiciais, afirmou. "É gerir políticas de Estado, e não de governo, independentemente do DNA político", observou.

## ESFERAS DE SOLIDARIEDADE

Na manhã do dia 20, terça-feira, a mesa "O Movimento Sanitário e a agenda aberta da reforma" abriu os trabalhos no auditório do Centro de Convenções da UFPE. Helvécio Magalhães, secretário de Saúde de Belo Horizonte, coordenador do debate, classificou de

incoerente o gasto atual em saúde, se comparado à demanda. Outro desafio: a gestão, que precisa lidar com um contingente de um milhão de postos de trabalho em todo o Brasil. E mais um, a educação, uma vez que é preciso formar profissionais com perfis adequados ao SUS e às suas propostas.

Falando em francês, o italiano Tziano Carratori descreveu o sistema de saúde de seu país, os momentos históricos da saúde italiana, como a reforma de 1978, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Entre 1999 e 2000, ampliou-se a regionalização, numa recuperação dos princípios do movimento de 1978. Em 2001, o federalismo fiscal veio dar respostas financeiras às regiões, acentuando-se as co-participações e encerrando a centralidade financeira em nível nacional.

Yves Talbot, professor da Universidade de Toronto, no Canadá, lembrou *Invasões bárbaras* para falar do sistema canadense de saúde. No filme, um professor à beira da morte despede-se no hospital público de amigos e parentes. Os problemas são tantos que o filho do paciente suborna funcionários para dar mais conforto ao pai. Ainda que o filme seja uma caricatura, disse Yves, há traços marcantes da realidade canadense.

O professor contou que antes de 1940 os serviços de saúde eram privados, pagos "até com frango". Entre 1968 e 1972, o Estado passou a cobrir serviços hospitalares e médicos. Em 1984, o sistema Medicare foi aprovado: ao contrário do Medicare americano (apenas para idosos), o canadense é universal: são princípios a abrangência e o acesso. A maior parte do orçamento sai das províncias, e os municípios têm obrigações como saúde pública, imunização, saúde escolar, reabilitação, vigilância sanitária, além dos sistemas de ambulância.

Em seguida, Pedro Frank, coordenador do Fórum da Sociedade Civil em Saúde do Peru — movimento de mobilização pela saúde —, reclamou mais dinheiro para o setor, mas ressaltou a participação social na saúde pública peruana, com organizações que se multiplicam nos últimos anos. Lá também existe um Conselho Nacional de Saúde, centro de discussões de políticas públicas apoiado por 19 comitês técnicos, representantes da sociedade e conselhos regionais de saúde. Esse processo participativo, segundo Pedro, avança especialmente em forma de diagnósticos regionais, políticas e planos participativos em saúde.

### DE OLHO NA “REFORMA DA REFORMA”

A sanitária Sarah Escorel, presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), disse ter percebido nas falas dos representantes do Canadá e da Itália histórias sem atores, porque enfocavam os sistemas de saúde, e não a movimentação social subjacente. A palestra do peruano, para ela, pareceu o outro lado da moeda, mostrando também a participação social — ainda muito reduzida em comparação à brasileira. Sarah brincou com o palestrante canadense, dizendo invejar os recursos que o Canadá investe em saúde — 9,8% do Produto Interno Bruto —, percentual, para Yves Talbot, “preocupante”. No Brasil, é bom lembrar, passamos pouco dos 3% do PIB.

Abordando um dos temas mais candentes da atualidade, que merece muita discussão, Sarah se disse preocupada com os discursos que pregam a “reforma da reforma” (ver página 9), ou seja, as propostas de revisão de princípios da Reforma Sanitária brasileira. Ela condena o termo porque dá a entender que estes princípios precisariam ser mudados. “O que precisamos é consolidar esses princípios”, defendeu.

Outro militante histórico do Movimento Sanitário, Hésio Cordeiro, hoje na Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro), disse que também não aceita a proposta de “reforma da reforma”. Segundo Hésio, para avançarmos na reforma sanitária é preciso dar continuidade à atenção básica, que se expandiu na oferta mas ainda peca na qualidade: 85% dos problemas de saúde, por exemplo, poderiam ser solucionados na atenção básica. Também lembrou que a Emenda Constitucional 29, que define gastos, ações e serviços de saúde, ainda não é cumprida por muitos estados e tampouco foi regulamentada. Se pudesse propor uma agenda para a saúde no Brasil,

disse, apostaria nos seguintes pontos: a imediata aplicação da emenda, o combate aos movimentos neoliberais que propõem desvinculação dos recursos da saúde e da educação, a continuidade do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida e o fim das “caixinhas” de repasse de dinheiro.

### SAÚDE FEDERATIVA

À tarde foi a vez da mesa “Governabilidade Local, o SUS e o Pacto Federativo”. Vicente Trevas, chefe de assuntos federativos da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, em retrospecto de nossa trajetória federalista, criticou o chamado “jogo da soma zero”, prática perpetuada no Brasil. Para ele, se um sistema federativo significa autonomia também pressupõe alianças. O tal jogo, que se caracteriza por disputas entre entes federados, não traz resultados positivos para ninguém. “Nossa cultura federativa deve ser atualizada”. Para ele, a saúde é um exemplo interessante de federalismo por sua descentralização, e deveria servir de modelo para outras áreas. “Precisamos de uma federação criativa, que tenha competências compartilhadas”, disse.

Silvio Fernandes, presidente do Conasems, apontou contradições no federalismo brasileiro: a autonomia financeira dos municípios, estabelecida na Constituição, é muito limitada na prática: se em 1988 os municípios tinham quase 23% das receitas nacionais, em 2002 esse percentual já caíra para 16%. Hoje, a participação do setor privado chega a 54%, contra 46% do setor público.

### ALDEIA GLOBAL

Na manhã do dia 21, apesar do atraso de uma hora, o auditório ainda estava vazio para a terceira mesa do evento, “Globalização, formação de blocos e repercussões na saúde”. Culpa da chuva forte. Coordenada por Luiz Odorico Monteiro, secretário de Saúde de Fortaleza, a mesa teve início com a fala do professor Sebastião Loureiro, da Universidade Federal da Bahia. Segundo ele, grandes grupos econômicos, como a indústria farmacêutica, ganharam peso nas decisões políticas, influenciando até as Nações Unidas, resultando que uma das áreas mais afetadas pelo processo de globalização no campo da saúde é a de medicamentos. Também preocupa o comércio dos serviços de saúde, dos seguros ao uso das novas tecnologias: boa medicina é a baseada no uso de grande tecnologia, prega essa nova cultura.

Eduardo Mora Anda, embaixador do Equador no Brasil e representante do Pacto Andino, falou sobre a importância da integração regional na saúde. Um exemplo é o Plano Andino de Saúde e Fronteira, que reúne Equador e Peru, com seis milhões de dólares no combate à malária. “Os recursos são modestos, mas importantes”. Outro programa é o acesso a medicamentos genéricos. Os dois países ainda desenvolvem o programa Cidades-Irmãs, para projetos de saneamento e manejo de dejetos.

À tarde, o dilúvio sobre Recife impediu a caminhada pela paz, que percorreria o centro da cidade — substituída por manifestação na UFPE. No auditório, debatedores trataram de paz e não-violência. O filósofo francês Jean-Marie Muller abriu sua concorrida fala dizendo que a violência, além de não trazer soluções para conflitos, ainda tem o poder de destruir histórias, como nas guerras, provocando a morte de milhões de pessoas. Para ele, nossa cultura é dominada pela ideologia da violência como instrumento necessário, legítimo e louvável. “Nossas tradições celebram o homem violento como herói”.

Jean-Marie disse que nossas primeiras relações com o outro geralmente são de hostilidade, e não de cordialidade, o que indicaria traços violentos em nosso DNA. Mas aliviou corações ao lembrar que, ao mesmo tempo, o homem também é naturalmente inclinado à não-violência. “Temos essa capacidade”, afirmou. “Qual parte de nossa humanidade vamos cultivar?” Para ele, não-violência é oposição à violência. Não uma postura de passividade, mas de resistência. Se a impossibilidade de dialogar é causa de conflitos, ressaltou, é preciso ver que dos conflitos chegamos a situações de justiça.

Devido ao temporal, o último dia do evento foi reprogramado. A mesa “Os partidos políticos e as teses do Conasems” foi cancelada: os convidados alegaram problemas provocados pela chuva (mas circulava a suspeita de que a razão real era a partida Brasil x Japão...) A plenária final aprovou a *Carta de Recife* e votou a esperança de que, chova ou faça sol, as teses do encontro se multipliquem e virem prática. ■





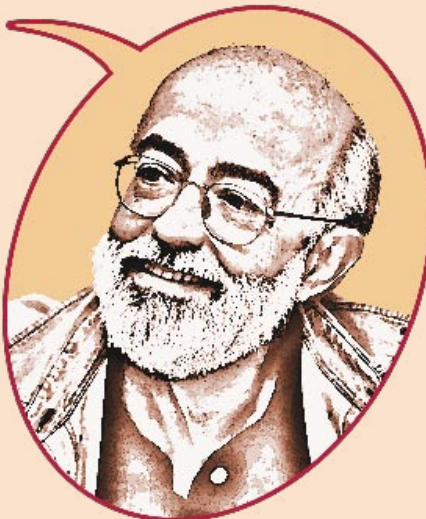
# O sentido da reforma da reforma

A expressão "reforma da reforma" vem sendo usada com sentidos diferentes dos preconizados pelo sanitarista Sergio Arouca: ele queria o SUS repensado à luz da própria Reforma Sanitária, como destacou Sarah Escorel. Em entrevista à equipe do RADIS (nº 3, outubro de 2002), Arouca lembrou as lutas do movimento sanitário pela democracia e pela universalização da saúde e descreveu alguns caminhos para a retomada dos princípios que nortearam estas lutas. Eis alguns trechos:

- ♦ Conquistamos a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada. Conseguimos estabelecer que a Saúde deve ser planejada com base nas conferências e conseguimos formalizar os Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários. O último passo desse movimento pela Reforma Sanitária foi a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei Orgânica 8.080. Dessa forma, todas as propostas reformistas de esquerda viraram lei (...);

- ♦ Era preciso abrir canais para que o pensamento crítico da área alcançasse uma expressão própria, dando início à formulação setorial de novas políticas públicas. De um lado, o SUS avança por meio das Conferências, dos Conselhos, da municipalização, da universalização dos direitos. Por outro, na operação do modelo assistencial, segue a lógica do Inamps. O Ministério da Saúde é organizado segundo este mesmo modelo do Inamps, segundo a lógica hospitalar, com estrutura medicalizante. A grande vitória é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da Saúde.

- ♦ Nos últimos anos de gestão do José Serra, foram emitidos oito atos normativos por dia. Houve secretarias de Saúde que contrataram assessores para ler e interpretar esses atos, pois não davam conta de seguir essa fúria regulatória, que trata o Amazonas como o Rio Grande Sul, a Saúde da Família igual para todos, assim como o repasse de recursos. Passamos a ter a regulação como ênfase, com bons ou maus regulamentos. A Noas [*Norma Operacional de Assistência à Saúde*], por exemplo, é um bom instrumento



de regulação que preenche a lacuna de esvaziamento do papel do nível estadual. Quando se perde o papel dos estados, perde-se a possibilidade de planejamento regional.

- ♦ A Noas retoma o papel da municipalização, mas dá ênfase à questão da regionalização. A lacuna que ainda resta é que o conceito da Reforma Sanitária foi abandonado. Essa é minha briga atual. Nós temos que retomar o conceito da Reforma Sanitária, para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo. Ele já foi burocratizado o suficiente. Retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS.

- ♦ O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersectorialidade. Não basta aprofundarmos cada vez mais o modelo 'Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde', temos que discutir saúde segundo políticas intersectoriais.

- ♦ O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Essa lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. O grande desafio que nós temos, imaginando

o campo da oposição a esse modelo assistencial, é conseguir estabelecer um governo que tenha projeto e que não seja simplesmente um somatório de ministérios.

- ♦ Esse tipo de governo, onde sociedade, ministérios e secretarias são fraturados e onde cada um desses sujeitos compete com os outros, é uma falência. Primeiro, é preciso repetir que a "inampização" do SUS nunca vai resolver os problemas da população. Eu estou propondo a convocação de uma Conferência extraordinária, cujo tema é a mudança do modelo assistencial do SUS, acabando com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e com o pagamento por prestação de serviços, que seria substituído por um contrato global com metas de desempenho, qualidade e prioridades definidas pela população. Podemos contratar o setor privado onde não existe o setor público, mas definindo prioridades e metas.

- ♦ O PSF [*Programa Saúde da Família*], por exemplo, pode ser entendido de duas maneiras. Ele pode ser simplesmente mais um programa paralelo, como no Rio de Janeiro, onde 10 equipes de Saúde da Família não representam nada, ou pode ser um modelo reestruturante do sistema de saúde, no qual uma equipe dará atendimento personalizado às famílias segundo o conceito de desenvolvimento local, integral e sustentável. É preciso que os programas de governo ganhem intersectorialidade nos municípios. É preciso trabalhar a questão da humanização da saúde.

- ♦ O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. O movimento sindical está paralisado e a universidade não tem feito nenhum debate crítico mais avançado. Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária, enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas tentar regular o que está aí. Outro dia, ouvi um médico dizer com o maior orgulho que tinha triplicado o número de amputações de diabéticos. Se o conceito é de produtividade e serviço, então ele amputa mais para ganhar mais. Para mim, isso é a falência. O conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento. Foi uma distorção na implantação do SUS. ■



# A "crise que sustenta "investidor"

Claudia Rabelo Lopes

**J**ulho de 2006. O Congresso Nacional aprova projeto de lei estendendo a todos os aposentados e pensionistas o aumento de 16,65% que o governo havia dado, em abril, apenas àqueles que recebem o salário mínimo. O ministro da Previdência, Nelson Machado, afirma que não há recursos para cobrir esse percentual de aumento, que não estava previsto no orçamento de 2006, e o presidente da República veta a decisão dos parlamentares. O argumento: o reajuste teria impacto de R\$ 7 bilhões sobre o Orçamento da União ainda em 2006, agravando o déficit do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), já em torno de R\$ 37,6 bilhões.

No Congresso, algumas das vozes que defendem o reajuste, historicamente partidárias da redução de direitos e benefícios previdenciários, podem nesse momento estar mais preocupadas em usar a questão como estratégia para desgastar a imagem do governo às vésperas das eleições. Mas o jogo eleitoral abre uma fresta para que se vislumbre problemática mais ampla — a do orçamento da seguridade social como um todo. Orçamento que, segun-

do especialistas como a economista Denise Gentil, do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e os técnicos da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência (Anfip), é superavitário e tem sustentado, em grande medida, a política de superávits primários e taxas de juros elevadas dos dois últimos governos.

Pela Constituição de 1988, previdência social, saúde e assistência social formam um único sistema, o da seguridade social. Cientes de que, em períodos de recessão ou baixo crescimento econômico, a seguridade perde contribuintes e aumenta gastos devido ao desemprego, os constituintes colocaram a diversidade da base de financiamento como um dos princípios organizadores desse sistema, incorporando-lhe outras fontes além das contribuições de autônomos, empregados e empregadores sobre a folha de salários. Ao tributar sobre o faturamento e o lucro, menos vulneráveis ao ciclo econômico, procurou-se garantir que a população tivesse proteção social inclusive nos períodos mais críticos da economia.

Assim, além das contribuições dos empregadores sobre a folha de

pagamentos e as dos trabalhadores, pertencem especificamente ao orçamento da seguridade os recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que incide sobre o faturamento; da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); de parte da receita dos concursos de prognósticos, como as loterias; e de taxas sobre a importação de bens e serviços. Posteriormente foi agregada a Contribuição Provisória sobre

Movimentações Financeiras (CPMF), com vinculação à saúde. Pelo artigo 195 da Constituição, essas contribuições sociais não fazem parte do orçamento da União, que, junto aos orçamentos de estados e municípios, deve ser também financiador da seguridade.

## FALSA CRISE

A estratégia dos constituintes deu certo no que diz respeito à sustentabilidade do sistema. De acordo com a Anfip, no documento *Análise da Seguridade Social em 2005*, disponível no site da entidade ([www.anfip.org.br](http://www.anfip.org.br)), foram arrecadados, no ano passado, R\$ 278,1 bilhões para o orçamento da seguridade, sendo R\$ 275,2 bilhões provenientes das contribuições sociais, aproximadamen-



FOTO: C.R.L.



e”  
os  
res”

te R\$ 1,9 bilhão dos recursos próprios dos órgãos da seguridade e R\$ 1 bilhão como contrapartida do Orçamento Fiscal pelo pagamento de Encargos Previdenciários da União, relativos a benefícios de legislação especial. Porém, somente R\$ 221,2 bilhões foram gastos nas despesas de previdência, assistência social e saúde. “A diferença entre receitas e despesas superou a marca de R\$ 56,8 bilhões”, afirma o documento.

Mas se a seguridade social é superavitária, a previdência, que dela faz parte, também deveria sê-lo. Assim como a saúde e a assistência social nunca deveriam sofrer por falta de recursos. Na pesquisa para sua tese de doutorado *A falsa crise do sistema de Seguridade Social no Brasil*, Denise Gentil mostra que o “discurso do déficit” foi construído nas duas últimas

Benefícios designados por lei específica, correspondem a indenizações ou reconhecimento de mérito relevante, como nos casos do acidente com Césio 137 em Goiânia, das vítimas da talidomida, do acidente na base aeroespacial de Alcântara e alguns outros. Segundo a Anfi, esses benefícios deveriam ser suportados por repasses do Orçamento Fiscal.

décadas para justificar cortes de benefícios na seguridade social, principalmente no setor previdenciário, com dois objetivos básicos: por um lado, abrir espaço para o crescimento de fundos de pensão, seguros e planos de previdência e de saúde privados; por outro, propiciar alta rentabilidade aos títulos da dívida pública pela manutenção de taxas de juros elevadas, favorecendo o capital financeiro.

“Qualquer pessoa seria levada a pensar que o Estado, mais especificamente o orçamento fiscal, estaria repassando verbas para cobrir rombos da seguridade, mas não é isso o que acontece”, afirma a pesquisadora. “É preciso deixar claro o seguinte: tudo o que a seguridade arrecada paga as despesas globais de previdência, saúde e assistência social, e ainda sobram muitos recursos — estes sim, vão patrocinar a União no seu orçamento fiscal”.

O principal instrumento para a transferência de recursos da seguridade para o orçamento fiscal da União é a DRU (Desvinculação das Receitas da União), criada em 1999/2000, mas que teve origem no Fundo Social de Emergência, em 1994, depois rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal. Com a DRU, o governo pode desvincular até 20% de todos os impostos e contribuições federais, inclusive das receitas da seguridade que não sejam provenientes da folha de pagamentos, para utilização no que considerar conveniente.

### DESMONTE DO SISTEMA

Pelos cálculos de Denise, que diferem em alguns pontos dos da Anfi, mesmo depois de descontada a DRU, o superávit da seguridade chegou a cerca de R\$ 20,8 bilhões de reais em 2004, e a mais de R\$ 50 bilhões em 2005. “Se não houvesse a desvinculação, estaria em torno de R\$ 89 bilhões”, afirma a pesquisadora, cuja tese está sendo orientada pelo economista Aloísio Teixeira, reitor da UFRJ e integrante da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

O que Denise e a Anfi constatarem é que, depois de subtraídos os 20% da DRU, outra parcela significativa das contribuições sociais fica retida na Conta Única do Tesouro Nacional para ajudar a compor os superávits primários do governo, que servem como garantia para os credores financeiros da dívida pública. Segundo a Anfi, embora a receita das contribuições sociais venha crescendo, os resultados da seguridade decorrem principalmente da contenção de despesas com a saúde, a assistência e a previdência social. Por isso, a ideia de

qualquer reforma que venha a restringir ainda mais os benefícios previdenciários é rechaçada com veemência pela entidade: “O artifício de postular cortes nos gastos sociais serve à avidez do capital financeiro em apropriar-se dos recursos que seriam despendidos em serviços públicos fundamentais para a vida digna de grande parte da população”.

Outro problema que afeta o orçamento da seguridade é que, logo após ser instituído, o sistema começou a ser desmontado por uma série de regulamentações que levaram à especialização das fontes de financiamento, quando a Constituição previa que o grupo de receitas da seguridade a patrocinasse como um todo. Os recursos provenientes da folha de salários foram reservados à previdência, enquanto à saúde coube a CSLL, e a assistência social ficou com a Cofins. Isso fez com que a saúde procurasse outras fontes de financiamento e a previdência aparecesse como deficitária.

### SALDO POSITIVO

Denise explica que a previdência apresenta um déficit no saldo previdenciário e um superávit no saldo operacional. O primeiro é calculado considerando as contribuições de empregados, empregadores e autônomos ao INSS e subtraindo desse total os benefícios pagos. Mas o resultado é diferente se forem consideradas todas as receitas que entram no caixa do INSS, como a devolução pelos bancos de benefícios não recebidos e outros. Nesse caso, aparece um saldo operacional de R\$ 8,26 bilhões em 2004 e de R\$ 921 milhões em 2005. “Se somo até o final e pego o total das receitas e o total das despesas do INSS com os gastos previdenciários e também com os gastos assistenciais, que nem pertencem à previdência, e ainda com os da dívida pública, que não deveriam entrar no cálculo porque são da União, tudo isso ainda resulta em saldo operacional positivo da previdência”, afirma. “Então, que crise é essa que eu não enxergo?”

A especialização das receitas das contribuições sociais, reservando para a previdência apenas as contribuições de autônomos, empregados e de empregadores sobre a folha de salários foi reforçada pela Lei Complementar 101, de 2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal, que em seu artigo 68 define a composição do Fundo do Regime Geral de Previdência Social. Mas, ironicamente, essa especialização ficou estabelecida constitucionalmente com a Emenda Constitucional 29, também de 2000, fundamental para o orçamento da saúde.





## Seguridade Social na pauta

### NA RADIS

\* n° 8, abr/2003, p. 7: As propostas de mudança na Previdência;  
 \* n° 9, mai/2003, p.17: Reforma da Previdência – A pressa é inimiga da discussão;  
 \* n° 12, ago/2003, p.10: Compreendendo o temário da Conferência;  
 \* n° 16, dez/2003, p.15: Diretrizes e propostas;  
 \* n° 18, fev/2004, p.30: “Quem sabe teremos este sonhado ministério na próxima conferência?”;

### NA COLETÂNEA RADIS 20 ANOS

### SÚMULA

\* n° 2, p. 8: Previdência Social – Da teoria à prática;  
 \* n° 4, p. 8: Previdência Social – Medidas geram protestos;

\* n° 5, p. 2: Previdência – A discutida resolução;  
 \* n° 6, p. 3: Instalada CPI da Previdência;  
 \* n° 8, p. 6: Aposentados já deixaram de ganhar Cr\$ 850 bilhões;  
 \* n° 9, p. 2: Recessão abala Previdência Social;  
 \* n° 9, p. 3: Previdência privada em expansão;  
 \* n° 10, p. 3: Previdência Social;  
 \* n° 11, p. 2: Previdência Social – Déficit de trilhões;  
 \* n° 12, p. 10: Inamps: Para Hésio, saúde é direito do trabalhador;  
 \* n° 14, p. 6: Previdência – Impunidades e fraudes/Conselhos para a Previdência;  
 \* n° 15, p. 6: Previdência/CIS – Paraná apresenta propostas;  
 \* n° 19, p. 2: Previdência – Sistema terá mais agências;  
 \* n° 20, p. 4: Aposentados – Ganho integral e recadastramento;  
 \* n° 42, p. 5: Previdência – Investigação sem fim;  
 \* n° 46, p. 5: Fim do Inamps – Rio enfrenta maior impacto;  
 \* n° 52, p. 3: Previdência – Governo e PT apresentam projeto;

\* n° 70: A nova previdência;

### TEMA

\* n° 2, p. 1: Em debate – Assistência médica previdenciária;  
 \* n° 2, p. 7: A assistência médica e a crise financeira da Previdência Social;  
 \* n° 6 p. 7 e 10: Os objetivos da reorientação da Previdência/Financiamento do setor saúde;  
 \* n° 14, p. 7: A saúde e a reforma da seguridade social – Reformar a previdência ou cumprir a Constituição?

### JORNAL PROPOSTA

\* Encarte Especial 1: Itamar propõe extinção do Inamps ao Congresso – O projeto de lei;  
 \* n° 13, p. 9;  
 \* n° 14, p. 7;  
 \* n° 16, p.11: Simpósio sobre Previdência Social – Na futura lei, uma saída para crise/O programa para salvar a Previdência;  
 \* n° 19, p. 5;  
 \* n° 24, p. 3;  
 \* n° 25: A encruzilhada da Previdência;  
 \* n° 28, p. 3: A privatização da Previdência.


De acordo com o professor José Carvalho de Noronha, do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict) da Fiocruz, o apoio à regulamentação da EC-29 é estratégico para a garantia de recursos imprescindíveis à saúde, mas deve ser visto também como etapa intermediária enquanto não se consegue estabelecer e fazer funcionar, de uma vez por todas, o Orçamento da Seguridade Social. As duas coisas têm sofrido

duro combate da área econômica nos dois últimos governos.

Numa linha próxima à de Noronha, a cientista política Sonia Fleury (ver entrevista na página 13), da Fundação Getúlio Vargas, considera que a postura da saúde nas discussões sobre o sistema e o orçamento da seguridade – inicialmente de oposição e, depois, de ambigüidade – deveu-se ao temor de que se perdesse a especificidade das reivindicações da Reforma Sanitária e da construção do

SUS. Mas Sonia acredita que hoje a correlação de forças é diferente e se pode pensar com mais tranqüilidade numa coordenação entre saúde, previdência e assistência social.

Fato é que se a redução das desigualdades econômicas e sociais é também uma luta da saúde, o debate com as outras áreas da seguridade se faz necessário. Os benefícios previdenciários, por exemplo, são um instrumento fundamental de distribuição de renda no Brasil. Segundo a Anfp, a previdência distribui benefícios médios de R\$ 496 mensais, atendendo a quase 21 milhões de aposentados e pensionistas, além de oferecer um seguro protetor de renda a 33 milhões de segurados em atividade.

A previsão de gastos com esses benefícios para 2006 é de R\$ 162 bilhões (sem os desejados 16,65% para todos). Mas, para o pagamento de juros da dívida pública, a previsão é de quase R\$ 180 bilhões. De acordo com o economista Márcio Pochmann, da Unicamp, citado no documento da Anfp, há 20 mil clãs familiares no Brasil que detêm a maior parte do capital aplicado a juros em títulos públicos, o que garante a cada um rendimento anual médio de R\$ 6 milhões. Distorções como esta levaram Denise Gentil à conclusão de que, no âmbito do Estado, “é no orçamento público que se expressa a luta de classes”. 

## Radis adverte

### A propaganda enganosa faz mal ao bebê

Na Semana Mundial do Aleitamento Materno (1° a 7 de agosto), vale comemorar: há 25 anos, a Assembléia Mundial da Saúde da OMS aprovava o código internacional de proteção ao aleitamento materno contra as práticas anti-éticas de marketing dos fabricantes de leite. Parabéns a todos os combatentes desta causa.



FOTO: DAMON HART-DAVIS

## ENTREVISTA

Sonia Fleury

## "Juntos somos mais fortes"

**P**rofessora e pesquisadora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Ebape) da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, a cientista política Sonia Maria Fleury há muitos anos defende a integração da saúde à seguridade social. Em sua sala na FGV, ela falou à *Radis* sobre a importância da articulação dos atores sociais coletivos na atual conjuntura político-econômica. Para Sonia, este é um momento oportuno para negociar o fim da incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre recursos da área social e também para se conceber um novo patamar de civilização para a população, com a conquista e a efetivação de direitos que garantam maior inclusão social.

Ex-pesquisadora da Ensp/Fiocruz, na qual se aposentou em 2005, Sonia integra o Conselho Nacional de Desenvolvimento Social e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abaixo, os principais pontos da entrevista, cuja íntegra está no site do RADIS na internet ([www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-01.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-01.html)).

**No lançamento da CNDSS, em março, a senhora disse que ainda estamos enclausurados na questão sanitária. Por quê?**

Do ponto de vista político, o fato de saúde, previdência e assistência social serem direitos de cidadania que estão colocados juntos [na Constituição] é um grande avanço. Porque é a primeira vez na história que os direitos sociais não estão vinculados necessariamente a uma contribuição anterior, mas a uma necessidade social. Isso é um modelo de sociedade muito mais justo e igualitário. Antes não era assim. Se nós, da saúde, estivéssemos aliados aos setores da previdência e da assistência numa articulação, teríamos muito mais força para resistir quando a área econômica, por exemplo, quer cortar benefícios, desvincular recursos. Estamos cada um trabalhando isoladamente, quando a própria Constituição nos diz que deveríamos trabalhar juntos.

Mas para isso é preciso avançar. Por exemplo, convocar uma conferência nacional de seguridade social que abordasse os temas, os vínculos, as propostas políticas, para que os atores sociais pudessem intercambiá-las e se fortalecer como instância política.

Do ponto de vista material, se há benefícios importantes na área previdenciária e na área assistencial, é a população necessitada que está recebendo. Isso quer dizer que as pessoas estão comendo melhor, morando melhor, então isso vai reduzir problemas para a área de saúde. É o caso dos benefícios de prestação continuada aos idosos, por exemplo. É um salário mínimo, mas às vezes sustenta o neto, a família desempregada. Não podemos desvincular a questão da saúde das outras formas de proteção social.

**É possível reconstruir esse sistema?**

A própria saúde atuou mal nesse campo porque se tinha muito medo de um único ministério na área social e que se perdesse a especificidade da construção do SUS e da Reforma Sanitária. Então inicialmente a Saúde teve uma posição contrária e depois ambígua em relação a esse sistema. Hoje, com o SUS consolidado, quando inclusive já se transmite a experiência ao SUAS (Sistema Único de Assistência Social), é perfeitamente possível pensar numa integração. As áreas já não precisam ter medo de perder a identidade.

**Até do ponto de vista financeiro...**

Essa reunião de forças é mais política, institucional, de articulação. A idéia inicial era um Orçamento da Seguridade Social. Mas não precisa ter um único fundo ou um único caixa — o risco que se via era de que ficasse na mão da previdência e nunca chegasse aos outros. Sempre existem essas tensões. No entanto, esse orçamento não precisa ter um único controlador. Em 2007, acaba o prazo de vigência da DRU. Seria preciso desde agora discutir com os candidatos a presidente a estratégia para substituir essa fonte de receita. Se não exigirmos isso, vão simplesmente prorrogar a DRU. Essa deveria ser uma bandeira



C.P.

de toda a área social, que tem sido pouco levantada.

**Argumentam que há estabilidade por causa do superávit primário e dos juros ...**

A tendência nos últimos meses tem sido de redução das taxas de juros, então é uma conjuntura mais favorável para se negociar agora a retirada da DRU e voltar os recursos para a área social. É claro que, ao lado disso, há setores de pensamento conservador que estão sempre prontos a demonstrar que é preciso fazer a reforma da previdência, reduzir os benefícios... Esse é um discurso perene, uma questão de luta político-ideológica. Estão aqui, no jornal de hoje, economistas que defendem a desvinculação dos benefícios do salário mínimo, quando a vinculação foi uma grande conquista da Constituição. Na *Folha de S.Paulo* de domingo (2/7) saiu estudo do Ipea mostrando que esses benefícios reduziram mais a pobreza do que os programas de redução da pobreza. Acho que todos são necessários e não é essa a questão. A vantagem dos benefícios previdenciários é que não é um presidente que está dando, não estão associados a nenhuma tutela das pessoas. São benefícios porque são direitos de cidadania. O que é ruim não é ter programa de transferência de renda, ruim é transformar isso em práticas clientelistas, tuteladas. (C. R. L.)





## TUBERCULOSE

# A cura está nas políticas públicas

Bruno Camarinha Dominguez

A tuberculose é uma das doenças mais antigas do mundo: há registros de casos que datam do ano 3900 antes de Cristo. Mas engana-se quem pensa que esta é uma enfermidade do passado. Apesar de plenamente curável, reemerge como um grave problema de saúde pública, reflexo da má distribuição de renda e da conseqüente manutenção de condições de vida precárias ao redor do globo — que permitem seu desenvolvimento. O surgimento da Aids e de focos de tuberculose resistente a medicamentos dificulta ainda mais seu controle. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nunca morreram tantas pessoas por tuberculose como morrem hoje: por ano, provoca 8,5 milhões de novos casos e 3 milhões de mortes. Alarmantes, esses dados levaram a entidade a declarar estado de emergência para a tuberculose em 1993.

No Brasil, cerca de 100 mil casos da doença são notificados a cada ano — 85 mil são novos e seis mil terminam em morte —, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde (Sinan/MS). Essa realidade fez com que a OMS incluisse o país, o único das Américas, na lista das 22 nações que concentram 80% dos casos de tuberculose registrados no mundo, na qual ocupa a 15ª posição.

O coordenador-geral de Doenças Endêmicas do Ministério da Saúde, Joseney Santos, contesta a metodologia do ranking. Para ele, o critério adotado pela OMS para definir os países prioritários (número de casos) não é o mais correto. “Nós pagamos o preço de termos a se-

gunda maior população das Américas”, pondera. Se a incidência fosse avaliada, o Brasil ficaria na 97ª posição, portanto, fora da tal lista, garante. “Países como a África do Sul têm mais de 500 casos por cada 100 mil habitantes, enquanto no Brasil são 45 por 100 mil. O nosso risco é muito pequeno, se comparado ao de outros países”, afirma.

mundo: detectar no mínimo 70% dos casos e, destes, curar pelo menos 85%, por ano. “Nesta gestão, já alcançamos 70% de detecção. Falta melhorarmos a questão da cura, que está em 77%”, diz Joseney. A intenção é reduzir a mortalidade e a prevalência (casos do ano corrente somados aos não-descobertos no ano anterior) à metade até 2015 — em relação aos índices de 1990. “Vamos atingir esses objetivos antes do prazo previsto, provavelmente em 2010”, prevê.

A estratégia do PNCT começa com a imunização de recém-nascidos: a vacina BCG evita formas graves da doença — como a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar — em crianças. Outra base do programa, cujo orçamento para o quadriênio é de R\$ 120 milhões, são as campanhas informativas, que incentivam pessoas que apresentem tosse prolongada por mais de três semanas — o primeiro indicio da tuberculose — a procurar uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS). “O PNCT é bastante razoável, o problema é que nem todos procuram os postos”, avalia Dilene Raimundo, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). Autora de dois livros sobre o tema (*As pestes do século XX — Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*, da Editora Fiocruz, e *Liga Brasileira contra a Tuberculose — Um século de luta*, da Faperj), Dilene ressalta que a busca de casos é essencial, a fim de diagnosticá-los logo no início.

O diagnóstico é a primeira barreira que o governo enfrenta para controlar a enfermidade no país. “Como a tuberculose foi diminuindo e seu tratamento passou a ser monopólio do serviço público, grande parte dos médicos deixou



! No cartaz de quase 100 anos, uma chamada ainda atual

## TRATAMENTO GRATUITO

O tratamento da tuberculose é um bem público no país: os remédios contra a doença só são distribuídos nos postos de saúde, não estando à venda em farmácias. Criado na década de 1970 pelo governo federal, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tenta atingir as metas estipuladas pela OMS para o controle da enfermidade no

de ter interesse no assunto e sequer sabe diagnosticar a doença”, observa a pesquisadora. Joseney Santos confirma. Ele cita estudo do professor José Rozenberg, já falecido, que verificou que pouco mais de 10% das escolas médicas brasileiras não têm a tuberculose em sua grade curricular. “Se os estudantes de Medicina não aprendem, imagine se vão cuidar adequadamente dos pacientes”.

## O QUE É A TUBERCULOSE

A baciloscopia de escarro é o exame adequado para confirmar ou descartar a doença, ao qual devem ser submetidas pessoas com tosse há mais de três semanas, além de expectoração. Outros sintomas comuns são falta de ar, dor no peito, tosse com sangue, suor excessivo, febre, dor de cabeça, falta de apetite e sensação de cansaço. A tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada por um microorganismo, o bacilo de Koch (que leva o sobrenome do pesquisador que o descobriu em 1882, Robert Koch), também chamado de *Mycrobacterium tuberculosis*. Pouca gente sabe que a enfermidade pode atingir todos os órgãos do corpo. Além da forma pulmonar — a mais comum e mais contagiosa —, existe tuberculose meníngea, miliar, óssea, renal, cutânea, genital etc.

Qualquer pessoa está suscetível à infecção pelo bacilo, podendo desenvolver — ou não — a doença. “A tuberculose é oportunista. Se você estiver enfraquecido, mal alimentado, com trabalho extenuante, morando em local inadequado, em suma, com condições físicas debilitadas e defesa imunológica comprometida, tem mais chance de adoecer”, explica Dilene Raimundo. Por isso, a enfermidade carrega o estigma de “mal social”. Dos 5.563 municípios brasileiros, 315 concentram 70% de todos os casos de tuberculose no país. “São cidades de grande porte, com população em torno de 100 mil habitantes, localizadas em regiões metropolitanas, com uma periferia pobre. É nos bolsões de pobreza que há a manutenção da doença”, constata Joseney.

Soropositivos, diabéticos, alcoólatras, pessoas com câncer ou que façam tratamento com imunossupressores também têm mais chance de desenvolver tuberculose. A população de risco abrangia ainda presidiários, mendigos, pessoas que moram em abrigos, manicômios e asilos, assim como quem mantém contato com doentes, dado o alto grau de transmissibilidade da doença. O germe é transmitido pela tosse, pelo espirro e pela fala. No início do século 20, antes da descoberta do bacilo, chegou-se a pensar

que a tuberculose era hereditária, por conta de sua fácil propagação. “Como acontecia de uma pessoa ficar doente e, a seguir, outros integrantes da família adoecerem também, reforçava-se entre os médicos a crença na hereditariedade da doença”, conta Dilene.

## RESISTÊNCIA A REMÉDIOS

Passadas duas semanas desde o início do tratamento, o paciente deixa de transmitir a doença. A medicação usada no combate à tuberculose — três quimioterápicos: isoniazida, rifamicida e uma terceira droga — é fornecida gratuitamente nos postos de saúde. A medicação deve ser tomada diariamente, por seis meses ininterruptos. Como os pacientes apresentam melhora logo nos dois primeiros dias, parte deles abandona o tratamento ou segue de maneira parcial. Esta é outra barreira para o controle da doença. “Temos que reduzir o abandono para níveis inferiores a 5%. Atualmente é de 8%”, informa Joseney Santos. O tratamento não pode ser interrompido em hipótese alguma, por conta do risco de recaída com sintomas mais graves e o desenvolvimento de resistência à medicação.


A farmacoresistência em tuberculose, um grande problema em várias regiões do mundo, ainda não é considerada crítica no Brasil. O Ministério da Saúde credita o fato ao uso de isoniazida e rifampicina numa mesma cápsula e à ausência de medicamentos contra a doença à venda em farmácias. Para evitar a multidrogaresistência (MR) — que nos Estados Unidos, por exemplo, vem afetando mesmo pessoas de alta renda, que trabalham em ambientes fechados, por tempo prolongado e em tarefas estressantes —, é necessário aumentar a aderência do doente ao tratamento, diminuindo o abandono. O Brasil adotou, em 1999, o Dots, sigla em inglês para Estratégia de Tratamento Supervisionado da Tuberculose (Directly Observed Therapy Shortcourse). A ação consiste no acompanhamento do paciente desde o diagnóstico até a cura. Na primeira fase do tratamento, os dois primeiros meses, um profissional de saúde faz no mínimo três observações semanais. Na segunda, nos quatro meses seguintes, passa-se a uma observação semanal.

Mas as atividades de supervisão ainda não estão presentes em todos os postos de saúde. “Um dos nossos objetivos é melhorar a expansão do tratamento supervisionado”, diz Joseney. Segundo ele, o governo federal superou a meta do ano passado, que era de 50%. “Alcançamos 60%; neste ano, o objetivo é chegar a 80% e já estamos

com 72%”, festeja. O médico cita outros avanços, como a qualificação de 35 mil profissionais do SUS e a expansão da baciloscopia de escarro para 4 mil laboratórios nos últimos três anos.

Mas o que falta para o controle da tuberculose é que o governo intervenha de fato no campo social, de acordo com Dilene Raimundo. O vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz), Wayner Vieira, concorda. Para ele, o PNCT tem dado pouca atenção aos determinantes sociais da doença. O estatístico sugere a criação de um sistema de vigilância de base territorial que auxilie na mudança de práticas sanitárias e na identificação de regiões ou situações de risco. “As áreas de maior incidência da tuberculose são justamente aquelas que concentram famílias com mais de um caso no período estudado e/ou casos de retratamento”, aponta. “Nesse sentido, ter um sistema de vigilância que identifique essas áreas e concentre esforços nesses espaços pode tornar a atuação pública mais efetiva e eficiente”. Wayner acredita que esse sistema é capaz de reduzir a interrupção do tratamento, evitando o aparecimento de formas multidrogaresistentes, e aumentar o percentual de cura.

O coordenador-geral de Doenças Endêmicas do Ministério da Saúde reconhece que a melhoria das condições de vida é importante para o controle da tuberculose. Cita como exemplo a situação da Holanda e de outros países ricos da Europa, onde, antes mesmo de surgirem os medicamentos contra a tuberculose, a enfermidade já estava se extinguindo, resultado da melhoria das condições de vida da população. Joseney diz que é provável que programas de distribuição de renda, como o Bolsa-Família, tenham produzido algum impacto positivo nos índices de contaminação, apesar de uma medição deste tipo ainda não ter sido feita. “Sabemos que a melhoria da nutrição da população faz com que haja uma proteção contra a tuberculose”.

Mas o médico afirma que não se pode contar com condições de vida ideais para a população brasileira, o que depende de outras políticas setoriais. “Se tivermos uma política social acoplada haverá logo redução do número de casos”, assegura Joseney, para quem o combate à enfermidade “não depende só do setor saúde”. Dilene Raimundo resume: “A intervenção na tuberculose tem que ser no campo social — as pessoas precisam comer bem, morar em casas salubres, ter trabalho digno, e é isso que vai possibilitar o controle da doença.” 

# Como será o Abrasco

Prepare-se para a maratona. Os cinco dias de trabalho do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ou *Abrascão*, como passou a ser chamado por seu gigantismo – de 21 a 25 deste mês no Riocentro, Rio de Janeiro –, prometem um bom teste para sua resistência física. Realizado simultaneamente com o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, teremos cinco conferências magnas, 16 grandes debates, 28 palestras, 126 painéis, 7.533 pôsteres e 663 apresentações orais de trabalhos, fora as atividades das oficinas prévias e as discussões em fóruns paralelos. Organizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), deve reunir 10 mil participantes, entre professores, pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde, superando em muito os 7.500 participantes do 7º congresso, em 2003, em Brasília.

“É o maior e mais significativo evento de saúde coletiva da América Latina”, festeja o presidente da Abrasco, o sanitarista Paulo Gadelha, que também é vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz. Desta vez, o tema central é “Saúde Coletiva num mundo globalizado – Rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas”. Segundo Gadelha, a escolha deveu-se às mudanças que a globalização têm provocado no campo social, especialmente na área da saúde. “Acontecimentos que antes eram muito localizados, como o surgimento de doenças emergentes, hoje se espalham rapidamente pelo mundo”, exemplifica. Questões como meio ambiente e violência, portanto, têm que ser pensadas de um ponto de vista global. “A idéia é que um congresso que é ao mesmo tempo nacional e mundial faça essa reflexão entre o local e o global”.

A extensa programação do evento foi dividida em quatro grandes eixos temáticos, abordados cada um



FOTO: CASSIANO PINHEIRO

Gadelha: reflexões que podem servir de referencial para candidatos

numa conferência magna. A primeira – “Ação global e determinantes sociais da saúde” – estará a cargo do presidente da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o epidemiologista inglês Michael Marmot (*Radis* 45). Para Gadelha, o debate em torno das iniquidades em saúde pode gerar uma nova maneira de pensar questões centrais para a área, como a promoção da saúde e a intersetorialidade. “A abordagem dos determinantes sociais traz uma contribuição fundamental para recuperar a visão que temos da relação saúde-doença”, diz.

A segunda conferência magna – “Globalização, pobreza e saúde” – será proferida pelo presidente da Fiocruz, o pediatra e sanitarista Paulo Buss. O objetivo deste eixo é discutir formas de enfrentamento das seqüelas da globalização. “Ao mesmo tempo em que esse movimento parece homogeneizador, cria processos de diferenciação, de iniquidades muito relevantes”, afirma Gadelha. “É preciso identificar e reconhecer as diferenças para construir processos de superação

que atendam à visão de que a saúde é um bem público global”.

Outra presença de destaque no congresso é a da professora da Fundação Getúlio Vargas Sonia Fleury, responsável pela terceira conferência magna do evento – “Proteção social e saúde num mundo globalizado”. Sonia discorrerá sobre as relações entre a promoção da saúde e os modelos de atenção, numa tentativa de reavaliar até que ponto estes modelos estão dando conta – ou se desviando – de sua finalidade básica, que é promover a saúde e tratar dos agravos.

Ao sanitarista e bioeticista italiano Giovanni Berlinguer, considerado um dos principais mentores intelectuais da Reforma Sanitária do Brasil, caberá a quarta conferência magna – “Inovações em ciência e tecnologia: o que isto significa para a saúde pública?”. A intenção deste eixo é debater os rumos do desenvolvimento científico-tecnológico que, para Gadelha, tanto pode trazer a superação de agravos de saúde, como pode significar também desperdício de recursos e desvios éticos, se mal conduzido.

A expectativa do presidente da Abrasco é que o congresso não seja apenas um momento de discussão, mas de tomada de ação, especialmente neste período pré-eleitoral. “O conjunto de reflexões que vamos fazer pode servir como instrumento referencial para o projeto dos candidatos”, propõe. “Estamos muito envolvidos no propósito de recuperar a saúde como um tema central na pauta política”. Gadelha espera que o congresso funcione como um articulador entre a comunidade acadêmica, os gestores, os trabalhadores da saúde e as áreas extra-SUS – uma parceria fundamental para o desenvolvimento do sistema público de saúde –, e não uma “atividade que se encerra no próprio congresso”.

No quadro, um guia básico para algumas atividades, que começam no dia 21 às 16h30 com a cerimônia de abertura. (B. C. D.)



## Alguns destaques da programação no Riocentro

PROGRAMA DATA	Palestras (Destaque) 9h30 Pavilhão 5	Conferências Magnas 11h às 12h Auditório Pavilhão 5	Grandes Debates (Destaque) Diariamente: 16h30 às 18h30 25/8: 14h30 às 16h30	Conferência de Encerramento 16h30 às 17h30 Auditório Pavilhão 5
Dia 22	Soraya Vargas Côrtes (UFRGS): Conselhos de Saúde – O falso dilema entre democratização e institucionalização. <b>Sala F1</b>	Michael Marmot (OMS): Ação global e determinantes Sociais da Saúde	Saul Franco (Colômbia); Joyce N. Thomas (EUA); Seggane Musisi (Uganda); Cecília Minayo (Fiocruz): Os desafios da violência para a saúde pública. <b>Pav. 5 / Sala E</b>	
Dia 23	José Gomes Temporão (Inca/MS): Os desafios atuais do SUS – Universalidade e qualidade da atenção à saúde no Brasil. <b>Sala F2</b>	Paulo Buss (Fiocruz) Globalização, pobreza e saúde	Gastão Wagner (Brasil); Asa Cristina Laurell (México); Thomas Coutrot-Dares (França); José Carvalho de Noronha (Ministério da Saúde): Política e construção do Bem-Estar Social nos Estados contemporâneos. <b>Pav. 5 / Auditório</b>	
Dia 24	Helder F. B. Martins (Moçambique): Cuidados de saúde primários – desafios e perspectivas 28 anos depois de Alma-Ata. <b>Sala F2</b>	Sonia Fleury (FGV) Proteção social e saúde num mundo globalizado	Leonardo Avritzer, Carlos Lessa e Paulo Gadelha (Brasil); Fernando Calderón (Bolívia); Boaventura Souza Santos (Portugal): Estado e democracia – Impasses num mundo globalizado. <b>Pav. 5 / Auditório</b>	
Dia 25	Joel Birman (IMS/Uerj): Subjetividade e biopolítica na cultura contemporânea. <b>Sala H3</b>	Giovanni Berlinguer (Aprile) Novas fronteiras em C&T: o que isso significa para a saúde coletiva?	Christopher Murray (Harvard/EUA); Philip Musgrove (NIH/EUA); Oscar Feo (Organismo Andino de salud); Amélia Cohn (USP); Sulamis Dain (IMS/Uerj); Maria Elizabeth Diniz Barros (Abres): O impacto das reformas estruturais no desenvolvimento humano. <b>Pav. 5 / Auditório</b>	Ilona Kickbusch (Swiss Federal Office for Public Health): Um tratado de saúde global – ilusão ou necessidade

Fonte: Abrasco. Íntegra da programação: [www.saudecoletiva2006.com.br](http://www.saudecoletiva2006.com.br)



## SERVIÇO

## EVENTOS

**3º ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE**

De 30 de agosto a 1º de setembro de 2006 a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa) promove o 3º Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, sob o tema "SUS, patrimônio da sociedade". Entre os 27 assuntos previstos para debate destacam-se Improbidade administrativa e SUS, Crimes no SUS, Farmácia Popular e o SUS e Doenças da pobreza.

Data 30 e 31/8 e 1º/9

Local Costão do Santinho Resort, Florianópolis

**Mais informações**

Fax (48) 3229-7508

E-mail eventos@ampasa.org.br

Site www.ampasa.org.br

**3º SIMBRAVISA**

Sob o tema "Vigilância sanitária, risco e desigualdade: quem se importa?", o 3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), pretende reunir dois mil profissionais de pesquisa, ensino e serviços de vigilância sanitária, de laboratório e áreas afins para refletir sobre as questões de vigilância sanitária e sua contribuição na redução dos riscos e das desigualdades em saúde e na construção da cidadania. O evento tem apoio do Ministério da Saúde e várias instituições, como Conass, Conasems, Anvisa e Fiocruz.

Data 26 a 29 de novembro de 2006

Local Centro de Convenções Centro-Sul (Avenida Gustavo Richard, s/n), Florianópolis

**Mais informações**

Tel. (48) 3221-8468

Fax (48) 3221-8475

E-mail simbravisa@simbravisa.com.br  
Site www.simbravisa.com.br/

## INTERNET

**FÓRUM DE DISCUSSÃO DO DATASUS**

O Departamento de Informação e Informática do SUS, o DataSUS (www.datasus.gov.br), vinculado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, coleta, processa e dissemina informações sobre saúde. Entre os vários serviços que oferece (Ensino a Distância, Acervo de Arquivos, Gestão do Conhecimento, Videoconferência, Capacitação, Catálogo, Internet, Acessibilidade) está o Fórum de Discussão, ferramenta da internet para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas com colegas mais experientes. No fórum do DataSUS há 2.562 usuários registrados, que já postaram 10.162 mensagens.

No âmbito do tema "Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos", por exemplo, havia 193 mensagens tratando de 88 tópicos a respeito do Sistema de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Sifab), um programa bem recente no SUS que deve gerar 22 mil vagas para farmacêuticos na Atenção Básica (ver pág. 19). Do pré-natal ao software livre, há mais de 20 temas em debate.

Site <http://forum.datasus.gov.br/>

## PUBLICAÇÕES

**GESTÃO DO TRABALHO**

Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos, edição do Ministério da Saúde, integra os esforços de modernização da gestão do trabalho em saúde, um dos pontos críticos do Sistema Único de Saúde. Organizado por Ana Luiza Stiebler Vieira e Antenor Amâncio Filho, ambos Estação de Trabalho Ensp/Fiocruz, da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, o livro analisa informações sobre 14 graduações da área de saúde de interesse para uma extensa gama de atores da política nacional de saúde, que necessitam conhecer mais e melhor as características dos



processos de gestão do trabalho, de regulação das profissões e da educação dos trabalhadores de saúde do Brasil.

## BIOTECNOLOGIA

O útero artificial, do médico, biofísico e filósofo francês Henri Atlan, publicado pela Editora Fiocruz, apresenta o estado da arte na pesquisa em "útero artificial", biotecnologia de ponta na área da reprodução: se inicialmente seu uso pode ser limitado a funções terapêuticas, como a substituição de incubadoras para manter vivos bebês extremamente prematuros, prevê-se que um dia inevitavelmente sejam usados para atender a "desejos de ter filhos" que a procriação natural não permitia satisfazer. Atlan trata também das repercussões morais, culturais e sociais de seu emprego, suscitando questões de interesse não apenas para especialistas, mas para o público em geral. "Dentre outras, como ficariam noções tão caras como aquelas relativas ao amor materno, às hierarquias familiares e aos papéis tradicionais femininos e masculinos num mundo futuro onde a evolução da espécie fosse transformada por novas práticas?", pergunta o professor Fermin Roland Schramm, que assina o texto da contracapa.



## ENDEREÇOS

**Editora Fiocruz**

Av. Brasil, 4.036, sala 112, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ  
CEP 21040-361

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

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

**Ministério da Saúde**

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G (Edifício-Sede), 7º andar, salas 708/710, Brasília, DF  
CEP 70058-900

Tel.: (61) 315-2846/2860

Fax (61) 315-2862

E-mail sgtes@saude.gov.br

# Carta de Recife

*Alguns pontos do documento final do 22º Conasems. A íntegra pode ser lida no endereço da web [www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-02.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/48/web-02.html)*

Os secretários municipais de Saúde reunidos no 22º Conasems reiteraram seu compromisso com a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos brasileiros e demais povos do continente, bem como com a consolidação do SUS, tomando as seguintes deliberações:

## 1) Sobre a Agenda da Reforma Sanitária

Considerando o direito à saúde como direito social de cidadania, a Assembléia do Conasems decide:

- ♦ discutir a reforma sanitária visando a consolidação e o aperfeiçoamento do SUS, considerando seus princípios e diretrizes, e não a reforma da reforma;
- ♦ defender o SUS tendo como argumento principal sua característica de conquista social, sem impedimento de seu aperfeiçoamento jurídico, porém sempre mantendo os princípios fundamentais de: direito e acesso universal; dever do Estado; equidade; integralidade; financiamento público; relevância pública; controle social, descentralização e regionalização e a gestão pública do sistema;
- ♦ repactuar o SUS construindo uma agenda de trabalho para o setor saúde com a participação do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems considerando as desigualdades sociais e os determinantes sociais da saúde;
- ♦ construir uma agenda de compromisso do movimento municipalista com a saúde adequada ao contexto atual e à sua complexidade, considerando as questões derivadas das transições demográfica e epidemiológica, o processo de judicialização do setor saúde e o conflito entre equidade e universalidade;
- ♦ ampliar a agenda da saúde vinculando-a à necessidade de desenvolvimento econômico e de reforma política;
- ♦ reiterar o posicionamento do Conasems

contra o uso político do Ministério da Saúde nas barganhas políticas e partidárias.

## 2) Sobre a governabilidade local e o Pacto Federativo

Considerando os paradoxos do federalismo brasileiro; as dificuldades de governabilidade e governança na implementação do SUS; a necessidade de definição clara da responsabilização sanitária, de garantia do princípio do comando único, de avanços no combate às desigualdades sociais, do desenvolvimento da cultura do federalismo solidário; o aumento da demanda por serviços de saúde versus seu atendimento com os recursos existentes; e a necessidade de construção de uma nova agenda federativa para a saúde, a Assembléia decide:

- ♦ pactuar a governabilidade local e o Pacto Federativo de forma solidária e co-responsável entre instâncias, poderes, esferas, segmentos sociais, com amplo reconhecimento das diferenças e heterogeneidades que marcam a Federação;
- ♦ enfatizar políticas intersetoriais coerentes e articuladas, visando a redução das iniquidades sociais e em saúde;
- ♦ realizar a articulação intersetorial visando políticas sociais inclusivas que impactam o campo da saúde, considerando gênero e etnia;
- ♦ ampliar a política de alianças na saúde.

## 3) Sobre o Pacto pela Saúde 2006

Considerando os avanços na descentralização da saúde e a importância dos municípios no SUS, a assembléia decide:


- ♦ defender de forma intransigente o Pacto pela Saúde 2006 em seus três eixos — Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS;
- ♦ enfatizar o protagonismo dos municípios na construção deste Pacto;
- ♦ aprofundar a discussão, junto à sociedade civil organizada, inclusive o Ministério Público, sobre o real dimensionamento da integralidade da atenção à saúde no texto constitucional e a forma de operacionalização, no contexto da equidade;

♦ adotar o pacto de responsabilidade solidária, rompendo com a cultura de hierarquia entre entes federados, bem como com o aspecto cartorial de estabelecimento da gestão;

- ♦ fortalecer os Cosems com vistas à qualificação das negociações e à garantia de participação de todos os municípios de sua área de jurisdição;
- ♦ considerar o cumprimento de metas e indicadores de monitoramento do Pacto na regulamentação do Bloco de Gestão, inclusive com a criação de incentivos de valorização de resultados;

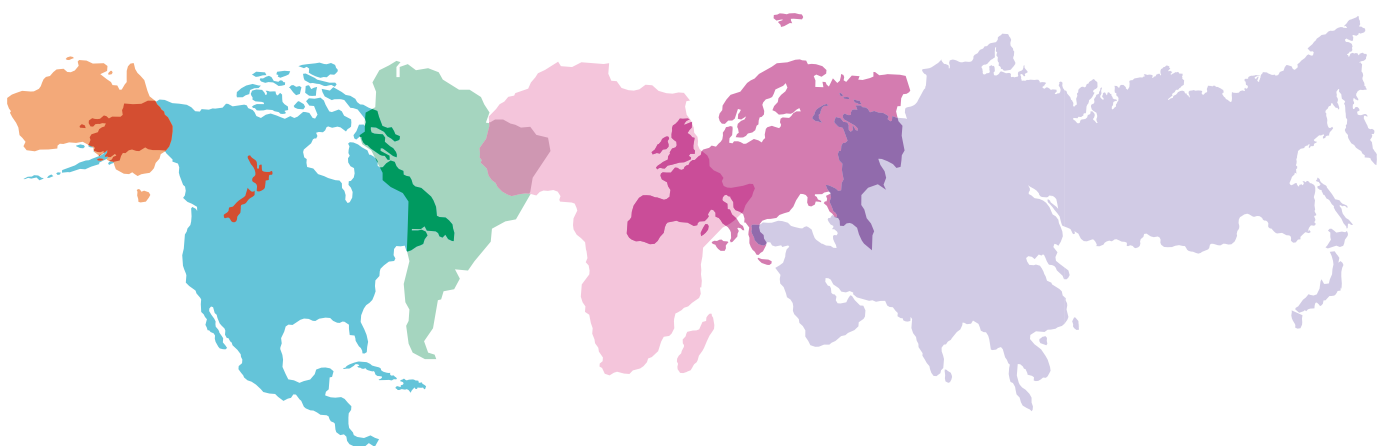
## 4) Sobre o Financiamento

Considerando a universalização e a integralidade preconizadas pela Constituição e a necessidade de cumprimento destes princípios constitucionais, a Assembléia decide:

- ♦ exigir o cumprimento e a regulamentação da Emenda Constitucional 29;
- ♦ manter a vinculação orçamentária para o financiamento da saúde;
- ♦ garantir recursos para a saúde nos orçamentos públicos, com a clara definição do que seja gasto com saúde;
- ♦ reafirmar que a responsabilidade pelo financiamento da saúde universal é compartilhada e solidária das três esferas de governo;
- ♦ reafirmar a transferência de recursos fundo a fundo como a modalidade de financiamento mais adequada para o setor, inclusive os repasses estaduais a municípios;
- ♦ reiterar que a alocação de recursos no SUS deve ser baseada nos planos de saúde, elaborados de forma participativa e ascendente e que a forma atual de alocação de investimentos, por emendas parlamentares, não atende a esta necessidade;
- ♦ reafirmar a inclusão do fator amazônico no financiamento da saúde;
- ♦ reafirmar o princípio da equidade enquanto principal diretriz para redução das iniquidades regionais. 



# Saúde Coletiva em um mundo globalizado: Rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas



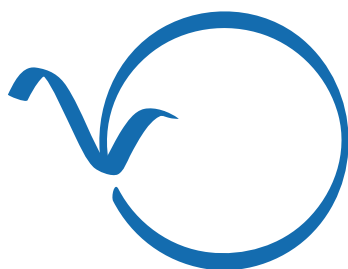
Desigualdades no acesso a moradia, educação, trabalho, lazer, terra e liberdade; fome, pobreza e violência seguem determinando e comprometendo a saúde e a vida de três quartos da população mundial.

Respostas a muitos dos nossos problemas exigem vontade e decisão, laços solidários e ação em defesa da democracia, da justiça social e do desenvolvimento.

## **O 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública esperam por você!**

Oito mil trabalhos científicos distribuídos em conferências, debates, painéis e palestras.

Ministros de estado, gestores, professores, pesquisadores, profissionais e lideranças da Saúde nacionais e internacionais, defendendo valores e apresentando diferentes visões de mundo, desejos e projetos.



11º CONGRESSO  
MUNDIAL DE  
SAÚDE PÚBLICA | 8º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
SAÚDE COLETIVA  
Rio de Janeiro - 21 a 25 de Agosto de 2006