

NESTA EDIÇÃO

Radis 25 anos

Santos (SP) mantém e amplia as conquistas que o jornal *Proposta* registrou há 16 anos

Fundação estatal

Tudo indica que esse assunto vai dominar os debates da 13ª

RADIS
comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 61 ♦ Setembro de 2007

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...



Ciências Sociais

**Congresso em Salvador
atesta triunfo da área
na Saúde Coletiva**

Mirta Roses
Prioridade do continente
é a redução da desigualdade

MAIS: 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Um presente para a comunidade científica

O nome é comprido: *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Científica e Tecnológica em Saúde*, mas pode chamar de *Reciis*. Se fosse impresso, o volume de lançamento teria 176 páginas, mas é uma publicação eletrônica. Difícil calcular quanto custaria uma assinatura, provavelmente muito, mas o conteúdo está disponível na internet, e em dois idiomas: português e inglês. Basta que o leitor preencha um cadastro simples.

A iniciativa, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), teve adesão maciça da comunidade científica, certamente pelo ineditismo: a *Reciis* é pioneira no gênero. A receptividade surpreendeu a diretora do Icict, Ilma Noronha. "Para compor o conselho editorial, com representantes de vários países, convidamos 57 pesquisadores", conta. "A expectativa era que metade aceitasse, mas 50 responderam positivamente".

Reciis é um projeto aberto a contribuições que combinem rigor acadêmico e linguagem acessível. "A intenção é publicar semestralmente textos críticos sobre as três áreas, funcionando como um fórum multidisciplinar de debates entre os leitores", anunciou o editor-chefe, Carlos Saldanha, na festa de lançamento, em fins de junho.

Os artigos poderão ser submetidos pela internet. Além das edições regulares, a revista terá suplementos. Dois já estão programados: um sobre bioinformática em saúde, a

cargo de Wim Degreve, coordenador do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Insumos para Saúde (PDTIS/Fiocruz); outro sobre inovação em saúde e propriedade intelectual, a cargo da pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) Cláudia Chamas. O primeiro está prometido para dezembro de 2007; o segundo, para o primeiro semestre de 2008.

Em palestra no lançamento do primeiro volume, o pesquisador Carlos Morel, coordenador-geral do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS) da Fiocruz, abordou a importância da informação científica para o avanço da ciência, e disse entender a *Reciis* como uma inovação — "já que inovação não é só um produto físico" — e uma forma de resistência à divisão dos países em dois blocos, Norte e Sul, prática dos organismos internacionais que o preocupa. "Pela proposta plural, pelo conteúdo e pela acessibilidade, *Reciis* tem lugar entre os instrumentos estratégicos que ajudam a construir alternativas ao modelo atual".

Morel ressaltou o compromisso da Fiocruz com a disseminação do conhecimento científico. Para ele, a *Reciis* é fruto da trajetória de outras publicações, como *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (do IOC), *Cadernos de Saúde Pública* (da Ensp) e *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* (da Casa de Oswaldo Cruz).

Mais informações

Políticas editoriais e instruções para submissão de artigos estão no link "Sobre" no site da revista (www.reciais.cict.fiocruz.br).



Carlos Morel, Ilma Noronha e Carlos Saldanha: lançamento pioneiro

FOTO: PAULO RODONI/FIOCRUZ

Desenvolvimento para quem?

O governo decidiu que o Brasil tem que crescer. Mas perdura a ambivalência entre crescimento econômico sustentado (contínuo) e desenvolvimento social e ambientalmente sustentável.

Participantes da 3ª Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional não tiveram dúvida: o desenvolvimento deve assegurar a diversidade cultural e estar fora da lógica de mercado, com boa alimentação para todos. O modelo atual "gera desigualdade, pobreza e fome, além de impactos sobre a saúde e o meio ambiente", diz a "Carta de Fortaleza". Enquanto o presidente Lula abria o encontro exigindo "que os países pobres possam exportar produtos agrícolas", João Pedro Stédile, do MST, declarava aos jornais que o "modelo que alia capital financeiro com latifúndio esgota a reforma agrária clássica" e que "o maior mercado potencial de produtos agrícolas não é Europa nem EUA, mas os pobres do Brasil".

Ao assumir a presidência do Ipea, o economista Márcio Pochmann afirmou que na nova divisão internacional do trabalho ficamos responsáveis pelos produtos primários, de baixo valor agregado, com salários baixos, longa jornada de trabalho e alta rotatividade.

No 4º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde não faltaram propostas de desenvolvimento sustentável. Para o ministro Temporão, a saúde deve ser "componente estruturante de um

modelo de desenvolvimento econômico e social". Mirta Roses, diretora da Opas, acrescentou que tudo deve ser feito para reduzir as desigualdades. Quanto ao papel do Estado, a ex-deputada Jandira Feghali afirmou: "O Estado tem que fazer sua parte, garantindo os direitos básicos dos cidadãos: saúde, educação, trabalho, previdência e até informação".

O Estado "raqüítico", encolhido pelo neoliberalismo, também recebeu críticas de Pochmann: "Ao contrário do que alardeia o conservadorismo da mídia, os funcionários públicos (brasileiros) representam 8% da população economicamente ativa, contra 12% em 1980". Enquanto isso, a contratação de trabalhadores pela CLT, no projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, é vista por seus detratores como uma desistência à busca de um Estado de tamanho compatível com sua missão.

O que diria de tudo isso um dos gurus da Reforma Sanitária, David Capistrano Filho, falecido em 2000, não se pode adivinhar. Mas seu legado na implantação do SUS em Santos, exemplo na atenção à saúde mental e aids registrado pelo RADIS há 16 anos, segue preservado e ampliado mesmo por governos adversários. Constatamos em nova reportagem na cidade que o Estado não se encolheu diante dos desafios da Saúde.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Um presente para a comunidade científica 2

Editorial

- ♦ Desenvolvimento para quem? 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4

Súmula

- 6

Toques da Redação

- 8



3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

- ♦ Diversidade e crítica à lógica de mercado 10

- ♦ Entrevista: José Graziano da Silva "Nunca vi gente passando fome quando é organizada" 13



Primeiros passos do SUS

- ♦ De volta a Santos 14

4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

- ♦ Quatro dias dourados na Bahia 19

- ♦ Entrevista: Mirta Roses Periago "É preciso olhar todas as experiências para não repetirmos problemas já identificados" 28

Fundações estatais de direito privado

- ♦ O assunto do momento 30

- ♦ Só o debate salva 31

- ♦ Entre a desinformação e a má-fé 32

- ♦ A contra-reforma do Estado 33

Serviço

- 34



Pós-Tudo

- ♦ SUS: uma bandeira feminista 35

CARTUM

NO CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EM SALVADOR...

NUMA IDA AO PELOURINHO, FUI ABORDADO POR UMA VENDEDORA EXTREMAMENTE SIMPÁTICA.

ESTE CORDÃO É UM PRESENTE DA BAIANA.

MAS ESSES ERAM PRA VENDER.



ACABEI COM TRÊS BALANGANDÃS A MAIS QUE NUNCA VOU USAR E 40 REAIS A MENOS NA CARTEIRA.



NO DIA SEGUINTE, NO CONGRESSO, DESCOBRI QUE EU NÃO TINHA SIDO A ÚNICA VÍTIMA DA SIMPATIA DA BAIANA.

A.D.



CARTAS

A DÍVIDA COM A ATENÇÃO BÁSICA



Achei excelente o artigo "A dívida com a Atenção Básica", da revista de julho/07. Fiquei imaginando quão enriquecedor foi o ciclo de palestras mencionado. Gostaria de saber se o evento foi gravado e se há outros materiais disponíveis. Em caso afirmativo, como poderei adquiri-los? Gostaria de utilizá-los em reuniões técnicas com os colegas

da Regional de Saúde onde trabalho.
♦ Lucimeri P. A. Lucon, Cianorte, PR

☑ *Cara Lucimeri, a íntegra do ciclo está na Biblioteca Multimídia da Ensp/Fiocruz (www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home). Faça busca pela palavra-chave "Conversando" e role a página até encontrar os arquivos do III Ciclo de Debates "Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família".*

Sou enfermeira, atuo no Programa Saúde da Família e "devorei" a edição n° 59, pois sou apaixonada pela Saúde Pública e pela Saúde da Família. Obrigada pelas informações que todos os meses chegam a minha casa. Quero sempre continuar recebendo essa maravilhosa revista. Obrigada também pela informação de abertura dos editais do Mestrado e Doutorado da Ensp 2008. Vocês poderiam divulgar de outras instituições, pois isso contribui para a formação dos profissionais que atuam na área, fortalecendo assim a luta em defesa da Saúde Pública.

♦ Pricila Oliveira de Araújo, Feira de Santana, BA

Sabemos que a Atenção Básica resolve 85% dos problemas de saúde, porém, na minha região, somos massacrados porque não temos os 15% do atendimento de média e alta complexidade! Sou da Chapada Diamantina, e minha plena seria em Itaberaba, mas não funciona. Os recursos continuam por lar de todos os municípios que são pactuados!!!!!!!!!!

♦ Nedson Santana, Itaberaba, BA

Gostaria de parabenizar os produtores da revista pela atenção dedicada à diabetes mellitus na edição 59. Aumento de incidência e prevalência, sua manifestação como causa de morbidade e mortalidade, bem como alto índice de subdiagnóstico demonstram a necessidade de se implementarem projetos que favoreçam a disseminação de informações sobre a doença, contribuam para o controle glicêmico mais adequado e diminuam, assim, a manifestação de complicações-causas de desconforto aos pacientes e ônus ao Estado. Parabéns e obrigado.

♦ Bráulio Nunes da Silva, estudante, Belo Horizonte

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 60.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

Ouvitoria Fiocruz
Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvitoria

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha
Domingez

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa e Fábio Renato Lucas

Informática Oswaldo José Filho e Gabriel
Bittencour Cardoso (estágio supervisionado)

Endereço

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

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br
Site 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.

VÍDEO DA DOZE

Participei da 12ª Conferência Nacional de Saúde, e gostaria de saber como faço para adquirir o vídeo sobre o tema. Fui delegado representando o usuário e pretendo ter este material.
♦ Eudice L. da Silva, Monte Mor, SP

☑ *Caro leitor, entre em contato com a distribuidora VideoSaúde/Fiocruz. Tel.: (21) 3882-9109/9110; e-mail: videosaude@cict.fiocruz.br*

CARINHOS DE LEITOR

É com grande satisfação que agradeço a toda equipe pelo excelente trabalho em cada edição. Sou técnica de enfermagem e presencio a cada dia a carência pela humanização e a falta de sensibilidade de muitos profissionais desse ramo, estabelecendo um clima tenso e desprazeroso nesses ambientes. Esperamos que não somente um título nos faça mais humanos, mas um grande amor pelos nossos pacientes. Beijos e abraços.

♦ Gardene Araújo da Conceição, Caxias, MA

Sou assinante da revista *Radis* desde Abril de 2006. Não vinha atuando formalmente na área da saúde desde 2004. No ano passado retomei minha atuação na área, em atividade de capacitação de recursos humanos, e a revista vem sendo uma importante fonte de atualização!

♦ Michel Aguiar Oliveira, advogado, Porto Alegre

LEITORES SOLIDÁRIOS

Estou com dois códigos de assinante da *Radis*. Agradeceria que um destes códigos fosse cancelado, permitindo a distribuição da revista correspondente a outro assinante.

♦ Cesar Augusto de B. Vieira, professor universitário, Belo Horizonte

Gostaria de cancelar minha assinatura, por ir trabalhar fora do país e não ter local definido. Ficarei grato de dar a outra pessoa: provavelmente ela ficará satisfeita como fiquei em ler esta revista.

♦ Antonio Martins de Araújo, Pirapozinho, SP

Estou com duplicidade de assinatura. Recebo dois exemplares da revista com códigos de assinante diferentes. Gostaria de solicitar o cancelamento. Apenas uma delas!

♦ Mônica de Rezende, pesquisadora, Rio de Janeiro

▣ *Parabéns pela iniciativa. Assim, economizamos dinheiro público e ampliamos nossa interlocução.*



C.P.

À ESPERA DA RADIS

Sou psicóloga, atuo junto à Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado, RS. Estou fazendo o curso de pós-gra-

duação em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Atuo também nas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Saúde. Gostaria de saber como poderia receber a revista, estou muito interessada em beber da fonte desta importante fonte de conhecimento.

♦ Jacqueline L. Bertoglio, Lajeado, RS

Tive a felicidade, em minhas viagens de supervisão do programa da dengue em um de nossos municípios, de conhecer a revista, a qual achei muito interessante e gostaria de recebê-la, porque tenho certeza de que será de grande importância no meu trabalho.

♦ Mauro C. Leal, Ponta Grossa, PR

Sou aluna da 4ª série de Enfermagem e apaixonada pela saúde pública. Gostaria muito de receber a revista, que será de muito bom uso, pois também dou monitoria de saúde coletiva, epidemiologia, interação comunitária. Sou aluna do professor José Martins Pinto Neto (*Radis* 56), que escreveu carta a vocês e nos indicou a revista.

♦ Gislaine Machado dos Santos, Ouroeste, SP

Olá! Boa tarde! Gostaria de saber por que não recebo a revista *Radis* desde quando fiz a assinatura.

♦ Fabiana Poim, Jequié, BA

Gostaria de parabenizá-los pelo conteúdo informativo apresentado na *Radis*. Trabalho na área da saúde e fui "apresentada" à revista esta semana! Gostaria de receber em minha residência a revista, pela qual fiquei muito interessada. Agradeço desde já o retorno... aguardo ansiosa!

♦ Marina Brandalise, Flores da Cunha, RS

O Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará (Cedeca/CE) é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, fundada em 1994, como fruto da articulação de entidades da sociedade civil, movimentos sociais e instituições voltadas à defesa da criança e do adolescente. Fundamentados no art. 87, V, da Lei nº 8.069/1990, temos como missão a defesa jurídico-social de direitos fundamentais infanto-juvenis, principalmente os elencados no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.

Trabalhamos associando intervenção jurídica, mobilização social e produção de conhecimento crítico, com vistas à construção de uma sociedade que exercite plenamente os direitos humanos infanto-juvenis. Utilizamos as seguintes estratégias de trabalho: mobilização social, proteção jurídico-social, produção de conhecimento, desenvolvimento institucional.

Temos um pequeno acervo de livros e revistas, e gostaríamos de solicitar o envio da *Radis*, visto que temos o interesse de, assim como os demais, deixar acessível a todos que procurem nossa tímida biblioteca.

♦ Diana Peres, secretária, Fortaleza

Gostaria de parabenizar pelas matérias, que pude acompanhar pela internet; e também gostaria de saber o que fazer para receber a revista em casa.

♦ Deise Oliveira de Freitas, Duque de Caxias, RJ

Achei de assinar a revista. Estou ansiosa para recebê-la, pois será meu instrumento de trabalho e estudo.

♦ Leidiane F. Oliveira, Juazeiro, BA

Cadastrei-me no sistema para receber a *Radis* devido ao meu grande interesse pelos assuntos publicados. Sou instrutora de ioga, curso Educação Física e pretendo realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso relacionado à Saúde Pública. (...) Estou enviando este e-mail na esperança de contar com o apoio de tão renomada instituição no meu aprendizado.

♦ Valéria Werneck, Juiz de Fora, MG

Sou médico na cidade de João Pessoa. Gostaria que vocês me enviassem mensalmente a revista *Radis*.

♦ Severino Rodrigues de Figueiredo, João Pessoa

▣ *Caros amigos, a assinatura está sujeita à ampliação do cadastro, com preferência a bibliotecas e instituições.* ▣

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

CRÍTICA AO ESTADO "RAQUÍTICO"

O economista gaúcho Marcio Pochmann, professor do Instituto de Economia da Unicamp, assumiu em 14 de agosto a presidência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Autor de 27 livros sobre desenvolvimento e inclusão social, Pochmann é antigo aliado dos sanitaristas e freqüente debatedor dos encontros da saúde pública.

No discurso de posse, criticou a falta de aparelhamento da máquina pública. "Temos um Estado raquítico", afirmou: ao contrário do que alardeia o conservadorismo da mídia, os funcionários públicos representam 8% da população economicamente ativa, contra 12% em 1980. "Nos países desenvolvidos, varia de 18% nos Estados Unidos a 40% nas nações escandinavas, que são modelo de democracia, com justiça social e competitividade avançada". Na Europa em geral, o percentual é de 25%; Espanha e Portugal têm cerca de 20%. "Aqui faltam até quadros para gerir o PAC", disse.

Em entrevista à Agência Carta Maior, Pochmann anunciou que suas prioridades serão "o Brasil, sua complexidade e sua diversidade", a abertura de diálogo sobre o futuro do país, que está "em construção", e sua reinserção no mundo, já que na nova divisão internacional do trabalho ficamos com "a execução, e não com a concepção". Por exemplo, a nós cabe a produção de produtos primários, de baixo valor agregado, com salários de padrão asiático – valor baixo, longa jornada de trabalho, alta rotatividade.

R\$ 6,9 BILHÕES PARA SANEAMENTO

O governo apresentou (3/8) programa de saneamento e urbanização de favelas em 13 estados (Acre, Amapá, Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Pará, Maranhão, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Tocantins). Ao todo, serão aplicados R\$ 6,869 bilhões em obras em municípios com mais de 150 mil habitantes. Serão recursos do Orçamento da União (R\$ 5,9 bilhões) advindos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). O restante envolve financiamentos federais e contrapartidas de estados e municípios. Os maiores valores serão destinados ao

Pará (R\$ 970,1 milhões) e ao Distrito Federal (R\$ 858 milhões). Anunciado em janeiro deste ano, o PAC prevê centenas de projetos do governo e das estatais, visando o crescimento do país, com investimentos de R\$ 504 bilhões.

ABORTO E DESIGUALDADE

O aborto inseguro e suas complicações refletem a desigualdade social brasileira, informou *O Estado de S. Paulo* em 3/8: há o dobro de casos nas regiões mais carentes e ocorre com três vezes mais freqüência entre negras e pobres, segundo o estudo "Magnitude do aborto no Brasil". Nas regiões Sul e Sudeste (exceto RJ), as taxas ficam abaixo de 20 abortos induzidos para cada 100 mulheres de até 49 anos. No Norte-Nordeste (exceto RN e PB), os índices estão acima de 21 abortos por 100 mulheres. No Acre e no Amapá, são 40 abortos feitos ilegalmente para cada 100 mulheres. O estudo é da ONG Ipas e do Instituto de Medicina Social da Uerj, a partir de estatísticas oficiais.

Nos países desenvolvidos, há um aborto para cada 8 nascidos vivos. No Brasil e na América Latina, a relação é de um aborto para cada 4. Em Salvador, há mais de 10 anos o aborto provocado é a principal causa de mortalidade materna; no restante do país, está em terceiro lugar. Pelo Código Penal, o aborto é permitido em casos de estupro ou gravidez de risco para a mulher. "É equivocado falar em quem é a favor ou quem é contra o aborto", disse ao jornal o juiz José Henrique Torres, de Campinas. "O enfrentamento do problema deve ser feito por meio das políticas públicas, da saúde e da prevenção."

HIV NAS AMÍDALAS

Estudo dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos mostrou que um dos receptores para a entrada do HIV nas células humanas, o CXCR4, está presente nas amídalas. A pesquisa será publicada na *American Journal of Pathology*, segundo o diário espanhol *El País*. Médicos duvidavam dos relatos de pessoas infectadas pelo HIV, que diziam não ter mantido relações sexuais com penetração e sem proteção. A identificação de uma via de transmissão oral para o vírus responsável pela aids levou

25 anos. Antes desse estudo, médicos afirmavam que a infecção por via oral pelo HIV ocorreria somente se houvesse ferida nas gengivas.

PRESSÃO NAS FARMÁCIAS

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) "reagiu indignada" à proposta da Anvisa que permite que farmacêuticos meçam a pressão arterial das pessoas, informou *O Estado de S. Paulo* (27/7). A prática, proibida por lei, está na Consulta Pública 69 (aberta até 10 de setembro), que regula o funcionamento de farmácias e drogarias. A resolução impede uma série de abusos, como a venda de carvão ou ração animal no mesmo local dos remédios, mas autoriza alguns procedimentos para farmacêuticos, como a medição da pressão arterial – que para a SBC é atribuição exclusiva de médicos.

A proposta autoriza também que os farmacêuticos façam testes rápidos de glicose, pequenos curativos, inalação e medição de temperatura. A idéia é que a farmácia seja local de promoção à saúde, não mero ponto de venda. Na própria Anvisa não há consenso: dois dos quatro diretores reprovaram a proposta. O formato foi mantido pelo voto de desempate do diretor-presidente, Dirceu Raposo de Mello. O diretor Cláudio Maierovitch, contrário às mudanças, acha que um diagnóstico não pode ser feito no mesmo local em que o remédio é vendido. E a medição da pressão estimularia a "empurroterapia" (venda que rende gratificações). "Uma medição não é suficiente para dizer se a pessoa é ou não hipertensa", argumenta.

Para José Miguel do Nascimento Júnior, diretor-substituto do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, a medição da pressão arterial pode ser útil a públicos específicos, como os idosos.

CTNBIO VERSUS ANVISA

O Estado de S. Paulo publicou (31/7) carta da Anvisa rebatendo editorial do jornal que acusava a agência de ser fundamentalista e disputar poder, por ter aberto em julho consulta pública com um roteiro a ser seguido pelas empresas interessadas em ter produtos transgênicos

liberados comercialmente. A justificativa: está entre as atribuições da agência zelar pela segurança dos alimentos. "A postura da Anvisa não pode ser confundida com qualquer tipo de fundamentalismo", escreveu o diretor Cláudio Maierovitch, "mas sim com a defesa radical da missão institucional de defesa da saúde". E prosseguiu: "Se, em 2003, tivemos o prédio cercado por caravana do MST e da Via Campesina porque afirmamos que a soja geneticamente modificada não representava risco à saúde humana, da mesma forma defendemos a necessidade de critérios claros e responsabilidades bem endereçadas em todas as etapas, da aprovação à notificação de eventos adversos, passando pelo controle das cadeias de produção, distribuição e comercialização de produtos de consumo humano".

Para o diretor, não se trata de disputa de poder, vaidade ou tentativa de "retomada de terreno", e sim do cumprimento das tarefas que competem legalmente à instituição. Em 9 de agosto, 44 entidades da sociedade civil organizada e 5 deputados federais do PT divulgaram carta de apoio à Anvisa por ter lançado a consulta pública. De pouco adiantou. No mesmo dia, reunião especialmente convocada do Conselho Nacional de Biossegurança decidiu que a consulta continua, mas seu resultado terá caráter apenas consultivo.

ÁLCOOL AO VOLANTE

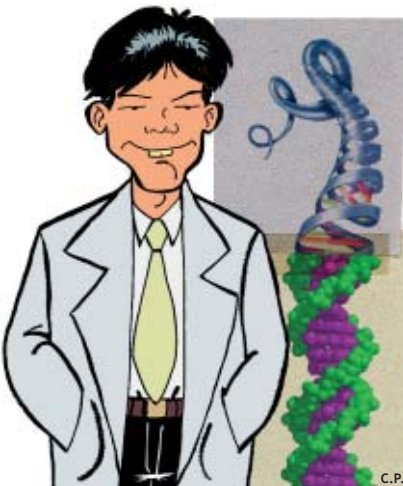
O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou em 30/7 que o governo enviará ao Congresso em agosto projeto de lei proibindo a venda de bebidas alcoólicas à beira de rodovias. "Tenho conversado com governadores e prefeitos para que tomem iniciativas semelhantes", disse Temporão ao *Valor* (31/7).

No dia 27 o jornal anunciara que 3 motoristas em cada 10 bebem antes de dirigir, segundo estudo da Unifesp em 5 cidades. Os pesquisadores acompanharam operações policiais em 2006 e 2007 nas ruas de cinco cidades em noites e madrugadas de sexta-feira e sábado, quando mais se bebe. Submeteram-se ao bafômetro 4.054 motoristas: 30,3% tinham algum álcool no sangue e 19,3% tinham álcool em níveis superiores ao permitido por lei. O índice máximo tolerado é de 0,06 grama de álcool por 100 ml de sangue — ou dois chopos. Vitória, com 41,6%, e Belo Horizonte, com 38%, foram as cidades com maiores índices de álcool no sangue dos motoristas.

Os motoristas que aceitaram participar da pesquisa responderam a questionário. Os que mais bebem antes de

dirigir: homens, solteiros, entre 21 e 30 anos. "São os nossos filhos jovens", resumiu o médico Ronaldo Laranjeira, que liderou a pesquisa ao lado do colega Sérgio Duailibi, ambos da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad/Unifesp). Temporão afirmou que o governo está empenhado em aprovar leis que proibirão a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias e que reduzirão a publicidade da cerveja.

E O COREANO ACERTOU SEM QUERER...



Revisão dos estudos do pesquisador sul-coreano Hwang Woo-suk, que caiu em desgraça por fraudar experimentos com células-tronco, revelou que ele gerou mesmo células-tronco. Não por clonagem, como alegou nos artigos posteriormente desacreditados, mas por um processo chamado partenogênese, antigo desafio da ciência: por ele, um óvulo não-fertilizado é estimulado a dividir-se mesmo sem ter se fundido a um espermatozóide. Algumas espécies conseguem procriar assim, mas óvulos humanos não se desenvolvem o bastante para originar um embrião.

Em 2004, Hwang e colegas da Universidade Nacional de Seul anunciaram a produção de embrião humano por transferência nuclear e a retirada de células-tronco do clone. Dois anos depois, as pesquisas foram declaradas fraudulentas. Os autores da recente revisão, Kitai Kim e George Daley, do Instituto de Células-Tronco de Harvard, em artigo para a revista *Cell Stem Cell* (2/8), afirmam não ter dúvida de que a equipe de Hwang obteve o feito: o grupo gerou células-tronco "por acidente e não tinha instrumentos para determinar o que tinha criado". A tentativa de fraude "foi um lamentável caso de má conduta" científica, disse Daley à agência Efe.

SUÁDE ESCOLAR

A Prefeitura de São Paulo pretende adotar o programa Aprendendo com Saúde, inicialmente com 13 equipes, compostas de médicos, assistentes sociais e psicólogos, para diagnosticar problemas no desenvolvimento físico, mental e social, que possam interferir no processo de aprendizado de alunos da rede pública. As equipes permanecerão por uma semana em cada unidade escolar para avaliar 1,1 milhão de alunos em um ano. A visita deverá se repetir a cada 12 meses, segundo disse o secretário municipal de Educação, Alexandre Schneider, ao *Estado* (31/7). Há dois anos, a Secretaria Municipal de Educação divulgou estudos que revelavam problemas de saúde nos alunos: 57% apresentavam anemia; 70% tinham cáries; 30%, problemas auditivos; 37%, dermatoses; 10,5%, obesidade; 83% dos alunos do quarto ano consumiam bebidas alcoólicas; 49% das alunas e 27% dos alunos fumavam.

MONITORAMENTO DE RIOS

A partir da combinação de diferentes indicadores biológicos colhidos em bacias hidrográficas da Serra dos Órgãos (RJ), pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) desenvolveram um índice para medir a qualidade da água em rios, informou em julho a Agência Fapesp. O índice é composto de seis medidas biológicas a partir da presença de organismos que vivem nos rios, particularmente insetos.

Com base na riqueza de organismos em determinado ecossistema, um índice é montado para classificação de *muito bom*, *bom*, *regular* ou *pobre*. São coletadas amostras de areia, folhas ou pedras e, no laboratório, identificados os organismos presentes. Uma das medidas biológicas analisadas é o percentual de insetos aquáticos das ordens Diptera (mosquitos), cujas larvas normalmente são resistentes à poluição, e Coleoptera (besouros), em que as espécies costumam ser mais sensíveis à poluição.

Como a fauna varia de acordo com a região, as medidas biológicas precisam ser adaptadas a cada local.

NOVO MODELO DE REFORMA AGRÁRIA

Em entrevista à *Tribuna da Imprensa*, João Pedro Stedile, da direção nacional do Movimento dos Sem-Terra, disse que hoje não é mais possível pensar no modelo clássico de reforma

agrária, defendido ao longo do século 20 (boletim *Letraviva*, de 2/8). Os movimentos camponeses da América Latina lutaram pela Reforma Agrária clássica, numa combinação da distribuição de terras com um projeto de desenvolvimento da indústria nacional, fortalecimento do mercado interno e distribuição de renda. Segundo Stedile, esse modelo tirava os camponeses da pobreza e promovia desenvolvimento mais justo. "Assim aconteceu em todos os países do Hemisfério Norte, mas as elites brasileiras aderiram ao neoliberalismo, modelo dominado pelo capital financeiro e internacional". Assim, um novo modelo de reforma agrária exige nova matriz de produção no campo, com a derrota do atual modelo, "que prioriza alianças entre o capital financeiro e o latifúndio, no qual a reforma agrária clássica está esgotada".

Mas a questão agrária não está resolvida: há 150 mil famílias acampadas e mais de 4 milhões de famílias sem terra no país, acrescentou. Diante disso, o MST vai lutar pela democratização da terra, com a pequena e média propriedade combinada à reorganização da produção, priorizando alimentos para o mercado interno, sem o atual controle das empresas transnacionais. "Precisamos também de uma reforma agrária que adote novo padrão tecnológico, respeitoso do meio ambiente, levando ao interior do país as agroindústrias na forma de cooperativas, o acesso à escola e à educação".

Para Stedile, não se pode admitir que uma empresa tenha 100 mil ou 1 milhão de hectares apenas porque tem dinheiro. "Os verdadeiros agricultores, mesmo capitalistas, sabem que com 1.000 hectares podem ganhar muito dinheiro", disse. "O maior mercado potencial de produtos agrícolas não é Europa nem Estados Unidos, são os pobres do Brasil".

Por fim, o camponês sem estudo só vê a terra na frente dele e não compreende a complexidade da sociedade brasileira e da luta de classes. "Estamos fazendo um esforço enorme de elevar o nível de consciência cultural e política", disse. O MST lançou campanha de alfabetização no campo com base no método cubano *Sim, eu posso*. "Para ser militante tem que estar estudando." (Íntegra da entrevista: www.mst.org.br/mst/pagina.php?cd=3990)

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



toques da redação



LIVROS PARA O MST — O Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra promove campanha de doação de livros à Escola Nacional Florestan Fernandes, em Guararema (SP), e aos 60 centros de formação nos assentamentos. A meta é arrecadar 150 mil volumes até o fim do ano. A biblioteca da escola tem hoje 20 mil livros. A campanha, com o lema "Apóie a Reforma Agrária. Doe livros!", tem como patrono o crítico literário Antonio Candido, professor aposentado da USP. "Quem doar livros contribuirá para o objetivo de elevação do trabalhador rural", afirmou o professor.

O MST aprendeu em mais de duas décadas de luta que para formar o camponês-cidadão é preciso romper não apenas as cercas do latifúndio, mas também derrubar as barreiras ao conhecimento. O movimento ergueu escolas itinerantes e mais de 2.500 escolas de ensino fundamental, para 160 mil crianças e adolescentes, além de cursos de educação de jovens e adultos, ensino médio e técnico. Em 23 anos de história, mais de 22 mil camponeses se formaram no MST em diversos níveis e cursos e mais de 50 mil aprenderam a ler e escrever. Atualmente, 5 mil jovens cursam graduação e pós-graduação em convênio com universidades públicas em todas as regiões. Mais de 17.500 adultos estão sendo alfabetizados todo ano por mais de 2 mil professores. Mostre seu apoio à reforma agrária. Doe livros!

Mais informações

Contatos nos estados www.mst.org.br/mst/pagina.php?cd=3977
Telefones (61) 3322-5035; (11) 3361-3866
E-mail imprensa@mst.org.br
Site www.mst.org.br

FALA, SECRETÁRIO@ — É o nome da seção que o *Jornal do Conasems* reservou a secretários e secretárias municipais de Saúde, para que

opinem, elogiem, critiquem, perguntem, sugiram ou desabafem. O texto deve ter no máximo 15 linhas, fonte Times New Roman, corpo 12. Os interessados devem enviar o material por e-mail (comunicacao@conasems.org.br), com o nome da seção no assunto. Informações pelo telefone (61) 3223-0155, ramal 6.

CONFERÊNCIA ÀS ESCONDIDAS — Nosso leitor Alex Bezerra, que é conselheiro local de saúde na UBS de Vianópolis, em Betim (MG), é também editor da *Tribuna de Betim*. Por isso, pôde denunciar irregularidades na preparação da Conferência Municipal de Saúde na matéria "Prefeitura de Betim faz Conferência de Saúde às escondidas", que pode ser lida no site do jornal (www.tribunadebetim.com/html/modules/news/article.php?storyid=747). Em resumo, a prefeitura, com ajuda do presidente da Câmara Municipal, tentou primeiro reduzir a periodicidade das conferências; depois, destinou apenas cinco fichas de inscrição a delegados-usuários por unidade; em seguida, adiou-se a distribuição das fichas, porque os encarregados estavam vendo... o Pan!; para completar, até 25/7 ninguém sabia onde seria a conferência, em 5 de agosto: "Os locais ainda são um mistério!", escreveu o conselheiro-editor.

GRAMADO CONTRA A DENGUE

A fiscal-sanitarista Milena Santos e a enfermeira Lidiane Fernandes, da Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Gramado (RS), escrevem para contar que a Secretaria de Saúde da cidade, um pólo turístico que recebe mais de 100 mil visitantes na alta temporada, lançou em 2007 o projeto "Gramado contra a Dengue". A dupla fez palestras em todas as escolas, com orientações sobre a dengue, divulgadas depois em folhetos, carro de som, rádios e jornais. Foram distribuídos em toda a cidade adesivos com desenho escolhido num concurso entre alunos da rede municipal de ensino.



A população aderiu e os motoristas circulam com o adesivo no vidro do carro. Contato para mais informações: Secretaria da Saúde, Rua São Pedro, 532, CEP 95.670-0000, Gramado/RS (e-mail: visa@gramado.rs.gov.br).

CIGARRO MAIS CARO — Muitos dizem que ação efetiva contra o tabagismo é o aumento do preço do cigarro. Pois o Ministério da Saúde conseguiu: visando a redução do consumo, a Receita Federal elevou em 30%, em média, o Imposto sobre Produtos Industrializa-

dos (IPI), que entrou em vigor em 11 de julho. É um passo, mas a indústria absorveu o impacto: um maço que custava R\$ 2,50 sai agora por R\$ 2,60.

FALHA NOSSA! — O sanitarista Gilson Carvalho é de São José dos Campos, e não de Campinas, como afirmamos na nono número 59.

PRÊMIO DE JORNALISMO CONASS — Para estimular matérias positivas sobre o SUS nos veículos de comunicação, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde promo-

ve, em comemoração aos 25 anos da entidade, o Prêmio Conass de Jornalismo (ver em www.conass.org.br), com inscrições abertas até 15/1/2008. O vencedor de cada categoria receberá troféu e prêmio de R\$ 7 mil! Nosso caçula Inocêncio Foca ficou todo animado (“Vamos participar!”), mas o escolado Fontes Fidedignas deu uma olhada no regulamento e estava lá: “4.3. Não serão permitidas as participações de trabalhos jornalísticos institucionais ou de profissionais com vínculos em instituições públicas de saúde.” Ficamos chupando o dedo...



FOTOS: ARISTIDES DUTRA



RADIS EM EBULIÇÃO! — Se bem que não houve muito tempo para lamentações. A equipe do RADIS enfrentou 40 dias de ebulição nos preparativos do Jubileu de Prata. As edições 60 e 61 exigiram 114 laudas de texto, distribuídas em 70 páginas impressas, editadas madrugadas adentro — laudas essas escritas em meio a quatro viagens seguidas da equipe: Santos, Fortaleza, Icapuí e Salvador, para cobertura de um congresso e uma conferência nacional e apuração de duas reportagens; pesquisamos a história do RADIS em cada uma das 230 edições do programa, colhemos 20 depoimentos, contamos todas as cartas do arquivo e toda a correspondência publicada em 25 anos. Na parte gráfica, além de capas, ilustrações e linha do tempo, idealizamos a **exposição** e preparamos a arte de peças extras: anúncio, convite, cartaz, brindes (bolsa, broche, bloco de notas, caneta, *mousepad*). O editor de arte até dormiu na gráfica... UFA! A equipe está mortinha, mas agradece a colaboração do pessoal da Ensp (CCI, Compras, Seof, Expedição, Secretaria Acadêmica, Direção), da Fiocruz (Rede Fiocruz, vice-presidências de Ensino, Informação e Comunicação e de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho, Transporte), da Asfoc, da Livraria da Abrasco, da Fiotec, da gráfica Ediouro, da DocPro e da Tecnomidia. Sem vocês, a **festa do Jubileu** não teria sido possível!



FOTO: VIRGINIA DAMAS — CCI/ENSP

Diversidade e crítica à lógica de mercado

Adriano De Lavor

Diversidade e participação marcaram o clima da 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, este ano sediada no Centro de Convenções Edson Queiroz, em Fortaleza, entre 3 e 6 de julho. Cerca de 1.800 pessoas participaram do evento que, pela primeira vez, adotou um sistema de cotas para a definição dos 1.395 delegados. Aos povos indígenas, população negra, comunidades quilombolas e de terreiro – e demais povos tradicionais – foram garantidos pelo menos 20% das vagas.

A preocupação com a diversidade se justifica: números registrados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e divulgados pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar dão conta de que a população negra é quase duas vezes mais atingida pela insegurança alimentar. Enquanto 52% dos negros têm algum grau de insuficiência na alimentação, apenas 28% dos brancos são atingidos pelo problema. Levantamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome também revelou desnutrição entre os quilombolas, além de dificuldades nas condições de moradia e no acesso à energia elétrica e à água potável. O mesmo acontece com os povos indígenas, vulneráveis nas estatísticas de desnutrição e mortalidade infantil.

Um dos desafios propostos pela conferência era incluir nas discussões comunidades como extrativistas, seringueiros, ribeirinhos, quebradeiras de coco babaçu e pescadores artesanais, no contexto da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável para Povos e Comunidades Tradicionais, lançada em fevereiro. Já na abertura, o presidente Lula anunciou medidas que consideram as dificuldades enfrentadas por estes povos: “Até 2010 vamos colocar esgotamento sanitário e água potável em 90% das comunidades indígenas e 50% das áreas quilombolas do país”, disse o presidente, que também prometeu levar o programa Luz para Todos à Amazônia.

Em seu discurso, Lula sinalizou a intenção do Planalto em continuar a luta pela redução dos subsídios para agricultores europeus e americanos. “Nós exigimos que os países pobres possam exportar produtos agrícolas”, declarou, destacando que a posição brasileira tem apoio dos países que compõem o G20. O presidente também foi enfático ao defender a estratégia Fome Zero, segundo ele, “execrada pela direita e pela esquerda”, na época de seu lançamento, como uma prática assistencialista. E mandou um recado aos conferencistas: “Não parem nunca de reivindicar”.



Pois o que se assistiu, nos dias seguintes, foi a uma representação ativa e diversificada, enriquecida pela delegação de 70 convidados estrangeiros. A diversidade emocionou **Mara Melo**, delegada das comunidades eclesiais de base, de São Paulo, para quem todos os grupos foram contemplados com oportunidade de vez, voz e voto. “Não há momento mais eclético, mais ecumênico e democrático do que esse, quando diversas culturas estão debatendo e construindo uma proposta nova de um sistema de segurança alimentar para o Brasil”, disse. “Uma oportunidade bárbara”.



O ecletismo estava representado em diferentes trajes, crenças, idades e temperos que coloriram corredores, salas, estandes e auditórios do centro de convenções. Uma diversidade garantida pelo encontro entre brasileiros tão diferentes quanto Raimunda Santos, irmã carmelita do Pará, e a ialorixá Genilce Santos, de São Paulo; tão singulares

quanto Melitta Maggioni, descendente dos pomeranos do Espírito Santo, e Genilson Kezomae, nativo do povo indígena haliti paresi, de Mato Grosso; e tão diversos quanto o agricultor Antônio Gilberto Volochen, do Paraná, e a travesti Mega, da comunidade quilombola de Tocantins. Uma reunião colorida de sotaques, aplaudida após o canto ritual baré de boas-vindas aos irmãos latinos, entoado pela amazonense Celina Silva: “Agradecemos à Mãe-Terra porque somos povos diferentes”, declarou, sob aplausos de um auditório lotado.



Para **Adriano Martins**, então conselheiro nacional do Consea (o colegiado encerrou seu mandato ao fim da conferência), a diversidade de público e de pautas políticas contribuiu para que a conferência merecesse o título de “maior evento de segurança alimentar e nutricional do mundo”. E além: “Conse-

guimos algo histórico”, disse. “Pensar uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil é apontar rumos para nosso desenvolvimento”.

O modelo de desenvolvimento, aliás, permeou quase todas as discussões e recebeu críticas na “Carta de Fortaleza” (íntegra na seção *Exclusivo para a web*, www.ensp.fiocruz.br/radis/v61/web-01.html), o documento final, que questionou o sistema “que gera desigualdade, pobreza e fome, além de impactos sobre a saúde e o meio ambiente”. Entre as deliberações estão o fortalecimento do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar, a revisão da Lei de Biossegurança – com suspensão da liberação dos transgênicos – e a definição de uma política energética sustentável que limite o avanço das monoculturas e compatível com a segurança alimentar.

O tema dos biocombustíveis causou polêmica. De um lado, os defensores da

Nos grupos de debate, o ecletismo em trajes, crenças e idades conferiu um colorido democrático ao evento



“agroenergia”, como José Graziano da Silva, representante da FAO/ONU (pág. 13); de outro, as opiniões do enfático ex-deputado mexicano **Victor Soares**, convidado internacional da conferência, que fez um relato acalorado sobre os problemas alimentares enfrentados por seu país com a demanda de biocombustíveis pelos Estados Unidos.



Entre os delegados, o tema foi tratado com cuidado, já que a questão envolve a demarcação de territórios indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais, além da proteção das áreas de conservação ambiental. Além disso, parte dos integrantes de projetos sociais do campo é partidária da idéia de que a produção de biocombustíveis pode servir de complementação de renda na agricultura familiar, desde que não intervenha na produção de alimentos.

A transposição das águas do Rio São Francisco, rejeitada por ampla maioria dos delegados — o documento final exige a interrupção imediata das obras —, mereceu críticas, como a de Adriano Martins: não garante água para o consumo das pessoas por ser um projeto voltado ao agronegócio, à produção para exportação, à produção de camarão, ao uso industrial e às grandes metrópoles fora do Semi-Árido. “A água para o consumo dos que têm sede não passa de 4% do montante. É ínfimo”, denunciou. “O uso majoritário da água é econômico”.

A “Carta de Fortaleza” também propõe a participação popular na construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a representação da diversidade brasileira na composição do Consea e a necessidade de legitimação dos conselhos pelas três esferas de poder. O Sisan é um desafio para a sociedade na opinião de Sílvio Porto, diretor da Companhia Nacional de Abastecimento e colaborador do Consea.

“É questão muito nova para nós articular os três níveis de governo em políticas que envolvem economia, habitação, educação, saúde, uso da água e agricultura”, disse.

A carta defende ainda as bases agroecológicas e sustentáveis de produção e distribuição de alimentos, ações de educação em segurança alimentar e nutricional, o direito humano à alimentação adequada como forma de eliminação das práticas assistencialistas, a ampliação da captação de águas da chuva para consumo humano no Semi-Árido e a reforma agrária imediata e irrestrita.

O documento final destaca conquistas como os indicadores de redução da pobreza, da fome e da desnutrição, a partir dos programas de transferência de renda e de proteção social, como a Estratégia Bolsa-Família, o Benefício de Proteção Continuada (BPC) e a previdência rural, além do apoio a iniciativas de agricultura familiar. Entre as diversas moções aprovadas na plenária final destacam-se o repúdio à propaganda que estimula o consumo de alimentos entre crianças, o apoio à ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador e a nomeação de Dom Mauro Morelli, primeiro presidente do Consea, para presidente de honra do órgão.

O saldo da conferência foi considerado positivo: “A discussão da soberania da segurança alimentar como eixo estratégico do desenvolvimento do país”, para Sílvio Porto, foi uma grande conquista do encontro, “valorizando e ajudando a consolidar a democracia participativa”. O ex-conselheiro Adriano Martins percebeu na conferência que essa temática está se enraizando no país e nos diversos movimentos sociais: “A síntese do evento é que submetemos a produção à lógica do bem-estar das gerações atuais e futuras, e não à lógica do lucro.”

UM PAÍS DE TODAS AS CORES



A quilombola Mega...



... e o agricultor Antônio



A ialorixá Genilce...



... e a carmelita Joana



A pomerana Melitta...



... e o haliti-paresi Genilson

ENTREVISTA

José Graziano da Silva

“Nunca vi gente passando fome quando é organizada”

Ex-ministro da Segurança Alimentar e Combate à Fome, o engenheiro-agrônomo José Graziano da Silva foi um dos autores da estratégia Fome Zero. Hoje, representante da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) para América Latina e Caribe, ele avalia como positivas as políticas de combate à fome no Brasil, citando o país como um dos grandes responsáveis pelas iniciativas de redução do problema no mundo. Para ele, um sucesso possível pela institucionalidade da segurança alimentar.

Presente na 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ele falou à *Radis* sobre as barreiras comerciais enfrentadas pelos produtores da América Latina, mostrou-se otimista quanto à produção de biocombustíveis — “A agroenergia não precisa competir com a produção de alimentos nem devastar o meio ambiente” — e descreveu o SUS como o grande modelo de segurança alimentar para o continente: “Nunca vi gente passando fome quando é organizada.”

Como um de seus criadores, qual sua avaliação da estratégia Fome Zero?

Evoluímos muito. Hoje temos a institucionalidade da segurança alimentar, com um ministério, 42 programas articulados, um cadastro que não existia. O programa Fome Zero começou no Nordeste, em 2003. Tínhamos 1.000 municípios em situação de calamidade. No cadastro, os mais pobres não estavam. Criamos então os comitês gestores, que elaboraram o primeiro cadastro em todos os municípios do Semi-Árido. Hoje o governo tem um cadastro em que se basear, uma lei, uma política implementada com recursos e orçamento.

A experiência brasileira com o SUS pode auxiliar na construção do Sistema de Segurança Alimentar?

É o grande modelo perseguido não só pelo Sistema de Segurança Alimentar, como é o que queremos levar a outros países da América Latina. Nunca vi gente passando fome quando

é organizada. Movimentos sociais que se organizam têm acesso a recursos públicos, à infra-estrutura, acabam tendo voz política. Além disso, a subnutrição causa prejuízo em termos de perda de produtividade — para não falar do aspecto moral, do aspecto ético.

Quais são as prioridades da FAO na área de saúde para 2007?

A América Latina é uma região excedentária em produção de alimentos. Exportamos alimentos para o mundo inteiro e produzimos 30% a mais do que é necessário para alimentar todos os latino-americanos, segundo as recomendações nutricionais adequadas. Por outro lado, temos ainda 52 milhões de subnutridos, sendo 9 milhões de crianças. Então, não é um problema de falta de alimento, mas de poder aquisitivo. Nossa agricultura é uma das mais modernas e os produtos são de altíssima qualidade. Acontece que as empresas européias e americanas desenvolvem padrões próprios de inocuidade alimentar (normas de segurança) que prejudicam nossos agricultores. Uma barreira comercial disfarçada de proteção ambiental ou proteção ao consumidor. Defendemos o direito a nossos próprios padrões.

Alguma outra preocupação?

A política de segurança alimentar. Fizemos uma avaliação do Fome Zero, com uma série de recomendações, mas reconhecendo que o Brasil é o país que mais avançou, lado a lado com a China, no combate à fome. Nossos números mostram que a redução da fome no mundo, hoje, deve-se, fundamentalmente, à ação de dois governos: o da China, que tirou 300 milhões de pessoas da fome, e nós, que tiramos 11 milhões da fome com o Fome Zero.

A produção de biocombustíveis pode afetar a de alimentos?

Os europeus produzem álcool de beterraba, de sorgo doce e, alguns, imitando os americanos, de milho. Felizmente, o milho é uma das piores opções para o álcool e a soja é uma das piores opções para o biodiesel, já que



são dois produtos alimentícios básicos. Sendo assim, há uma atenção voltada para o programa brasileiro, que é um sucesso. No caso da América Latina, é uma grande oportunidade, já que não existe necessidade de a produção de agroenergia competir com a produção de alimentos nem de devastar o meio ambiente. A cada hectare usado para cultivo, há outro inativo — já incorporado à fronteira agrícola — que poderia ser utilizado. Essa grande disponibilidade de recursos casa com a grande disponibilidade de água. A FAO defende cinco políticas para maximizar estas oportunidades e minimizar os riscos.

Que políticas são essas?

Primeiro, um zoneamento agroecológico, com restrições de produção em áreas que são ecologicamente mais suscetíveis; segundo, uma política tecnológica, que continue buscando as alternativas limpas. O biodiesel e o álcool não resolvem o problema do petróleo: eles atenuam; terceiro, um marco regulatório que defina claramente um programa de expansão; quarto, a definição dos contratos na cadeia produtiva, incluindo-se a presença da agricultura familiar. E, finalmente, lembrar que o biocombustível é apenas atenuante no problema dos transportes.

De volta a Santos

Katia Machado

Há 16 anos a equipe do RADIS visitava Santos, dona do maior complexo portuário da América Latina, construído no início do século 20. Um centro comercial, histórico e de pioneirismo na área da saúde. O objetivo do programa na época era conhecer as inovações no sistema de saúde propostas pelo saudoso David Capistrano Filho (eleito pelo PT), então secretário de Saúde e depois prefeito. A matéria, publicada em fevereiro de 1991 no antigo jornal *Proposta* (nº 26), mostrou experiências inéditas e exitosas nas áreas de saúde mental e doenças sexualmente transmissíveis e aids, que se destacavam no processo de municipalização da saúde.

Como parte das comemorações pelos 25 anos do RADIS, a equipe voltou à cidade em julho passado e pôde conferir que algumas dessas inovações, além de preservadas, foram melhoradas e ampliadas. “Somos uma cidade muito politizada”, resumiu o atual secretário de Saúde de Santos, Odílio Rodrigues Filho — que já foi secretário (1997-1998) na gestão Beto Mansur (PP) e retornou ao cargo em 2005 com o prefeito eleito Tavares Papa (PMDB), que derrotou a petista Telma de Souza no segundo turno de 2004. “O SUS aqui se consolidou com vínculos profissionais e com a comunidade, e por isso é muito difícil de ser quebrado”.

O primeiro destaque da matéria de 1991, na área da saúde mental: o fechamento, em 1989, do único hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde de Anchieta. A “Casa dos Horrores”, assim chamada pela fama de maus-tratos, como aprisionamento de pacientes em

celas fortes, eletrochoques e muita violência, foi interdita com amplo apoio da sociedade. Numa de suas alas criou-se o Centro de Convivência, onde 30 doentes mentais crônicos passaram a ser alimentados adequadamente e a receber cuidados higiênicos. Eram 1.700 consultas ambulatoriais por mês, informava a reportagem. “Decidimos intervir para transformar a instituição e a abordagem da saúde mental no município”, contava o então diretor do hospital, Roberto Tycanori Kinoshita, em entrevista ao *Proposta*.

Ao longo dos anos, outras transformações: o centro, que ainda funcionou no prédio por três anos, transferiu-se para uma casa em 1993. A “República Manuel da Silva, o Manequinho” (em homenagem a um dos pacientes), abrigou inicialmente 14 dos 30 internos. O restante deles, em condições de viver fora de instituições, foi morar com as famílias ou em pensões e cortiços (moradias características de alguns bairros de Santos). O antigo prédio que abrigou a “Casa de Saúde” desde 1955 foi abandonado e, hoje em dia, depois de invasões, transformou-se em cortiço.

Em 1998, uma lei municipal assegurou moradia aos pacientes, desativando a República e criando a Seção Lar Abrigo (Selab), localizada em área de classe média alta. Em fevereiro de 2004, a unidade ganhou novo endereço, em espaço mais amplo. “Essa nova casa foi um achado”, contou à *Radis* a psicóloga Elisete da Silva, atual chefe da unidade. “Estamos numa região rica para passeios e atividades externas com os pacientes, em frente ao Orquidário e próxima à praia”.

Como forma de tratamento e cuidado, os pacientes aprendem a organizar armários e dormitórios, participam de oficinas de arte e de lavagem de roupa e trabalham na horta do quintal, sob supervisão de um jardineiro. “Procuramos dar uma dinâmica de residência, e não de hospital”, salientou Elisete. Ao todo, 21 pessoas moram na Selab, algumas oriundas da Casa de Saúde Anchieta e uma delas, do Hospital de Custódia e Tratamento de Juqueri (São Paulo). Contam com uma equipe de profissionais integrada e envolvida, formada por uma psicóloga, dois acompanhantes terapêuticos, 11 auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, um auxiliar de cozinha e um psiquiatra.

Outros avanços eram também anunciados na matéria do *Proposta*. No Centro de Convivência, a convite da Secretaria de Saúde, o artista plástico e arte-educador Renato Di-Renzo dava início ao Projeto Tam Tam, promovendo atividades terapêuticas como pintura de murais, trabalhos com sucata, confecção de cartões e camisetas e, mais tarde, produção de vídeos, de jornal e rádio.

Ali se misturavam ex-internos, terapeutas e a comunidade, informava a reportagem. “O objetivo era aproximar os loucos da sociedade e construir uma cidade mais solidária”, lembrou Renato, ainda hoje à frente do trabalho que, em 1992, transformou-se em organização não-governamental. Não mais ligada à prefeitura, a ONG Tam Tam — atualmente envolvida em atividades teatrais e de dança — continua atuando com pessoas em sofrimento mental, como também com portadores de deficiência mental, moradores de cortiços e casas de palafitas, com terceira idade e analfabetos.



“Atuamos com todas as pessoas que estavam à margem da cidade”, salientou o idealizador do trabalho.

Paralelamente, na época, foram criados os pioneiros Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), unidades descentralizadas que atendem a pacientes psicóticos e suas famílias e que serviram de modelo para a criação, em todo o Brasil, dos Centros de Apoio Psicossocial (Caps). A idéia, preservada até hoje, era oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, atendendo pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, neuroses graves, psicoses, entre outros, em diferentes graus de acolhimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

Em 1991, dois núcleos foram instalados na cidade e outros seriam criados por recomendação da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Santos, em dezembro de 1990, relatava a matéria. Depois de 16 anos, são 13 unidades deste porte, sendo cinco Naps de nível 3 (ou seja, atendimento 24 horas), mais três Centros de Valorização da Criança (um na região da Orla, outro no centro e mais um na zona norte), um Centro de Referência Psicossocial do Adolescente, um Núcleo de Apoio ao Toxicodependente, uma Seção de Reabilitação Psicossocial (Serp), um Centro de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas (Cempri) e a Selab. “Nelas, os pacientes são assistidos por uma equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, farmacêutico, acompanhante terapêutico, entre outros”, informou o médico Heitor José Tavares de Oliveira, chefe do



Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de saúde de Santos, responsável por todas as unidades.

Por este universo exemplar transitam 12.354 usuários, que dispõem de oficinas de artesanato e música, de passeios e projetos terapêuticos como a “Cantina Sabor Saúde” – três trailers de lanches espalhados pela cidade. A grande novidade destas unidades é que estão de fato integradas à rede de saúde do município, “formando um complexo de saúde”, como explicou Heitor. Ao lado do primeiro Naps instalado na cidade, por exemplo, está um ambulatório que reúne um Centro de Especialidade Odontológica, atendimento cardiológico e neurológico e faz coleta de exames; atrás, um hospital com maternidade; perto, uma policlínica. Vale destacar que a cidade tem 21 policlínicas distribuídas em cinco distritos sanitários para cada 20 mil habitantes, ou seja, 20 ainda da administração de David Capistrano e mais uma que atende a população do porto.

ENFRENTANDO A AIDS

Santos detinha o primeiro lugar em casos de aids no país, alcançando um total de 2.004 notificações entre 1985 e novembro de 1990, conforme a matéria do *Proposta*. Em 1991, a velocidade do crescimento dos índices de contaminação, que poderiam chegar a 10 mil infectados, impulsionava o programa local de DST/aids. A participação da sociedade foi imprescindível, mais uma vez. Na 1ª Conferência de Saúde de Santos, veio a recomendação para o aumento da verba para prevenção, com recursos



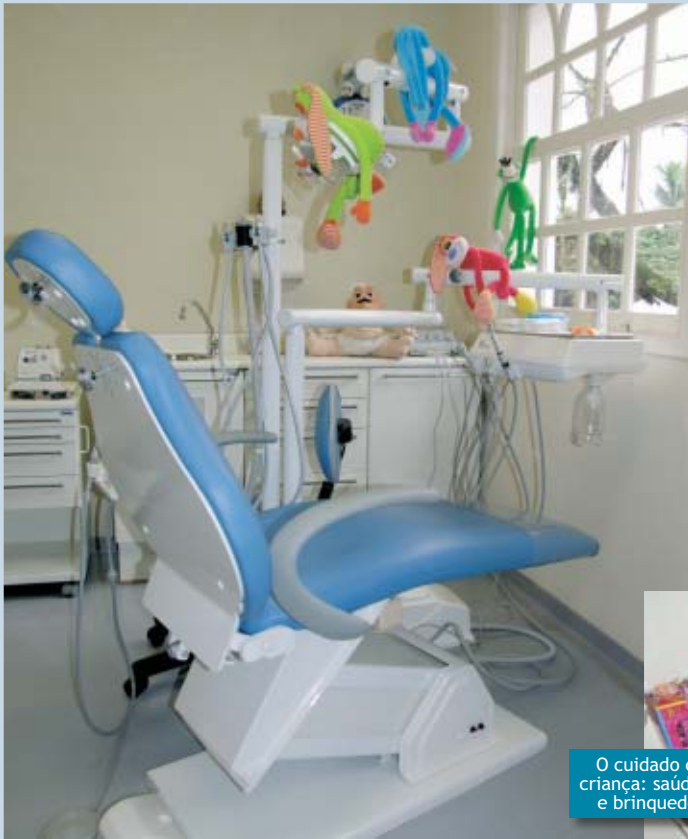
federais, estaduais e municipais, além da criação de um consórcio de prefeituras, já que Santos atendia à maioria dos casos da região. Os delegados recomendaram também a criação de um programa de prevenção e assistência específico para usuários de drogas, a criação de um centro de apoio infantil e a descentralização e a capacitação da rede municipal de atendimento.

Ainda em 1989 criou-se uma Unidade de Referência em Aids, o Disque-Aids (que funciona até hoje) e a Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de Aids, na época mantida em parceria com o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa) de Santos. A casa oferecia almoço, tratamento dentário, apoio às famílias e oficinas de madeira, cerâmica, couro e costura. Abrigava em média 15 pessoas assistidas e orientadas por uma equipe multiprofissional.

Ainda com 15 leitos, a unidade, conhecida pela sigla Ccasa (Casa de Apoio e Solidariedade ao Portador de HIV), é administrada exclusivamente pela Secretaria Municipal de Saúde

e conta com equipe formada por uma psicóloga, um enfermeiro, um assistente social, um chefe administrativo, um oficial administrativo, seis auxiliares de enfermagem e um acompanhante terapêutico. “O objetivo é recuperar a saúde física e mental desses

pacientes e, para tanto, usamos atividades lúdicas como o artesanato”, contou a diretora da unidade, a psicóloga Maria Inês Marieto Adurens. Para o secretário Odílio, a casa é importante principalmente para aqueles que foram abandonados, mas não é o ideal de inclusão. “É uma herança antiga,



O cuidado com a criança: saúde bucal e brinquedoteca



A matéria do *Proposta* (acima) a e antiga "Casa dos Horrores"



de uma época de resistência e preconceito, mas ainda necessária”.

Outro serviço, a antiga Unidade de Referência, transformou-se ao longo desses 16 anos no Centro de Referência e Tratamento em Aids (CRT). O local que o abriga, após ampliação feita em janeiro deste ano, reuniu as cinco seções ligadas ao centro, antes espalhadas pela cidade: o Centro de Referência em Aids (Craids), modelo de atendimento a mais de 5.400 usuários; a farmácia; o Hospital-Dia, com quatro leitos e quatro cadeiras para o paciente que não precisa de internação, mas não pode receber tratamento em casa; o Núcleo Integrado de Atendimento à Criança (NIC); e a Seção de Prevenção a Doenças Infecto-Contagiosas (Spredin), com um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que desenvolve projetos com populações vulneráveis (usuários de drogas, homossexuais e profissionais do sexo), promove capacitação da rede e campanhas, elabora a logística de distribuição de preservativos e é responsável pela testagem sorológica para HIV, sífilis e hepatites.

Pintado em cores pastéis, o CRT tem três prédios distribuídos numa área total de 1.400 m². Ao todo, são 15 consultórios multiuso, mais dois para atendimento odontológico (um para o

bebê, a criança e a gestante e outro para adolescentes e adultos) e dois ginecológicos. Há ainda duas salas para coleta de exames, seis salas de enfermagem, seis almoxarifados, oito salas de administração e uma para Vigilância Epidemiológica, além de arquivo médico, nove banheiros, uma copa e um refeitório. Nele, atuam 100 funcionários, entre médicos, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, enfermeiros, oficiais administrativos, agentes de limpeza, entre outros.

PEQUENAS AÇÕES, MAIS SEGURANÇA

Além do tratamento médico e odontológico, o CRT oferece suplementação alimentar para crianças e adultos, fornece enxovais de bebê às famílias pobres – comprados com o Fundo Social do município e ajuda de uma ONG, a Acausa – e conta com uma brinquedoteca para as crianças. “O Ministério da Saúde, por exemplo, preciniza a suplementação alimentar até os 18 meses”, informou a médica **Iraty Nunes Lima**, chefe do NIC. “Temos conseguido oferecer até os 2 anos de idade”. Para ela, ações pequenas como essas dão maior segurança às famílias assistidas. O mesmo pensa o chefe do Craid,



o dentista **Alcino Antônio Campos Golegão**, que cita o exemplo das camisinhas: “Precisamos sempre do apoio do governo, mas o município vem complementando a cota dos recursos para a compra de preservativos”.

Paciente do Centro, Lauren, 47 anos, atesta a importância do serviço. “Estou há dois meses em tratamento, e aqui é o melhor lugar em que fui tratada”, disse. Pureza, 64 anos, é outra assistida que afirma a qualidade do serviço. “Aqui eu tenho tratamento mais humano, é um lugar totalmente diferente e os médicos são ótimos”.

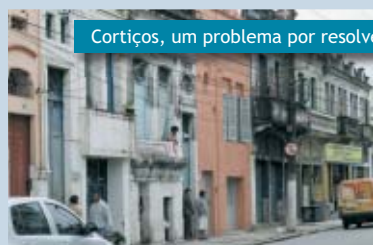
O número de casos de aids da cidade teve queda de quase 50% nos últimos cinco anos, prova do sucesso das estratégias de prevenção. Em 2001, o coeficiente era de 45,26 para cada 100 mil habitantes; em 2005, caiu para 22,48; em 2006, ficou em 19,8, a menor desde 1998. Para Odílio, o resultado positivo se deve ao trabalho preventivo e educativo de estímulo ao uso do preservativo, à conscientização do usuário de drogas injetáveis para que evite o compartilhamento de seringas e ainda às atividades promovidas nas escolas.

A matéria do *Proposta* anunciava na época alguns problemas que o município e a sociedade buscavam resolver.





O Naps: é bonito e é do SUS



Cortiços, um problema por resolver



Artesanato e arte (à direita): aliados no tratamento da aids e na saúde mental



“**Nosso sistema (o SUS) é o único plano de saúde que existe no país, porque os demais são planos de doença**”
Odílio Rodrigues Filho



Um deles, a mortalidade infantil, que aumentava assustadoramente, chegando em 1990 a 32,47 por 1.000 nascidos vivos, ou seja, um coeficiente 50% maior do que em outras cidades médias, como Bauru e Marília. Problema solucionado, a Santos de hoje apresenta um índice de 14 para cada 1.000 nascidos vivos. “E nossa meta é atingir um dígito apenas”, anunciou Odílio.

Outro gargalo, a assistência hospitalar tem sido resolvida por recomendações da sociedade nas conferências

municipais. A Santa Casa era o único hospital conveniado com o SUS, dizia a reportagem de 1991. Atualmente, além da Santa Casa a população de 420 mil habitantes conta com dois hospitais filantrópicos e outros dois próprios, o Hospital e Maternidade Dr. Silvério Fontes e o Dr. Arthur Domingues Pinto, além do Hospital Estadual Guilherme Álvaro.

Mas se o SUS é um sistema em construção, como afirmam alguns especialistas, Santos tem pela frente outros desafios. Os mais recentes, o

controle da tuberculose e da hanseníase. Apesar de Santos não apresentar uma das taxas mais altas de tuberculose do estado, por exemplo, o controle da doença é ação prioritária, principalmente nas regiões de cortiços, uma característica da cidade. Mesmo com os programas de valorização das residências do centro, promovidos pelos últimos governos, não se conseguiu construir um projeto com habitações mais dignas em duas importantes áreas, fundamentais na origem da cidade, a do Mercado e a do Valongo, reconheceu o secretário, para quem o problema contribui para a proliferação das doenças infecto-contagiosas.

Na busca da solução dos problemas, Odílio se disse confiante não apenas na iniciativa da prefeitura, mas também na parceria com o governo de São Paulo e no Pacto pela Saúde, assinado em 2006 pelas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal). “O Pacto pela Saúde criou uma esperança e uma visão crítica dos 17 anos de SUS”, disse o secretário. “Podemos observar onde avançamos e em que não conseguimos dar resposta à população”. Uma dos avanços é a “maior responsabilidade sanitária de cada ente federativo e a autonomia em algumas decisões”. Defensor do SUS, ele afirma: “Nosso sistema é o único plano de saúde que existe no país, porque os demais são planos de doença.”



Quatro dias dourados na Bahia

“**C**hoveu ouro” em Salvador, na opinião da professora Madel Therezinha Luz, da comissão organizadora do 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, que transcorreu de 15 a 18 de julho no Centro de Convenções da Bahia, paralelamente ao 10º Congresso Latino-Americano de Medicina Social (Alames) e ao 15º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP). Ainda no clima dos Jogos Pan-Americanos do Rio de Janeiro, que empolgaram os brasileiros pela quantidade inédita de medalhas, a socióloga aludia ao grande sucesso do evento promovido pela

Abrasco, traduzido na presença de 4 mil pesquisadores, profissionais, gestores e estudantes das áreas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Medicina Social e Políticas de Saúde – o dobro do encontro de Florianópolis, há dois anos.

“Superou nossas expectativas”, avaliou Madel, professora do Instituto de Medicina Social da Uerj. E pode, quem sabe, desenhar o futuro dos eventos da Saúde Coletiva. No balanço que fez para a *Radis*, diante da pergunta sobre a semelhança de temas, palestrantes e debatedores com o Abrascão 2006, Madel disse que o encontro de Salvador, de fato, acolheu muito da demanda reprimida no megaevento do ano passado.





FOTOS: ARISTIDES DUTRA

Temporão na conferência de abertura: necessidade de novo modelo de desenvolvimento

"Acredito que a área de políticas (gestão, avaliação, projetos etc.) deva ter seu próprio congresso no futuro, configurando as três subáreas pluridisciplinares do campo da Saúde Coletiva" (epidemiologia, humanas, políticas ver com madel), sugeriu. Uma idéia instigante. Vice-presidente da Abrasco e coordenadora de sua Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Madel acredita até que o Abrasco, pela quantidade de recursos e de público que envolve e o formato feira de ciências, como o da SBPC, poderia ser feito de quatro em quatro anos, enquanto as três subáreas organizariam seus congressos a cada três anos. "Os estudos interdisciplinares, entretanto, devem ser favorecidos em todos os congressos", ressaltou a professora. "Mas isso é opinião pessoal..."

Em seu balanço, Madel ressaltou que "Ciências Sociais em Saúde" não é um tema de congresso, e sim uma área disciplinar do campo da Saúde Coletiva. "É fundamental que se entenda essa diferença", alertou. Para ela, as ciências humanas e sociais ainda têm pouca visibilidade na Saúde

Coletiva como área disciplinar. "As pessoas tendem a misturar política, estudos estatísticos, abordagem qualitativa etc., mas não conseguem visualizar os três subcampos básicos", avaliou. "É uma percepção epistemológica que vejo presente apenas em alguns teóricos ou pesquisadores básicos".

Na noite do dia 15, em sua fala de boas-vindas na cerimônia de abertura, o professor Sebastião Loureiro, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, destacou justamente a importância da saúde coletiva como espaço de reflexão e interação.

"DEVER DE ESTADO"

Na mesa, a diretora da Opas/OMS, Mirta Roses Periago (entrevista na pág. 28), que saudou o Brasil por encerrar a saúde como "dever de Estado e de governo", o presidente da Abrasco, José da Rocha Carvalheiro, o coordenador-geral da Alames, Mauricio Torres, o presidente da IAHP, José Joaquim O'Shanahan, a presidente do congresso, Soraya Vargas, o secretário de Saúde da Bahia, Jorge Solla, o reitor da Ufba, Naomar de Almeida Filho, e o governador Jacques Wagner, que provocou uma explosão de aplausos ao elogiar o ministro da Saúde, que faria a conferência de abertura, pela "coragem em tocar em temas fundamentais ao progresso da saúde no país, como a propaganda de bebidas alcoólicas e o planejamento familiar".

Aclamado de pé pelos 2 mil presentes, Temporão disse que o evento de Salvador contribuía para a consolidação do pensamento sanitário e abordou dois dos 22 pontos que levantou em seu discurso de posse (www.ensp.fiocruz.br/radis/56/web-01.html), os determinantes sociais da saúde e a intersetorialidade. "Esses temas não devem ser vistos

apenas como itens singulares de uma nova agenda, mas dimensões ampliadas de uma nova compreensão do processo de produção de saúde no país, que deve ser baseado na requalificação das relações entre saúde e desenvolvimento econômico", defendeu.

A saúde deve ser componente estruturante de um modelo de desenvolvimento econômico e social, propôs Temporão, com um novo mapa de ações intersetoriais apoiadas em evidências científicas e participação social, em programas conjuntos com outros ministérios. Editais periódicos de projetos de pesquisa devem visar os determinantes sociais da saúde e redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores. Temporão conclamou os presentes ao resgate da Reforma Sanitária: para o ministro, a consciência sanitária propagada por Giovanni Berlinguer é fundamental nesse momento de busca de um sistema mais democrático e equitativo. "Temos de voltar às ruas e defender os princípios da reforma sanitária brasileira".

Longe de fugir das grandes polêmicas que vem abrindo, o ministro falou do projeto de Fundação Estatal de Direito Privado (pág. 30), que tem monopolizado a atenção dos sanitaristas. Os problemas do SUS — filas, má qualidade de serviços, precariedade física — exigem "novos arranjos de gestão" que garantam humanização do atendimento, transparência no uso de recursos e controle social fortalecido.

“Precisamos ousar novamente, pensar diferente e inovar na gestão”.

O ministro observou que a sociedade brasileira ainda é muito conservadora em questões como o aborto e se disse preocupado com “um movimento extremamente atrasado” que está se formando entre parlamentares em torno de um projeto de lei que proíbe o aborto até nos dois casos (estupro e risco de vida) hoje permitidos pelo Código Penal, que é de 1940. Temporão defendeu uma política nacional de planejamento familiar que democratize a informação e o acesso a métodos anticoncepcionais. “Temos que enfrentar a hipocrisia que impõe às mulheres pobres o risco de sofrimento físico, psíquico e moral”, exortou, sob intensos aplausos.

Ver a saúde como campo de produção de riqueza, crescimento e desenvolvimento é outra meta de sua gestão, informou. O Brasil tem hoje um complexo de indústrias da saúde e de serviços de saúde que representam quase 10% do PIB, gerando 7,5 milhões de empregos, movimentando R\$ 170 bilhões por ano, mas ainda sofre com a vulnerabilidade social das políticas de saúde. Sua intenção é articular o setor saúde com diversos setores privados e industriais e a participação do BNDES como agente financiador dessa política específica.

Articulação foi o tema do painel *Os poderes republicanos e a saúde: conflitos, tensões e interações*, na manhã do dia 16, com coordenação de Cornelis Van Stallen. Os congressistas superlotaram a sala Mãe Menininha, a tal ponto que muita gente foi gentilmente barrada à porta por uma recepcionista. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp, Tatiana Vargas abriu a discussão avaliando as relações do Legislativo com a saúde.

Ela lembrou que, no passado, deputados e senadores, articulados com o movimento sanitário, aplicaram as idéias da 8ª Conferência Nacional de Saúde na Constituição de 1988. Hoje, os principais espaços da saúde no Congresso Nacional são as frentes parlamentares e as comissões de Assuntos Sociais e da Seguridade Social e Família.

Entre 1990 e 2006, foram aprovados 915 projetos de legisladores para a saúde, número inferior ao de propostas do Executivo convertidas em lei no período — ainda que se excluam da conta as leis orçamentárias. Segundo a pesquisadora, a diferença pode ser explicada pela demora na tramitação dos projetos: média de 1.400 dias para os do Legislativo, contra 130 para os do



Jandira, Cornelis, Tatiana e Sonia: críticas duras aos Três Poderes

Executivo. Em 2001, informou, dos 570 projetos ligados à saúde, apenas dois foram convertidos em lei — e ambos eram de autoria do Executivo.

Tatiana analisou as leis e concluiu que, de 1990 a 1994, a maior parte estava relacionada à base institucional do SUS (como as orgânicas da Saúde e da Seguridade Social), enquanto se destacaram políticas específicas (medicamentos para aids, planejamento familiar e criação da CPMF) entre 1995 e 1997. Nos três anos seguintes, a principal preocupação era a regulação do mercado (leis dos planos de saúde, dos medicamentos genéricos, de criação da Anvisa e da ANS, além da EC 29). De 2001 a 2002, a regulação cedeu espaço a ações específicas (Lei da Reforma Psiquiátrica, por exemplo) e, entre 2003 e 2006, a projetos de governo (como o Estatuto do Idoso).

MAIS TRANSPARÊNCIA

A pesquisadora abordou a polêmica das emendas parlamentares. “Elas têm aumentado o investimento, mas não atendem aos interesses locais da população”, opinou. No orçamento de 2003, as emendas da saúde somaram R\$ 1,1 bilhão. Destes, cerca de R\$ 164 milhões foram destinados à Região Norte, desequilibrando o gasto per capita (12,75 no Norte contra 4,45 no Sudeste). Para ela, é fundamental outra relação entre os poderes, a partir de novas regras do sistema eleitoral. “As decisões devem ser mais transparentes, apoiadas pela participação popular, e não por interesses corporativos ou partilhados”, defendeu.

Sem mandato, a ex-deputada Jandira Feghali esclareceu que não representava o Legislativo, mas refletiu sobre a atuação parlamentar. Secretária de Desenvolvimento, Ciência e Tecnologia de Niterói, ela disse acreditar que o Congresso está se renovando para pior. “Com discurso moralista e

vazio eticamente, do tipo ‘eu nunca fui político’, a Casa vai se enchendo de bandidos”, polemizou. “Hoje, nem 10% pensam estrategicamente ou têm visão de Brasil”. Os outros 90% se comportam como “vereadores federais”, legislando para suas regiões.

As críticas se estenderam ao Executivo: “No Brasil, governa-se por medida provisória e constitui-se maioria trocando cargos, em relações promíscuas em torno de interesses individuais”. Jandira apontou como uma das soluções a politização da sociedade brasileira, que se acostumou à ilegalidade por falta de intervenção do Estado. “Se a casa não tem luz, faz-se gato; se não há ônibus, formam-se cooperativas de vans”, exemplificou. “O Estado também tem que fazer sua parte, garantindo os direitos básicos dos cidadãos: saúde, educação, trabalho, previdência e até mesmo informação”.

A análise do papel do Judiciário na saúde coube à promotora Sonia Piardi, presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, especialmente a tão debatida *judicialização*. “Não queremos tomar o lugar do gestor, apenas atender às demandas da população”, garantiu. E criticou a “celeuma” em torno da decisão da presidente do Supremo Tribunal Federal, ministra Ellen Gracie, que limitou a oferta de medicamentos para pacientes renais crônicos em hemodiálise e pacientes transplantados em Alagoas.

Segundo Sonia, a medida foi mal-interpretada, já que não abre precedente. “Esse recurso só foi negado porque exigia uma ação que não teria fim”, explicou, lembrando que a aprovação obrigaria o estado a oferecer novos medicamentos sempre que estes chegassem ao mercado. Para a promotora, a Justiça deve estar atenta à real necessidade dos pacientes e se informar sobre os benefícios





Lenaura e Sulamis: estudos sobre os monstros e os vilões da seguridade social

que os medicamentos podem trazer. “Os casos de disfunção erétil nunca foram prioridade até que a propaganda manipulasse a população; não podemos nos deixar levar”.

No momento destinado às perguntas, o sanitarista Gilson Carvalho ressaltou que as críticas à judicialização sempre recaem sobre o Judiciário e o Legislativo. “Ninguém comenta que os médicos prescrevem sabonete Dove e marcas de iogurte”, reclamou. Sonia concordou com Gilson e informou que 36% dos pedidos de remédios encaminhados à Justiça vêm justamente da rede pública de saúde. “Na verdade, o Judiciário nem deveria ter se envolvido nessa questão, que é de gestão, mas a população não tinha mais a quem recorrer”.

“Até pensei em roubar parte das pessoas que estão na fila da sala ao lado”, brincou Lenaura Lobato, professora da Escola de Serviço Social da UFF, ao ver vazias muitas cadeiras da sala Oxalá 6 – onde daria início ao painel *Saúde e seguridade social*, na tarde do dia 16. “Este é um sinal de que o assunto não está em voga”, avaliou Lenaura, para quem a concepção de seguridade social prevista na Constituição está abandonada. Mas há avanços, como a própria constitucionalização, que estabeleceu a noção de direito da sociedade à proteção social e de dever do Estado de garanti-la. Para Lenaura, o debate sobre temas sociais (racismo e violência doméstica, por exemplo) foi qualificado, fazendo com que a agenda pública os incorporasse.

Provas disso são o SUS e o Suas, aparatos criados para reunirem ações

de diferentes níveis de governo. Mas as dificuldades persistem: esses sistemas sofrem com burocracia interna; os programas de proteção social têm foco limitado na questão da renda; a inclusão previdenciária é baixa; a cobertura assistencial, pequena; e o financiamento, pouco. “A descentralização, com alto grau de autonomia local, também prejudica, visto que os municípios se comprometem até onde querem”, indicou.

“ÁGUA NO FEIJÃO”

O subfinanciamento das ações de seguridade social também foi abordado por Sulamis Dain (IMS/Uerj). “Saúde e previdência vêm sendo apontadas como os monstros do orçamento por quem o constrói, mas se a Constituição fosse respeitada os vilões seriam os juros, o déficit público”, criticou. “As autoridades monetárias drenam os recursos do SUS”: parte do que é arrecadado pela CPMF é destinada à previdência e ao Bolsa-Família, em vez de integralmente aplicada na saúde. “É claro que podemos botar água no feijão, mas tem hora em que é preciso botar feijão na água”.

O percentual do gasto com saúde (em relação ao PIB) é o mesmo desde 1995: 1,74. E a despesa do Ministério da Saúde (percentual em relação à receita corrente) diminuiu. Tudo isso apesar do aumento da carga tributária em 4,34% (em relação ao PIB). “Ou seja, a saúde não pode ser incriminada por esse aumento”, afirmou Sulamis. “Esses dados desfazem completamente a idéia de que o SUS é gastador”. A professora ressaltou que

a melhoria das ações de seguridade social não depende unicamente de mais recursos: boa gestão também é fundamental. Sulamis pediu à platéia que fique atenta à reforma tributária, que classificou como “nova ameaça” ao financiamento estável, suficiente e sustentável da saúde. E convocou os presentes a saírem às ruas para defender a regulamentação da EC 29.

Não apenas o Brasil tem problemas, como demonstrou o painel *Sistemas Universais de Saúde: logros e desafios para a equidade e a integridade*, da tarde do dia 16, que contou com expositores de diferentes países, sob coordenação de Julio Suárez, da Opas. O médico Eduardo Levcovitz, chefe da Unidade de Políticas e Sistemas de Saúde da Opas, lançou duras críticas aos sistemas de saúde da América Latina, com exceção de Cuba. “Nos últimos 20 anos, a maioria sofreu reformas, transformando o que já era um bicho relativamente feio num Frankenstein”, aludiu ele ao personagem de Mary Shelley, remendado com partes de corpos diferentes pelo cientista louco Victor Frankenstein. A maioria dos sistemas também foi formada por partes distintas: serviço nacional de saúde, seguro social de saúde e serviços empresariais. “É braço de um e cabeça de outro”, disse, lembrando que o monstro viveu apenas 15 minutos e sua única missão foi matar o criador. “Para o criador desses *frankensteins*, é melhor que durma com a porta e a janela trancadas nos próximos dias”, brincou.

Perseguidos pelos fantasmas da segmentação e da fragmentação, esses sistemas se caracterizam por diferentes direitos. “O caso da Colômbia talvez seja o mais bem descrito, estudado e caracterizado: cada grupo da população tem acesso a prestadores, benefícios e serviços de saúde diferentes”. Outra característica são as várias fontes de financiamento, públicas, privadas ou estrangeiras. “Isso gera uma enorme iniquidade no financiamento e no direito dos usuários”, disse. Em El Salvador há quatro sistemas paralelos: o Ministério da Saúde atende 80% da população e gasta 48 dólares per capita; o seguro social atende 17%, e gasta 283 dólares per capita; o serviço de saúde dos militares atende 1% da população, e gasta 247 dólares per capita; o serviço de saúde dos professores, também público, atende 1% da população e gasta 417 dólares per capita.

Para Eduardo, a segmentação impede ainda mais a regulamentação. “É muito difícil regulamentar e fiscalizar



quando não há um ente responsável”, ressaltou. E o problema é gravíssimo quando analisamos o custo de transação na América Latina, “que é a parte do dinheiro que entra no sistema e não sai como ação de serviço de saúde”. Segundo Eduardo, no sistema inglês, o custo de transação é de 6% a 7%, ou seja: de 100 libras, 94 viram ações de saúde e 6 libras desaparecem na administração. “No sistema colombiano, o custo de transação é de 28%: de 100 pesos, 72 viram ações de saúde e 28 são consumidos na intermediação”.

Outros problemas: ausência de uma rede de saúde, presença de serviços superpostos, descontinuidade do cuidado e impossibilidade de atenção integral. Mas é possível superar tudo isso com investimento na integralidade e na equidade, convergência interinstitucional e integração operativa. Convergir “é fortalecer a governança, conduzindo a uma política setorial, é proporcionar diálogo político e social entre múltiplos atores e integrar o financiamento, alinhado à cooperação internacional”. A integração operativa significa construir redes de atenção integral e ter como base a Atenção Primária. “É preciso superar essa velha dicotomia da assistência com a saúde pública, juntar os programas e construir sistemas baseados na atenção primária”, avaliou.

Rémy Trudel, presidente da Conferência Luso-Francófona da Saúde (Colufra) e professor da Escola de Administração Pública da França, contou que o primeiro pilar do sistema de saúde de Quebec (Canadá) é a universalidade, com acesso para todos; o segundo, a integralidade, com todos os serviços para manutenção e desenvolvimento da saúde; o terceiro, a acessibilidade em prazos razoáveis. “É tudo financiado pelo setor público”.

A estrutura desse sistema permitiu maior expectativa de vida com qualidade, redução do nascimento de bebês de baixo peso e maior taxa de manutenção da vida de pessoas com câncer de mama e de pulmão. “Mas não foi o suficiente”, ressaltou: em Quebec, desde 1980, não houve aumento orçamentário capaz de favorecer algumas metas, como a cobertura de serviços caros como os de HIV/aids, o que ameaça o pilar da integralidade. “Isso permitiu a introdução do setor privado, que cresceu de 20% para 40% nas áreas que o setor público não conseguiu atender”, informou.

O debate prosseguiu com Fernando Muñoz, chefe do Departamento de Estudos do Ministério da Saúde do Chile, onde, apesar da redução do índice



Gilson, Eduardo, Julio, Inés e Rémy: logros e desafios dos sistemas de saúde

de pobreza de 38,6% em 1990 para 18,8% em 2003 — e de uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil da América Latina —, parte da população ainda não tem acesso a serviços de saúde adequados. “A desigualdade é grande: no interior do país, a taxa de mortalidade é muito ruim”. Com participação de vários segmentos da sociedade, o governo chileno lançou o documento “Os objetivos sanitários para a década 2000-2010”, que orientará as políticas públicas de saúde, informou.

O “TUDO PARA TODOS”

Inés Palanca Sánchez, chefe da Agência de Qualidade do Ministério da Saúde da Espanha, informou que o sistema em seu país é baseado em três pilares: cobertura universal, financiamento público e descentralização nas comunidades. O sistema atende 99,4% da população — 40 milhões de pessoas — e deixa de fora apenas 0,6% — 200 mil não-assalariados com rendimento elevado. Inclui saúde pública, Atenção Primária, Atenção Especializada, cuidados sanitários, urgência e emergência e farmácia, entre outros. “O objetivo é promover sempre a qualidade e a equidade no acesso, garantindo o direito do cidadão”.

O último expositor, o sanitarista Gilson Carvalho, tratou dos desafios do SUS na exposição “O tudo para todos em saúde no Brasil”. Nada novo, como ele próprio anunciou, visto que vem discutindo o tema nos últimos anos. Entre a diferença do SUS que queremos e o SUS que temos, Gilson chamou a atenção para o que na verdade se fez no Brasil: “Uma integralidade trincada, truncada ou turbinada pelo interesse econômico”. Trincada pela iniquidade, truncada pela redução do

conceito de saúde e turbinada pelo excesso de uso indevido dos recursos. E perguntou: “É possível conquistar universalidade e integralidade para o brasileiro? É um sonho, uma utopia ou uma realidade ainda possível?”

Apesar de garantidas no Art. 196 da Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, a universalidade e a integralidade sofrem de insuficiência de recursos e ineficiência no uso dos recursos. Gilson defendeu mais uma vez o que chama de integralidade regulada. “Sonhada e inscrita na Constituição, é a integralidade com base científica, ética e nas necessidades de saúde da população”, ressaltou: a integralidade regulada resgata a visão do ser humano como um todo e promove ao mesmo tempo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O conceito incluiu o que se pensou na Constituição: atenção com protocolização baseada na evidência científica, incorporação tecnológica de equipamentos, medicamentos e procedimentos, acesso amplo, geral e irrestrito à atenção primária qualificada e uso de especialistas após acesso prévio aos cuidados primários. Como também a assistência farmacêutica, discutindo-se antes a desmedicalização, e a indicação correta dos medicamentos, exames, hospitalização precedida pela universalidade da atenção primária e discussão de que agravos precisam de UTI.

Para Gilson, a saída é o aumento de recursos, o combate à corrupção, a mudança do modelo, a eficiência no gasto e a transformação do Brasil pela “Lei dos cinco E”: educação dos dirigentes públicos e privados, educação dos profissionais, educação dos prestadores



de serviço, produtores e mercadores de insumos de saúde, educação dos cidadãos usuários e educação dos meios de comunicação, do Judiciário, do Ministério Público...

No fórum *Advocacy e saúde pública internacional*, na tarde do dia 17, os determinantes sociais voltaram a ser lembrados, desta vez pelo presidente da Fiocruz, Paulo Buss. O sanitarista frisou que a saúde pública tem a ver centralmente com pobreza e seus problemas decorrentes — analfabetismo, moradia insalubre, água de baixa qualidade. Dados que classificou de “agressivos” o comprovam: a expectativa de vida em países pobres (51 anos, em média) e em países ricos (em torno dos 78). “O combate das iniquidades”, afirmou, “vai depender da nossa capacidade de *advocacy*, de governança global”.

FALÊNCIA A CORRIGIR

Buss indicou a ONU e os organismos ligados à saúde como exemplos de espaços para cooperação internacional destinados a resolver problemas mundiais. Mas lamentou que as políticas discutidas nesses fóruns por representantes de cada país jamais tenham entrado na pauta dos partidos políticos e da sociedade brasileira. “É uma falência que precisamos corrigir”.

Aos profissionais presentes sugeriu que não restrinjam a atuação ao âmbito da OMS, mas recorram também às organizações mundiais do Comércio e da Propriedade Intelectual. “Ambas são diretamente responsáveis pelos determinantes sociais e dependerá de suas decisões nosso desenvolvimento ou estagnação”. As patentes de medicamentos, por exemplo, geram grande discordância entre países, uns a serviço da indústria farmacêutica (como os Estados Unidos), outros na defesa dos interesses dos cidadãos (entre eles, o Brasil). “É patente versus paciente”, resumiu.

A queda nos repasses da ajuda externa e o aumento dos gastos militares também preocupam o sanitarista. As despesas com armas no mundo, lembrou, somaram 450 bilhões de dólares em 2003. Para Buss, esse dinheiro deveria ser usado para que o planeta atinja as oito metas do milênio, que exigem 760 bilhões de dólares de hoje a 2015 — um ano de gastos militares.

O sanitarista enumerou iniciativas positivas de *advocacy* no campo da saúde: a Declaração do Milênio, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, o Grupo de Trabalho Intergovernamen-

tal sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, a Aliança Gavi (de doação de vacinas a nações pobres). Mas há problemas também de governança local, advertiu. “O Brasil cresceu brutalmente suas exportações, mas a distribuição da renda é infinitamente menor”.

No painel *Participação social no sistema de saúde brasileiro*, na tarde do dia 17, numa Oxalá 2 cheia, a pesquisadora Maria Eliana Labra, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp, fez a mais otimista das três falas, reafirmando conselhos e conferências de saúde do Brasil como experiências de participação social sem paralelo no mundo. E surpreendeu ao defender a idéia de que a judicialização é uma vertente do controle social, ligada à “*accountability* (prestação de contas) social”. Eliana disse não entender as críticas a esse fenômeno, que vê como “um sinal de que o Judiciário finalmente se abriu às demandas da população, democratizou-se”.

Julio Muller, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, apresentou estudo sobre controle social em seu estado: a grande maioria dos municípios promoveu três ou menos de três conferências desde 1990 e não elegeu delegados à conferência nacional. Os conselhos de saúde, em sua maioria, não têm fórum para escolher os representantes do segmento dos usuários e não atende à Resolução 333, que define as diretrizes para seu funcionamento.

Julio concluiu que há incorporação incipiente do conceito e da prática da gestão participativa. As deliberações das conferências municipais, por exemplo, têm sido pouco divulgadas localmente. O professor reforçou sugestões recorrentes, como começar as conferências analisando a saúde do município e o grau de cumprimento das deliberações das conferências anteriores.

Assim como Julio, a professora Soraya Vargas, do Departamento de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, divulgou o resultado de pesquisa na área. Em 2005, ela analisou como se estruturavam as relações de poder no Conselho Nacional de Saúde. Naquele ano, a paridade era cumprida à risca: 27 conselheiros representavam a sociedade; oito, o governo; e cinco, o mercado. Mas, a partir de análises de reuniões, a professora detectou que os representantes da sociedade eram responsáveis por 72% das intervenções, 82% das coordenações de mesas, 91% das participações em

outros fóruns. Ou seja, para Soraya havia sobre-representação da sociedade, enquanto gestores e mercado estavam sub-representados. E mais: seis conselheiros formavam um “núcleo duro” que respondia por grande parte da dinâmica das reuniões: 33% das intervenções.

A professora listou os temas mais recorrentes nas reuniões: 27% das discussões eram sobre o funcionamento e o papel do próprio conselho, 25% eram sobre políticas e programas de saúde, 13% eram sobre gestão, 10% eram sobre questões locais e particulares. “Isso mostra que, para os conselheiros, a prioridade era se auto-avaliar, debater o controle social, e não os problemas da saúde”, afirmou. Ao fim das três falas, o diretor da Ensp, Antônio Ivo de Carvalho, que coordenava a mesa, louvou as reflexões críticas. “Passamos muito tempo salvando o controle social, agora começamos a avaliá-lo”, disse.

OUVIR, VER E TOCAR

Na outra ponta, *Cuidado em saúde como valor* foi tema de um painel na manhã do dia 17. O debate, que lotou a sala Oxalá 5, foi aberto pelo médico e professor José Ricardo Ayres (FM/USP), que destacou dois elementos fundamentais do cuidado: a escuta e o acolhimento. É preciso ouvir, ver e tocar mais, disse. O professor propôs a transformação do horizonte das ações de saúde, voltando-se o êxito técnico e o sucesso prático para o que chamou de projetos de felicidade. “Ou seja, para aquilo que faz as pessoas organizarem sentimentalmente a vida”, salientou, ao lembrar que desses projetos fazem parte as ciências biomédicas, humanas, os saberes tradicionais e a sabedoria prática.

O cuidado como valor, segundo José Ricardo, promove maior vínculo entre os atores, dando mais espaço aos sujeitos, mais continuidade aos serviços, mais participação dos usuários e compromisso dos profissionais, com maior valorização da dimensão hermenêutica das práticas de saúde. Ao contrário do enfoque instrumental, em que os saberes técnico-científico e prático são de domínio exclusivo do técnico (o profissional de saúde) e o paciente é apenas objeto de prática, o enfoque hermenêutico faz com que os sujeitos-profissionais e sujeitos-usuários troquem saberes. “A idéia é promover responsabilização, maior resolutividade e envolvimento entre usuários e família nas ações de cuidado”.

Segundo painelistas da mesa, a sanitarista Roseni Pinheiro (IMS/Uerj) destacou os “usos” do cuidado em





José Ricardo e Roseni (acima), Teresa e Eloísa: cuidado com o mundo

saúde. O primeiro, como um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde, como um procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial mais simples. O segundo, como um *constructo* teórico-prático que se pauta exclusivamente pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica. E o terceiro, como elemento constitutivo das rotinas institucionais que esquadriham a confiança assistencial, ou pelos procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos.

Coordenadora do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), Roseni ensinou que a integralidade propõe “um agir político capaz de produzir responsabilidade coletiva com base num julgar”. O cuidado como valor “define as fronteiras da integralidade em saúde como dispositivo político-ético, e o cuidado, como valor social e universal, exige alteridade com responsabilidade”. Nesse sentido, “é urgente nos responsabilizarmos pelas escolhas que fazemos, tomarmos a

vida como fonte de valor e assumirmos o cuidado com o mundo”, exortou. “Quando isso acontece de fato é porque fomos educados”.

FORA DA REALIDADE

Com flagrantes pungentes de uma das faces do cuidado, o painel *Violência, identidade, dor e resiliência*, na sala Nanã, atraiu grande público na tarde do dia 16 para ouvir a psicóloga Ana Palazzesi, da Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, falar da situação dos filhos de presos políticos seqüestrados pela ditadura argentina e criados por militares, muitos deles torturadores de seus pais. Já adultos, descobriram sua história de vida a partir do trabalho das Mães da Praça de Maio, hoje avós que lutam para resgatar os jovens de seus raptos. “Esses jovens vivem fora da realidade”, disse Ana. Para enfrentar a situação, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para trabalhar de forma interdisciplinar. “Eles devem estar familiarizados com a situação para que possam dosar as informações”.

A reconstituição de cada identidade depende de processo judicial, mas o legado histórico sobre as circunstâncias em que as crianças nasceram é importante, disse, e por isso militantes contemporâneos dos pais torturados e mortos estão sendo entrevistados para um banco de dados.

As pesquisadoras uruguaias Teresa Menoni (Facultad de Enfermería de Montevideo) e Eloísa Klasse (Universidad de la República) expuseram a pesquisa “Construindo alternativas à dor: reflexões sobre resiliência”, feita no bairro do Cerro, em Montevideú, onde se registram altos índices de pobreza. Elas investigaram como as vítimas de adversidades conseguiram superar os problemas pela resiliência. Esse conceito, oriundo da física — capacidade de resistência a choques dos materiais — aparece em relatos de pobreza, desemprego, abusos da ditadura militar, perda de parentes. Desenvolvem a resiliência fatores como o reconhecimento da possibilidade de enfrentar-se a situação, o compartilhamento da história pessoal com outros indivíduos, o bom humor — “*constructo* simbólico que questiona a adversidade” —, o apoio dos laços familiares, as expressões culturais e religiosas, a possibilidade de emprego, o sentido de pertencimento e a participação comunitária.

Integralidade no ensino e na formação em saúde deu título a outro painel da manhã do dia 18. O médico Alcindo Ferla, professor da Universidade de Caxias do Sul, afirmou de saída que “saúde é aposta de futuro”, e “os portadores desse futuro”, citou ele Emerson Merhy, “são os trabalhadores da saúde”. Para Alcindo, o momento é





Merhy (E), Gilberto e Odorico: educação em gestão do SUS atraiu multidão

de ampliação e fortalecimento da área do ensino e da formação em saúde e de mudança na natureza da aproximação entre ensino/formação e sistema de saúde. É preciso participar mais enfaticamente da construção e da sustentação de políticas, estratégias e dispositivos capazes de fortalecer mudanças mais efetivas no ensino e no sistema de saúde, como também analisar e articular iniciativas exitosas, defendeu.

Segunda painelista, a professora Marise Ramos (EPSJV/Fiocruz) citou outro especialista, o médico Ruben Mattos, para afirmar que a integralidade recoloca o sentido do trabalho em saúde na reconstituição da humanidade das pessoas frente às suas necessidades de saúde. “Dessa perspectiva, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral se volta para as necessidades do ser humano como sujeito da produção da existência, e não como objeto da acumulação do capital”.

Para Marise, a integralidade deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. “Os serviços devem ser organizados de forma aberta, para assimilar necessidades não previstas em rotinas e protocolos”, disse. “Não há como conceber

a atenção integral se não se concebe o trabalhador em sua integralidade”. Para ela, a divisão e o parcelamento do trabalho, ao que corresponde a divisão do conhecimento é, também, a divisão dos próprios sujeitos. “Não há como enfrentar essas contradições se não concebermos os trabalhadores como sujeitos de necessidades, de conhecimento e cultura”.

SITUAÇÃO DESCONFORTÁVEL

“Muda! Muda! Muda!”, exigia a multidão à porta da sala Zélia Gattai, no fim da manhã do dia 17, na tentativa de assistir ao painel *A educação profissional em gestão para o SUS: o (im)pacto da gestão na formação dos trabalhadores*, coordenado por Gilberto Santiago. Muitos ficaram de fora. “Infelizmente, não foi reconhecido o prestígio dos palestrantes”, lamentou o sanitarista Emerson Elias Merhy, livre-docente do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ. “Ficamos numa situação desfavorável e desconfortável”. Como damos conta de trabalhar com a produção de novos atores considerando antigos atores?, perguntou. O desafio, afirmou, é aliar modificações necessárias ao sistema considerando o que já está instalado de trabalho, trabalhadores e práticas. Um dos nós críticos do SUS, para ele, é a pouca visibilidade dada aos trabalhadores de saúde.

O professor disse reconhecer as numerosas iniciativas que repensam os processos de formação e educação profissional. Acredita, porém, que o investimento tem sido deficiente: “Não temos trabalhado com perspectivas instigantes, mas prepotentes”, afirmou. “Como regra, o que se oferta aos burocratas são estratégias de informação para que eles aprendam onde estão”. Quando se fala em “burocracia”, avisou, há que se perceber que em alguns contextos ela pode ser vista como estratégia de reforma e modernização do Estado. Citou os estudos do pensador alemão Max Weber (1864-1920), que idealizou o burocrata como o trabalhador que conseguiria, “em torno de sua neutralidade política e competência operativa, de maneira racional, imprimir a construção do Estado moderno”. Segundo o palestrante, essa imagem weberiana serve para que se reflita sobre a formação de novos tipos de trabalhadores em gestão.

O professor opinou que a experiência de construção do SUS não é de neutralidade. “E nem poderia ser”, disse, lembrando que a transformação de Estado que se experimenta no Brasil — e que tem o sistema de saúde como um dos grandes protagonistas — é uma experiência de “construção de um outro futuro societal”, bem diferente da proposta “modernizante” vislumbrada pelo projeto de Weber para a Alemanha. Implicaria formação que permita ao trabalhador não somente o desenvolvimento da competência técnica, mas a possibilidade de se ver como “produtor de políticas em territórios de disputa”. Para isso, salientou, é importante “tornar o mundo do trabalho matéria-prima dos processos de formação”, o que levaria a um comprometimento dos trabalhadores com mudanças efetivas.

Esta “formação humanista radical” vislumbraria o trabalhador além de um “portador de competências”, alguém comprometido com a visão de futuro “militante” que está direcionando determinada política. Só assim, na opinião do professor, estes profissionais compreenderiam de maneira crítica sua atuação e as disputas que são travadas no SUS pela superação da perspectiva medicalizante, que transforma em problemas de saúde o que na verdade são questões sociais.

Na seqüência, o secretário municipal de Saúde de Fortaleza, Odorico Monteiro, destacou em sua fala a “grande lacuna” do SUS na formação de quadros, na medida em que segue a estrutura do modelo liberal privatista



americano, “que não concebe a saúde como direito à cidadania e dever do Estado”. Esse “paradigma hegemônico”, segundo ele, vem se aliar a outra questão: “Defendemos um sistema que não usamos”, advertiu, sob aplausos. “Isso é uma profunda contradição”.

Odorico lembrou que o sistema de educação, por outro lado, tem fortes raízes no modelo francês, cartorial. E defendeu seu projeto de “sistema de saúde-escola” (Radis 59) – municipal, estadual e nacional. “Precisamos transformar todos os nossos espaços de trabalho em espaços de ensino, pesquisa e assistência”, enfatizou, nos quais a formação permanente seja dever do Estado. A idéia-força de seu projeto é a “educação permanente”, que leve em consideração a saúde como qualidade de vida, transformando toda a rede de serviços num “espaço de educação contextualizada e desenvolvimento profissional”.

Para Odorico, é necessário romper a divisão entre ensino, pesquisa e assistência: “O SUS não consegue incorporar em seu cotidiano estas outras instâncias do conhecimento”. Outra questão importante que não se enfrenta é o debate da privatização das residências médicas, “a estrutura mais privada deste país”, cujos modelos são definidos pelas corporações profissionais.

Outro espaço privado, a saúde suplementar foi debatida na comunicação coordenada *Acesso e cobertura: uma discussão sobre o direito à saúde*, na manhã do dia 17. Pesquisador do Lappis/Uerj, o advogado Alexandre Miguel França criticou a mercantilização do direito à saúde, que reduz a cidadania ao consumo. “No Brasil, somos consumidores do século 21 e cidadãos do século 18”, decretou. Alexandre disse acreditar que os planos privados perderam o papel complementar no país e desrespeitam os princípios do SUS, entre eles a integralidade.

O sanitarista Mário Scheffer, da diretoria do Cebes, identificou um problema prático na relação do privado com o público, a partir da análise de decisões judiciais relativas à saúde su-



Ligia: contradições profundas entre o público e o privado


plementar em São Paulo. As freqüentes exclusões de serviços – principalmente os de alta complexidade – obrigam os usuários de planos a recorrerem ao SUS sem que as operadoras paguem por esses atendimentos. “O ressarcimento é pífito e seguirá sendo assim, mesmo quando implementado efetivamente”, afirmou. E explicou o porquê: a legislação só prevê o ressarcimento por serviços citados no contrato de adesão. Estima-se que 40 milhões de brasileiros tenham algum tipo de plano privado de saúde.

O tema também foi debatido na manhã do dia seguinte, no painel *Os planos de saúde no Brasil: a constituição das “empresas médicas”, o impacto da regulação e a produção do conhecimento*. Para a pesquisadora Ligia Bahia, do Núcleo de Saúde Coletiva da UFRJ, são profundas as contradições entre o público e o privado nessa área. Pelas contas da sanitarista, que integra a diretoria do Cebes, 20% dos gastos com as operadoras no país são públicos – não somadas as despesas de estados e municípios. O governo federal gasta R\$ 1 bilhão para oferecer

plano de saúde aos servidores civis e mais R\$ 3 bilhões com oito grandes estatais ligadas à União.

Em seu balanço de 2005, informou a pesquisadora, a Petrobras declara que só contrata empresas prestadoras de serviço cujos funcionários tenham direito a plano de saúde. “Ou seja, ela considera que está contribuindo para a nação brasileira não só ofertando plano de saúde a seus funcionários, como também obrigando que outras empresas ofereçam, em vez de ecoar esse esforço de construção de um sistema único de saúde e de seguridade social brasileiro”, criticou.

Ligia também não poupou críticas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), inclusive ao seu financiamento. O modelo de agências reguladoras pressupõe autonomia financeira, mas 50% do orçamento da ANS provém diretamente do Tesouro Nacional. A grande quantidade de funcionários foi outro ponto lembrado. “Precisamos saber qual é o impacto dessa estrutura na saúde”, disse. Além de problemas éticos, há problemas estéticos: “Existe coisa mais alucinada do que a agência ocupar um andar do prédio do Banco do Brasil, sem sequer ter uma placa na porta indicando que funciona ali?”

Para Ligia, permanece a dúvida: a regulação serve como vetor de um sistema único ou como mantenedor de duas saúdes – uma para ricos, outra para pobres? 



♦ Cobertura: Adriano De Lavor, Bruno Camarinha Dominguez, Justa Helena Franco, Katia Machado.

Radis adverte



Datas para promoção da saúde

1º/10 ♦ Dia Internacional dos Idosos
10/10 ♦ Dia Mundial da Saúde Mental
1º/12 ♦ Dia Mundial da Aids

ENTREVISTA

Mirta Roses Periago

“É preciso olhar todas as experiências para não repetirmos problemas já identificados”

A agenda de prioridades da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), braço no continente da Organização Mundial da Saúde, inclui entre outros temas o controle da tuberculose e a eliminação da doença de Chagas, a Atenção Primária à Saúde, a relação entre saúde e seus determinantes sociais, além de ações para redução dos acidentes de trânsito e do tabagismo. Essa agenda pautou a entrevista à *Radis* da diretora da Opas/OMS, a argentina Mirta Roses Periago.

Mirta defende a epidemiologia como ferramenta básica da saúde pública. Na primeira Conferência Pan-Americana sobre a Violência, por exemplo, a Opas usou a evidência como parâmetro, mostrando quem morria, onde, como e o impacto na saúde pública. Com o acidente de trânsito é a mesma coisa: “Se o fenômeno é confuso e não se consegue identificar relações e fatores, para as cidades o problema soa como fatalismo e não gera ação”, avalia. “Então, primeiramente temos que gerar as evidências”.

Descontraída, em português fluente, essa médica-cirurgiã formada pela Universidade de Córdoba em 1969 e também diplomada em Saúde Pública pela Universidade de Buenos Aires, conversou com a equipe da revista durante uma hora e meia, antes de se dirigir ao Centro de Convenções da Bahia, em Salvador, para sua exposição no grande debate *Equidade e direito à saúde*, no 4º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A seguir, a entrevista.



Em sua fala na reunião da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, a senhora destacou que qualquer iniciativa de melhoria da saúde deveria estar associada a um contexto mais amplo, econômico, social e político, e que a Opas/OMS entende que

Atenção Primária à Saúde é parte integrante desse desenvolvimento. Como então convencer os governos dessa necessidade?

A primeira iniciativa é não desligar o sistema de saúde do complexo dos determinantes de produção da saúde. A segunda é dizer aos que não são da área da saúde, e que têm responsabilidades no governo, o que está mudando na situação demográfica. Aumentou-se a expectativa de vida e, por isso, é preciso dar longevidade e funcionalidade à vida. O cidadão quer é uma vida produtiva e participativa.

A terceira iniciativa é mudar a maneira como falamos com os outros antes de governo e afirmar que a saúde não tem fronteira. A pessoa pode ser a mais rica do mundo, mas se pega um avião, mesmo de primeira classe, e entra em contato com alguém doente, pode pegar uma tuberculose, por exemplo. Isso não acontece em outras áreas: se um cidadão é analfabeto e uma cidadã uma doutoranda, não importa. Na saúde não é assim e isso quebra todas as barreiras, envolve solidariedade, ética, moral e ideologia.

A senhora falou sobre os riscos da tuberculose, principalmente no caso da migração. Como o Regulamento Sanitário Internacional (documento oficial da OMS; ver Súmula) pode ajudar a diminuir tais riscos?

O regulamento é imprescindível e chega quando todos aceitam que a situação é caótica. Ele estabelece confiança, transparência e respeito entre os países. É o primeiro passo para o reconhecimento de autoridades sanitárias mundiais. Acho que a casa se tornou pequena e estamos todos dentro desta mesma casa, por isso precisamos de um regulamento comum.

A OMS também lançou esforço para eliminação da doença de Chagas até 2010. A senhora acredita que os



países atingidos conseguirão cumprir essa meta?

Acho que sim. O continente americano já teve muitos avanços. A primeira iniciativa de eliminação da doença, há oito anos, foi do Cone Sul (denominação que recebe a região mais meridional da América do Sul), muito bem-sucedida, e que incluiu a situação do Brasil, do Paraguai, do sul da Bolívia, do Uruguai e da Argentina. Além dela, tivemos a iniciativa da América Central, em 2003. Os pontos positivos dessas estratégias foram, primeiro, a eliminação da transmissão pelos bancos de sangue; depois, a transmissão quando ainda bebê; e, por fim, o controle na moradia, que contou com a participação da sociedade. Nos dias de hoje, o problema está muito concentrado na Região Andina, onde nasceu o Chagas, e nas áreas em que estão os transmissores mais silvestres, a exemplo da Amazônia.

Mas resolver de vez o problema da doença de Chagas exige melhoria da qualidade de vida e a redução da pobreza e, como falei anteriormente, a afirmação de que a saúde é um problema de todos. Regiões que não tinham a doença, como os Estados

Unidos e países da Europa, agora têm por causa da migração.

É difícil convencer os países a adotarem medidas preventivas quando uma ameaça não está tão próxima?

Sim, é claro. Mas com o risco é que vem a solidariedade.

E qual é a estratégia da Opas/OMS?

O problema do tabagismo é um exemplo. Falamos por 40 anos que o tabagismo causa câncer de pulmão. Mas isso era visto como um problema individual. Nos últimos 15 anos, começamos a falar que as pessoas que não fumam também são atingidas pelo ambiente poluído com a fumaça do cigarro, e começamos a propor mudanças de comportamento. A estratégia, portanto, é falar que todos têm direito à saúde, que saúde contagia.

As mortes no trânsito são uma grande preocupação da Opas/OMS na atualidade. Como a organização tem trabalhado esse assunto?

Primeiramente, pela evidência. A ferramenta básica da saúde pública é a epidemiologia. Em 1999, organizamos a primeira Conferência Pan-Americana sobre a Violência, usando a evidência como parâmetro, e mostramos quem estava morrendo, onde estava morrendo, como estava morrendo e qual era o impacto que isso trazia à saúde pública. Com o acidente de trânsito é a mesma coisa. É preciso identificar as evidências, o que está relacionado aos acidentes. Se o fenômeno é confuso e não se consegue identificar relações e fatores, para as cidades o problema soa como fatalismo e não gera ação. Então, primeiramente temos que gerar as evidências.

A Opas/OMS lançou sua agenda 2008/2017. Num continente tão desigual, a senhora está otimista para que essa agenda seja cumprida?

O mais importante é a redução das desigualdades. Não temos muitos países pobres, são cinco ou seis países pobres, de acordo com a classificação internacional. Mas temos muitos locais de pobreza. Oitenta por cento dos pobres, cerca de dois milhões, estão em países que não são pobres, como México, Brasil, Argentina e Colômbia. Há os países ricos, como Estados Unidos e Canadá, que também têm pobres. Ou seja, são pessoas que vivem na pobreza em países de renda média, alta e altíssima.

Outro problema muito grave na saúde é o acesso aos medicamentos. O

Brasil tem tomado a dianteira do debate e decretou recentemente o licenciamento compulsório do Efavirenz, usado no tratamento da aids. Como a senhora vê esse movimento? Serve de exemplo para outros países das Américas?

O mais importante é a redução das desigualdades. Não temos muitos países pobres, são cinco ou seis países pobres, de acordo com a classificação internacional. Mas temos muitos locais de pobreza.

Sim, eu acho que esse é um momento do mundo mais simétrico. O licenciamento compulsório permite essa simetria no mercado, não é um instrumento de destruição do comércio e sim de negociação. Não é que os países não queiram a indústria farmacêutica, mas querem mais transparência na negociação, e esse tipo de instrumento é o que dá a devida clareza. A negociação conjunta, a transparência dos preços, tudo isso que o Brasil tem feito e que a Opas/OMS tem buscado nos últimos sete anos, principalmente com a situação da aids, tem dado muito certo. As negociações conjuntas começaram numa roda de negociação no Caribe, da qual participaram apenas as indústrias de marca. Depois, na Região Andina, participaram da negociação também os produtores de genéricos. Agora, já estamos chegando à quarta roda de negociação.


Como está a relação da Opas/OMS com as instituições de saúde pública, a exemplo da Fiocruz?

A organização foi criada sem instituições, foi criada como um enlace entre os países e para apoiar os esforços cooperativos. Não temos instituições próprias, e sim centros colaboradores, pois a idéia era fortalecer, criar ou apoiar as instituições dos países para que servissem de instrumentos de cooperação. Em instituições como a Fiocruz, temos três tipos de relações fundamentais. Uma é saber o que a instituição faz no país, e promover uma relação de cooperação e de fortalecimento da instituição. Isso ocorre não só com a Fiocruz, como também com associações médicas, instituições do Estado, instituições privadas e organizações não-governamentais. Ou seja, tudo o que serve para ajudar a melhorar a saúde pública.

Fora do país e até do continente...

Sim, a segunda relação fundamental é descobrir como essa instituição pode servir como referência, capacitar ou participar de pesquisas que envolvam vários países ou várias disciplinas da rede pan-americana. E a terceira relação fundamental é saber como essas instituições podem participar de pesquisas em outras regiões e com outros países além das Américas. No caso da Fiocruz, há seis anos temos trabalhado na rede de apoio aos países de língua portuguesa na África. A instituição tem sido referência de capacitação e de centro de pesquisa.

O Brasil discute o projeto de fundações estatais de direito privado para a gestão do SUS. A senhora conhece modelo semelhante ou mais bem-sucedido para a saúde pública?

O modelo de gestão que estabelece metas tem experiência no continente americano, como também na Europa, a exemplo de Inglaterra, França e Espanha. O importante é não fragmentar a saúde e investir na Atenção Primária. Os insumos básicos, como as vacinas, não podem ser fragmentados. Acho que é preciso olhar para todas essas experiências para não repetirmos os problemas que já estão identificados e melhorar a qualidade da atenção. 

♦ *Participaram Adriano De Lavor, Bruno Camarinha Dominguez, Justa Helena Franco, Katia Machado e Aristides Dutra; colaborou Eduardo Callado*

O assunto do momento



FOTO: BRUNO DOMINGUEZ

Em Niterói, a votação mais acirrada na plenária final foi a da proposta de retirada “imediate” do projeto de fundação estatal do Congresso

Bruno Camarinha Dominguez


O Projeto de Lei Complementar 92/2007 monopolizou os debates da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Niterói (RJ), de 3 a 5 de agosto, no ginásio do Instituto Abel. Mesmo contrariando o roteiro de discussão proposto pelo Conselho Nacional de Saúde (*Radis* 60), o fato deve se repetir pelos estados e na própria 13ª Conferência Nacional de Saúde. Afinal, só se fala disso no momento.

Logo na abertura das duas primeiras mesas-redondas — sobre pacto de gestão e financiamento do SUS, na manhã do dia 4 —, o secretário de Saúde, Luiz Roberto Tenório, sugeriu que os 800 delegados evitassem a polarização das discussões em torno de uma única proposta. Em vão. O projeto foi mencionado pelos integrantes de ambas as mesas, especialmente por Pedro Barbosa, pesquisador e professor da Ensp/

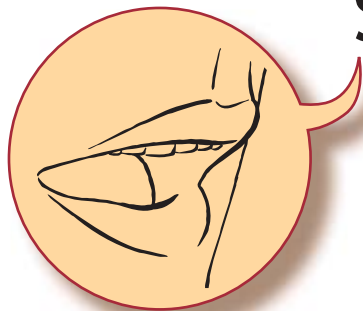
Fiocruz. Ele aproveitou para esclarecer dúvidas sobre o modelo: é público e estatal, SUS exclusivo, sem dupla porta (ver matéria ao lado). “A intenção não é transferir a administração à iniciativa privada, como na era Fernando Henrique Cardoso”, afirmou.

Mas não foi o suficiente para convencer boa parte dos delegados, principalmente representantes de usuários e profissionais de saúde. Previsto para terminar às 13h, o debate que se seguiu só foi encerrado às 14h, dado o grande número de participantes inscritos — a maioria, contrária ao projeto. “O governo está rasgando a lei ao mandar à Câmara um texto rejeitado pelo CNS”, esbravejou uma usuária. “O problema não é o que está escrito, mas o que não está escrito”, criticou outra, para quem falta transparência e debate. Alguns questionamentos: as fundações vão poder captar recursos de empresas privadas ou vender serviços? Se não cumprirem metas, quem as financiará? O pagamento de salários fica garantido?

Um grupo do Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense vestia camisas pretas nas quais se lia: “Fundação estatal é privatizar hospital; sou contra”. Os delegados favoráveis ao projeto criticaram o clima de “não li e não gostei” e a “desinformação” geral. “Muitas vezes as pessoas falam sem conhecimento, baseadas apenas em impressões ideológicas”, reclamou uma gestora.

A discordância se refletiu na plenária final, que atrasou duas horas e nem terminou naquele dia: foi encerrada dois domingos depois, no dia 19. A votação mais acirrada, como tudo indicava, foi uma proposta exigindo a retirada imediata do PLC 92/07 da Câmara dos Deputados. “Não cabe a uma conferência municipal decidir essa questão”, alertou o secretário de Saúde, sob vaias de usuários e aplausos de gestores. A proposta foi aprovada, aos gritos de “Não, não, não à privatização”. 

Só o debate salva



Marinilda Carvalho

O PLC 92/2007 regulamenta o inciso XIX do Art. 37 da Constituição e estabelece as áreas de atuação das fundações estatais. Em fóruns reais e virtuais, cartas abertas e notas públicas, muitos se manifestaram. De um lado, sanitaristas preocupados com a “falta de resolutividade do SUS”. De outro, sindicatos e associações profissionais preocupadas com um retrocesso nos direitos dos trabalhadores.

O pesquisador Francisco Braga (Ensp/Fiocruz) resumiu bem o motivo da polêmica no recente 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, na Bahia. “A idéia da instauração de uma nova modalidade jurídica e institucional no aparelho estatal significa, em última análise, reabrir-se o debate sobre o tipo de Estado e o modelo de administração pública de que o país necessita, tema que virou uma espécie de tabu”, avaliou. Mas pesquisadores buscam há tempos alternativas de gestão do SUS, já que de vez em quando a “falta de resolutividade” *explode*. Como em Maceió e Recife no mês passado, como no Rio no verão de 2004 (*Radis* 33). O então ministro Saraiva Felipe, empossado em julho de 2005, convidou a Ensp/Fiocruz a formular novo modelo de gestão para os hospitais federais do Rio.

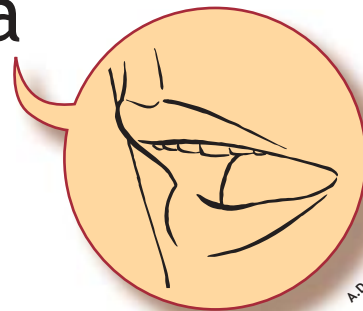
O Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp, que estuda essa problemática, já analisava os ângulos da crise, e José Gomes Temporão, então secretário de Atenção à Saúde do ministério, acompanhava de perto. Os estudos da advogada-sanitarista Lenir Santos, especialista em direito sanitário, também apontavam novos paradigmas de gestão, assim como as idéias sobre “organizações do SUS” do professor da Unicamp Gastão Wagner de Sousa Campos, secretário-executivo do Ministério da Saúde nos primeiros anos da gestão Humberto Costa (*Radis* 43 e 58). Tudo, afinal, convergiu.

O esboço de uma “fundação estatal de direito privado”, apresentado em fins de 2006, recebeu amplo apoio do ministro e de outros sanitaristas históricos, como Gilson Carvalho (ver pág. 32). Mas também duras críticas das centrais sindicais, que prometem greve geral e ação na Justiça, e do meio profissional — o Encontro Nacional das Entidades Médicas, por exemplo, em junho de 2007, deliberou contra o modelo por entender que os servidores perderiam estabilidade. Na área acadêmica, o alarme soou para a professora da Escola de Serviço Social da UFRJ Sara Granemann, cuja tese de doutorado, obtido em 2006, analisa a previdência privada como expressão do avanço da financeirização. Na opinião da professora, o projeto encerra nova tentativa de redução do Estado (ver pág. 33).

Também o Conselho Nacional de Saúde rejeitou o PLC em sua 174ª reunião ordinária. Na reunião seguinte, em julho, houve surpresa quando se soube que o PLC fora enviado ao Congresso pelo Ministério do Planejamento com apoio do ministro da Saúde. Para o CNS, “mas uma figura jurídica não superará os atuais problemas de gerenciamento”. Seu presidente, Francisco Batista Júnior, anunciou à imprensa que recorreria à Justiça. Mas a melhor saída era o debate, concluiu-se, e o seminário “Modalidades de Gestão do SUS”, em agosto, reuniu relatos sobre fundações de vários estados.


Ao fim dos debates — como em Niterói, vários participantes pediram que a tramitação do PLC seja interrompida —, foi aprovada relação de 12 pontos que o projeto deve atender, entre os quais que a fundação seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde, que seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público, e opere com uma única porta de entrada. A íntegra deste e dos demais documentos aqui citados está na seção *Exclusivo para a web*, no site do RADIS (ver no pé da matéria).

Há críticas ainda à concisão do texto do PLC, de apenas 192 palavras, o que poderia abrir brechas a alterações indesejáveis. Pedro Barbosa — seu estudo “Projeto Fundação Estatal” subsidiou a redação do PLC e, apresentado pela Secretaria de Gestão, do Planejamento, está publicado como “Proposta para debate” no site do ministério — disse



à *Radis* que de fato o texto final ficou “enxuto demais”. A intenção do governo era deixar a caracterização às lei específicas que instituirão as diversas fundações.

O projeto foi bem-recebido pelos sanitaristas, segundo o pesquisador, porque “não é aventureiro”, “tem consistência técnica, jurídica e política” e contribui para que o Estado melhore sua atuação nas áreas sociais, assumindo que não quer e não deve abrir mão de suas atribuições a partir de críticas à ineficiência. “A proposta diz claramente: o Estado pode fazer melhor”, na contrarrente das tentativas de defesa do Estado mínimo, de difamação dos servidores e do SUS, salientou.

Pedro e colegas da Ensp têm se desdobrado para esclarecer dúvidas: há até um texto com respostas às perguntas mais frequentes sobre as fundações (ver a seção *Exclusivo para a web*). O pesquisador considera rico o debate posto. “Uns são mais ideológicos, corporativos, sem olhar o interesse social maior, mas há ponderações de alto nível, compreendendo que o aparelho de Estado precisa ser modernizado”. Nas páginas seguintes, duas opiniões opostas para análise do leitor: do sanitarista Gilson Carvalho e da professora Sara Granemann. 

Mais informações

- ♦ *Ministério do Planejamento* (“Fundação estatal”) www.planejamento.gov.br
- ♦ *Conselho Nacional de Saúde* <http://conselho.saude.gov.br>
- ♦ *Conasems* www.conasems.org.br
- ♦ *Fundação Estatal* www.fundacaoestatal.com.br/
- ♦ *Idisa* www.idisa.org.br
- ♦ *Ensp/Fiocruz* www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=4992&saibamais=5205
- ♦ *Exclusivo para a web* www.ensp.fiocruz.br/radis/61/web-02.html
- ♦ *Radis na Rede 30/8* www.ensp.fiocruz.br/radis/radisnarede/radisnarede-098.html

Entre a desinformação e a má-fé

Gilson Carvalho *

Desconheço se, por desinformação ou dolo, muito se tem truncado os conceitos na discussão sobre as Fundações Públicas Estatais administradas sob direito privado. A regulamentação desta modalidade está em discussão na saúde há já vários anos por iniciativa da jurista Lenir Santos. Mais recentemente o Executivo enviou projeto de lei ao Congresso Nacional, propondo a regulamentação daquilo que já está previsto, autorizado e legitimado pela Constituição. A EC 19/98 tirou do Art. 37, XIX da CF a expressão Fundação Pública e substituiu-a por Fundação, o que equivale dizer que abriu a autorização para fundações públicas e privadas. Apenas ficou em aberto, na CF, uma lei complementar para "definir as áreas de sua atuação". O que hoje propõe o governo ao Congresso.

Uma fundação pode ser pública ou privada. O público só pode constituir fundações públicas e o privado, fundações privadas. O público tem duas opções constitucionais. Pode constituir fundações públicas administradas sob o direito público (autarquias) ou fundações públicas administradas sob direito privado. Estas denominadas, informalmente, de fundações estatais, cujos detalhes de regulamentação estão em discussão.

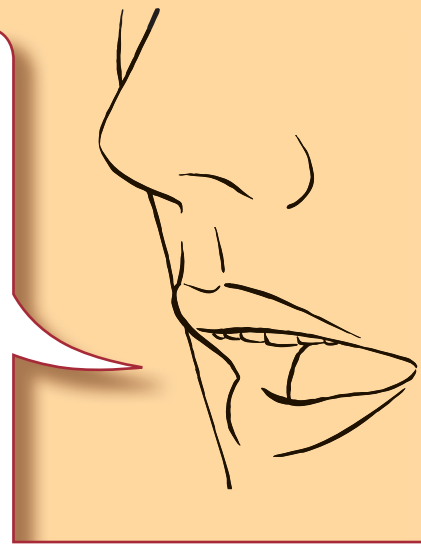
Fundação Pública Estatal administrada sob o direito privado não é um ente privado, mas sim um *ente público*. Constituir uma Fundação Pública Estatal jamais poderia ser categorizado como ato de privatização do público. Fundação Pública Estatal sob direito privado só pode ser criada pelo público. É pública, com objetivos públicos, financiada pelo público, executando ações públicas, controlado pelo público, o que vale dizer, pelos cidadãos. Ignorância ou má fé dizer o contrário? Vontade de esclarecer ou confundir e manipular as pessoas?

A segunda questão polemizada é a forma de contratação de pessoal. Há dois sistemas básicos de contratação: o estatutário e o celetista. Contratar alguém como celetista, pelo Regime Geral de Previdência da CLT, não é nenhuma forma de contrato sórdido,

desprezível, precarizado etc. É o regime em que estão milhões de brasileiros, constitucional e legalmente protegidos. Não se trata de um regime demoníaco a ser execrado e exorcizado. Se assim for, estamos deitando fora o art. 7º da Constituição, que trata das garantias dos "trabalhadores" (regime CLT). Estaremos negando o direito constitucional garantido aos Agentes Comunitários de Saúde de serem contratados pela CLT (EC 51), como autorizou a CF? Ou seriam eles trabalhadores de segunda categoria, e por isso pode? Ou não seriam eles trabalhadores públicos? Ou não seriam da função saúde? Mais ainda: e os consórcios públicos para todas as áreas, incluindo saúde que, segundo a lei aprovada e defendida, contratam mão-de-obra sempre pela CLT?

Na área de Saúde Pública há funções típicas de Estado, que só podem e devem ser exercidas por pessoal regido pelo regime estatutário. Destacam-se as funções de gestão da saúde (regulação, fiscalização, controle) e determinadas funções executivas, como a de vigilância à saúde (epidemiológica, ambiental, do trabalho, sanitária, portos, aeroportos e fronteiras etc.). O atendimento de pessoas, individual e coletivamente, é atividade comum ao público e ao privado, sem nenhuma exclusividade pública. Não são funções privativas de Estado, e seus executores podem ser regidos pelo regime estatutário ou celetista. Tanto que o próprio Poder Público, na área da saúde, mantém, no âmbito do SUS (denominado "participação complementar"), boa parte de seus serviços públicos executados, mediante contrato ou convenio, com o setor privado, conforme prevê a própria CF, art. 199, § 1º. São atividades da saúde executados por trabalhadores celetistas para a população usuária do SUS.


A terceira questão essencial é quanto às atribuições dos agentes políticos de governo, que devem atender aos cinco princípios essenciais: legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e eficiência. Agentes políticos só podem fazer o que a lei determina. Quanto a contratar servidores públicos pela forma estatutária ou celetista é uma opção que



cada governo vai poder fazer, claro que mediante autorização legislativa em sua esfera.

A recentíssima decisão do STF de suspender a redação nova do Art. 39, caput, da CF, por ter entendido que houve erro de forma (votação do texto não-correta no Congresso), não afetará as fundações públicas estatais. Essas têm regime jurídico de direito privado, como as empresas públicas e as sociedades de economia mista, as quais não estão obrigadas ao regime jurídico único. Esse é o entendimento de vários juristas.

Já previstas e legalmente autorizadas pela Constituição, essas fundações não são nenhuma inconstitucionalidade ou ilegalidade. O projeto de lei encaminha a proposta de regulamentação que estava faltando. Inclusive, nenhum governo, pode, por livre arbítrio, decidir que não vai regulamentar aquilo que a Constituição determina. Pelo princípio inarredável da democracia, neste momento, a sociedade tem pleno direito de questionar se quer regular desta ou daquela maneira. Só depois de decidido pelo Congresso algo poderá acontecer no campo das fundações, ainda podendo, sempre, arguir-se a inconstitucionalidade do que for decidido pelo Congresso. É o jogo democrático constitucional.

O repulsivo seria que pessoas que professem algum dos lados (individual, coletiva ou institucionalmente) cometam estelionato intelectual falseando a verdade. Distorcendo termos e conceitos. Manipulando pessoas a partir de seu desconhecimento. Agindo sob a ética da corporação sem submetê-la à ética do cidadão. Que predominem e vençam a verdade e o interesse coletivo. 

* Médico-pediatra e de Saúde Pública

A contra-reforma do Estado

Sara Granemann *

Há 12 anos (1995) o governo de Fernando Henrique Cardoso divulgou o documento “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”. Entre inadiáveis tarefas e iminentes necessidades para que, enfim, chegássemos ao patamar da modernização capitalista, iniciada por Collor com a abertura econômica, requerido a um país com a importância econômica do Brasil, era urgente contra-reformar o Estado brasileiro. A “reforma do aparelho de Estado” ganhou importante materialização nas Emendas Constitucionais nº 19 (Reforma Administrativa) e nº 20 (Reforma da Previdência) de 1998, em várias outras posteriormente aprovadas e na política econômica desde então inalterada.

Após quase três lustros de profundas contra-reformas no Estado brasileiro e, especialmente, nas políticas sociais, com a dramática redução dos direitos da força de trabalho, vê-se: nada do que fora alardeado como a definitiva travessia para o Brasil moderno foi suficiente. Não somente o prometido não se cumpriu; novas (ou as mesmas?) exigências de aprofundamento de contra-reformas são cotidianamente exigidas. Na similitude dos argumentos salvacionistas de 1995 e de 2007 revela-se sua natureza: são tão somente inadiáveis para a acumulação capitalista.

Para além da profunda concordância existente entre as contra-reformas executadas por FHC e Lula da Silva há, certamente, e apenas no varejo, diferenças.

Elas decorrem do estágio em que se encontra a tarefa; ao governo Lula da Silva coube continuar o que ficara inconcluso no governo FHC, a regulamentação da EC 19/98. E ainda de variações estratégicas assumidas em atenção ao período de sua realização. Desgastado por denúncias de corrupção, pelo favorecimento à burguesia e por aprofundar as políticas favorecedoras da financeirização, o governo Lula da Silva não tem hoje a mesma facilidade para impulsionar uma contra-reforma como a da previdência em 2003 e tampouco uma contra-reforma do Estado tão explícita como o fez seu antecessor.

A diferença reside, então, na proposital ambigüidade com que a contra-

reforma é apresentada à sociedade. Ambigüidade aparente e necessária, pois ao mesmo tempo em que o Projeto Fundação Estatal define as áreas possíveis para sua execução, ela somente pode apresentar-se e ser encaminhada como fragmento, como ações “autônomas” atinentes a cada ministério empenhado em “resolver” dimensões problemáticas e específicas da política social sob sua responsabilidade.

A ênfase justificadora da privatização das políticas sociais, especialmente na área da saúde, campo de ensaio desta contra-reforma, calca-se na gestão dos hospitais federais. O fundamento para a exposição da idéia de fundação estatal pelos seus defensores assume o aspecto jurídico como condição e urgência. Se a contra-reforma do Estado como *fundação estatal* não pode revelar os conteúdos de privatização e de desestatização que carrega, o *juridicismo* acentua-se como necessidade que estabelece o terreno, os contornos e a forma possível para o debate.

REDUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

O *fato gerador* na construção do Projeto Fundação Estatal, dizem seus formuladores, foi a *crise* dos hospitais federais do Rio de Janeiro – de modo especial mas nunca exclusivamente –, com prolongamentos também visíveis para os hospitais estaduais e municipais. Diagnosticada a *crise* indica-se o tratamento: nos hospitais federais e demais hospitais públicos – inclusive os universitários – urgem reformas de gestão. Tais conclusões estão em relatório do Banco Mundial e em estudos de importantes sanitaristas e pesquisadores ligados, em geral, ao serviço público.

Os argumentos basilares presentes nos diferentes textos centram a análise do SUS no universo hospitalar, embora esta política social reivindique-se muito mais abrangente e universal do que a gestão hospitalar, apenas parte da totalidade do SUS. Certamente os hospitais públicos necessitam de reformas. Mas, a expansão e a melhoria dos serviços de saúde não se reduzem à gestão dos hospitais. Ali, em linhas gerais, ineficiência e alto custo decorrem da burocracia e de empecilhos contidos na legislação relativos ao processo de compras públicas e ao contrato de trabalho.



Se há numerosos problemas nos processos de compra no Estado brasileiro, inclusive da ativa presença da corrupção, as saídas são largamente conhecidas, desde 1995: *soluções* gerenciais e administrativas para um problema social, de classe social; produzidos pela miséria, milhões de doentes agonizam em hospitais públicos. O propalado equacionamento do problema transmuta a *questão social* em habilidades gerenciais. Constrói-se outro *ente jurídico* para acelerar a resolução dos problemas pela flexibilização das regras de controle público para as compras e das formas de contratação dos trabalhadores.

Se há algum acerto nos problemas iluminados pelos textos e na elaboração do diagnóstico, há também muita ideologia na construção das saídas, pois recomendam menos Estado e mais insegurança para a força de trabalho, que poderá ser contratada e, principalmente, demitida para que se cumpram as metas gerenciais.

Na redução do Estado, importa dizer para quem o Estado sofrerá cortes: para a população usuária, que no Brasil tem classe social, já que aos hospitais públicos assomam os pobres. Importa notar que não há redução do Estado de modo igual para as diferentes classes que, em tensão, o demandam para o atendimento de suas necessidades. As necessidades do capital monopolista vincado pelas finanças são as de ampliação de seus espaços de acumulação e realização do lucro, seu objetivo primário; atualmente, esta possibilidade está na privatização das políticas sociais. ■

* Professora-adjunta da Escola de Serviço Social da UFRJ; tese de doutorado: “Para uma interpretação marxista da previdência privada” www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalleObraForm.do?select_action=&co_obra=35589

SERVIÇO

EVENTO

7º SEMINÁRIO NACIONAL DO PROJETO INTEGRALIDADE



O Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), promove a sétima edição do evento, agora sob o tema "Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como um valor".

Data 28 a 30 de novembro
Local Uerj, Rio de Janeiro/RJ

Mais informações

Tel. (21) 2587-7540, ramal 222
E-mail lappis.sus@ims.uerj.br
Site www.lappis.org.br

7º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA

"Epidemiologia na construção da Saúde para todos: Métodos para um mundo em transformação" é o tema para o 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 2006, que terá lugar em Porto Alegre, juntamente com o 18º Congresso Mundial de Epidemiologia. As inscrições já estão abertas. "Epidemiologistas e gestores: como trabalhar juntos?" é um dos 20 tópicos sugeridos para debate.

Mais informações

Data 20 a 24 de setembro de 2008
Local Porto Alegre, RS
Tel. (21) 2598-2527
Fax (21) 2560-8699
E-mail contato@epi2008.com.br
Site www.epi2008.com.br/index.php

PUBLICAÇÕES

EDUCAÇÃO E SAÚDE

Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde é uma coleção de seis livros editados pela Escola



Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), voltados principalmente para professores das Escolas Técnicas do SUS, principais formadores dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS). Os livros tratam de temas mapeados a partir dos referenciais curriculares do curso técnico de ACS e de oficinas que contaram com a colaboração de outras seis escolas técnicas do SUS, além de ACS e gestores estaduais e municipais.

Debates e Síntese do Seminário Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo é o primeiro número da série *Caderno de Debates*, publicada



pela EPSJV/Fiocruz. O livro, organizado pelos pesquisadores da escola Lucia Maria Neves, Marcela Pronko e Marco Antonio Santos, traz encartados dois DVDs com trechos das conferências e debates do seminário "Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo", realizado em 2006. Os DVDs foram editados a partir de quatro grandes temas: "Sociedade capitalista contemporânea"; "Brasil de hoje"; "Conhecimento, ciência e tecnologia"; "Educação e escola".

SAÚDE EM VÁRIOS TONS

Asérie *Temas em Saúde*, da Editora Fiocruz, é uma coleção que busca levar a estudantes, profissionais e público em geral panoramas sobre conceitos e conteúdos fundamentais da área da saúde. Quatro títulos foram lançados recentemente:



- 1) *Saúde mental e atenção psicossocial*, de Paulo Amarante, é uma reflexão sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira;
- 2) *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*, de Maria Auxiliadora Oliveira, Jorge Antonio Zepeda Bermudez e Claudia Garcia Serpa Osório-de-Castro, discute a problemática dos medicamentos, a promoção de seu acesso, as políticas de medicamentos e a assistência farmacêutica;
- 3) *Comunicação e saúde*, de Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso, trata de algumas das principais questões de comunicação e saúde e

oferece caminhos para o aprofundamento da questão;

4) *O som do silêncio da hepatite C*, de Francisco Inácio Bastos, trata de uma epidemia contemporânea de grande magnitude e gravidade, a hepatite C, com aportes de natureza psicológica, social e histórica.

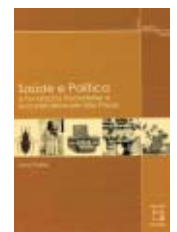
HISTÓRIA DA SAÚDE


Saúde no governo Vargas (1930-1945) – dualidade institucional de um bem público, de Cristina M. Oliveira Fonseca, faz parte da coleção *História e Saúde*, da Editora Fiocruz. O



livro trata de um período crucial para a construção do Estado moderno no Brasil, a Era Vargas, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde, e das medidas adotadas pelo Estado para consagrar-se a prestação de serviços públicos de saúde à população brasileira.

Saúde e política, a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo, de Lina Faria, outro volume da coleção *História e Saúde* da Editora Fiocruz, é uma versão revista e adaptada da



tese de doutorado da autora, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/Uerj em 2003. O livro trata do papel de uma fundação internacional no desenvolvimento científico de São Paulo e do Brasil. 

ENDEREÇOS

EPSJV

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos
CEP 21040-900 • Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3865-9797
Site www.epsjv.fiocruz.br

Editora Fiocruz

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



PÓS-TUDO

SUS: uma bandeira feminista

Jandira Feghali*

Ao criar o conceito de Seguridade social, coerente com o processo de democratização do Brasil, o Movimento Nacional de Reforma Sanitária criou as condições para uma grande reforma no Estado brasileiro. Perpassou os espaços acadêmicos, políticos, institucional e popular, ganhando apoio suficiente para quebrar resistências e carimbar expressões como universalidade, equidade e integralidade no então fragmentado sistema de saúde brasileiro. Embora não tenha resolvido os graves problemas enfrentados cotidianamente pelos cidadãos, foi forte o bastante para suscitar mudanças na realidade epidemiológica brasileira e quebrar importantes paradigmas: deu respostas a graves questões, como a da aids, e enfrentou a Reforma Psiquiátrica contra os empresários da loucura.

O movimento feminista, por seu turno, enfrentou dilemas e preconceitos. Precisou estabelecer instâncias plurais, criou personalidade própria ao longo dos anos e, principalmente, construiu um arcabouço constitucional e infraconstitucional que, desde a luta pelo direito de votar e ser votada, da conquista da licença-maternidade, da instituição do conceito de crime de violência doméstica e de assédio sexual, vem avançando na criação de políticas claras na área dos direitos das mulheres — inclusive os sexuais e reprodutivos, nos quais se inclui o atendimento integral à saúde.

Há décadas esses dois movimentos de grande visibilidade — o de reforma sanitária e o feminista — se entrecruzam.

*Sanitarista

A eficácia de suas ações e leis depende profundamente do grau de informação, escolaridade e renda da população e, portanto, supera o limite técnico, entrando no campo da política econômica e do combate às desigualdades sociais e regionais. Mas não é só.

Por exemplo, na defesa da vida, o Ministério da Saúde lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004. Três anos depois, o programa contabiliza seus ganhos: conquistou a adesão de 27 estados da Federação, com a diminuição de 4.300 óbitos de recém-nascidos e 210 mortes maternas.


Agora, coerente com a necessidade de ampliar as armas de combate à mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou corajosas e avançadas medidas de planejamento familiar, com base na Constituição Federal de 1988, na Lei 9.263/96 e na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw), adotada pela Organização das Nações Unidas. O Programa de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde é de tal forma inovador que não se limita à distribuição gratuita de métodos contraceptivos, à redução dos preços de pílulas anticoncepcionais ou à abertura de financiamentos às maternidades que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS): ele obriga os homens a participarem do processo, ao estimular a vasectomia.

O lançamento do programa se fez em 28 de maio, Dia Internacional de Combate à Mortalidade Materna. Ao mesmo tempo, está sendo convocada a segunda Conferência Nacional de Mulheres, que até o momento já realizou perto de 1.500 conferências municipais e reuniu 200 mil mulheres em todo o Brasil, para discutir assuntos de políticas públicas de gênero — entre

os quais exatamente os direitos sexuais e reprodutivos e de atendimento integral à saúde da mulher.

Considero, no entanto, que falta um amálgama entre essas duas legítimas e importantes movimentações da sociedade brasileira. Para isso, o movimento de mulheres precisa assumir a defesa do SUS de forma prioritária e lutar para que suas políticas sejam assumidas pelos governos estaduais e municipais, porque de nada adiantam competentes programas se eles não atingirem seu público-alvo. É necessário que eles sejam implementados de maneira conseqüente pela gestão municipal, que é a responsável pela atenção básica — postos de saúde, programas de saúde da família e maternidades.

A defesa do Sistema Único de Saúde não pode ser uma luta apenas dos profissionais de saúde ou dos conselhos de saúde. E também não basta às mulheres levantar as bandeiras. É necessário integrar forças, fazer parcerias e alianças. Ou seja, torna-se necessário que o movimento feminista assuma que o SUS, seu financiamento e sua gestão ética e comprometida são problemas essenciais para as mulheres. Só assim vamos garantir um planejamento familiar democrático, no qual mulheres e homens possam definir de maneira soberana o tamanho de suas famílias, sem que as mulheres arrisquem suas vidas. Só assim reduziremos as gestações indesejadas e o número de abortos. Só assim atingiremos metas importantes de combate à mortalidade das mães brasileiras.

O pleno funcionamento do SUS é indissociável da viabilização das medidas anunciadas. Esta é uma questão decisiva para a Conferência Nacional de Mulheres: assumir o SUS, de fato, como uma bandeira feminista. 

13^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

O Brasil reunido pela saúde
e qualidade de vida.



**14 a 18 de novembro
de 2007 – Brasília-DF**