

NESTA EDIÇÃO

Rio+20 com saúde

Debate enfatiza saúde como tema prioritário do evento da ONU

O papel da mídia

Oficina dentro da 14ª CNS discute a qualidade do trabalho jornalístico

RADIS

comunicação e saúde

DESDE 1982

Nº 115 • Março de 2012

Av. Brasil, 4.036/510, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233516/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

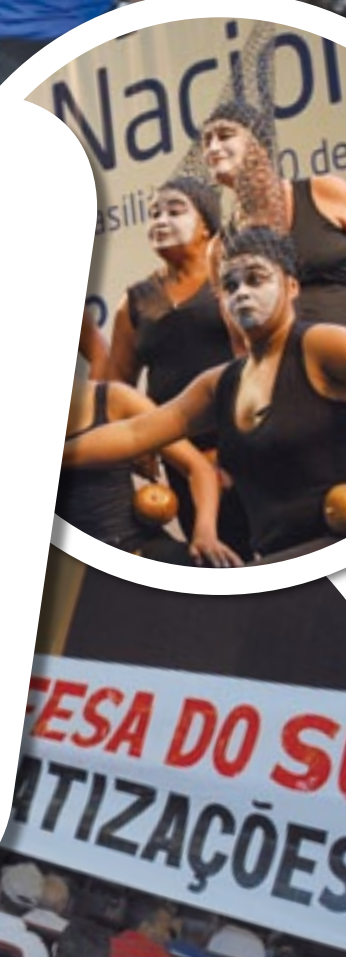
...CORREIOS...



14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Acesso e acolhimento, sem privatização

Evento marcado por ampla participação e grande agilidade teve a defesa do SUS público e estatal como motor





Cidadão: usuário, cliente, produto?

Oficina para jornalistas conclama imprensa a qualificar cobertura das políticas de Saúde

Elisa Batalha

Como cobrir de forma realmente esclarecedora para o público os temas relacionados às políticas de saúde? Essa questão pautou o debate da oficina Diálogos Mídia e Saúde, realizada no âmbito da 14ª Conferência Nacional de Saúde, voltada a jornalistas que atuam na cobertura especializada na mídia comercial ou como assessores de Comunicação de instituições e empresas do setor. A oficina lotou a sala Pinheiro do Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, no dia 1º/12. Em discussão, a ideia pré-concebida que orienta o trabalho de editores, pauteiros e repórteres, de que políticas públicas de saúde e controle social seriam temas áridos e pouco interessantes para os leitores, espectadores ou internautas.

Na abertura, o secretário nacional de Gestão Participativa e Estratégica do Ministério da Saúde, Odorico Monteiro de Andrade, defendeu a criação de uma especialização para jornalistas na área de Saúde, destacando a Fiocruz como instituição que tem iniciativa pioneira na área. Para ele, investir na formação do profissional de mídia é o caminho. "Hoje, qualquer pauteiro [jornalista encarregado de listar temas de cobertura para serem apuradas pelos repórteres] sem pauta cria em um minuto uma notícia: é só mandar um repórter para a porta de qualquer serviço de emergência", criticou Odorico.

Para ele, o jornalista especializado teria, por exemplo, melhor condição de discernir que, apesar da precariedade da maioria das emergências, o SUS tem resultados positivos para apresentar. Como exemplos de sucesso, ele menciona a imunização, o combate à aids e os transplantes — o país é líder mundial em número de cirurgias feitas pelo sistema público.

Os aspectos positivos e os desafios do SUS foram realçados também pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que esteve na sala para um rápido contato com os jornalistas, ressaltando que não se trataria de entrevista coletiva. Ele afirmou que, "por seu caráter único, criativo e ousado", o SUS mereceria muitos elogios. "O SUS é como a jabuticaba, só o Brasil produz", afirmou, comparando diferentes siste-

mas universais de saúde pública, como o inglês (concentrado em um ente federado único), canadense (distribuído entre províncias) e espanhol (essencialmente normativo).

Após a abertura, a socióloga Lurdinha Rodrigues da Liga Brasileira de Lésbicas, representante do movimento LGBT na 14ª CNS, discutiu a importância de a mídia refletir sobre seu papel na garantia do direito à saúde e de ter em mente que o direito à saúde passa pelo direito à informação e à comunicação. "É responsabilidade dos jornalistas ouvir fontes primárias, ou seja, o lado de quem pode produzir conteúdo direto", conclamou.

Respondendo a perguntas da plateia sobre como esclarecer para o público o que é o controle social e como tornar as conferências menos abstratas, ela respondeu que a mídia pode começar esclarecendo sobre comunicação como parte do direito à saúde e contando a história do SUS e de como a 8ª CNS foi fundante do sistema. "De lá para cá a briga é pela efetivação", resumiu.

Em sua apresentação, "Cobertura de saúde: perfis, temas e oportunidades", a jornalista Fabiane Leite, produtora do programa *Bem Estar*, da TV Globo, e ex-setorista de Saúde dos jornais *Folha* e *Estado de S. Paulo*, levantou aspectos polêmicos ao utilizar termos como cliente, produto e embalagem, para tratar das relações de espectadores, leitores e internautas com a mídia. Sua fala se deu a partir da citação de artigo do jornalista Eugênio Bucci, "Caro leitor, você é cliente ou produto?", publicado naquele dia, no Estadão.

Para ela, as assessorias e veículos tratam o leitor ou espectador (entre eles o usuário do SUS) como produto —, pois vendem a atenção dele ao anunciante. Por isso, defende que o cidadão se conscientize disso e se torne cliente, no sentido de reivindicar direitos numa relação de consumidor de produtos da mídia.

"O produto saúde é um direito humano", quis contrargumentar Fátima Gomes, assessora de Comunicação Social do Ministério da Saúde, e mediadora do debate.

Para Fabiane, a mídia precisa mostrar corretamente quem tem ingerência sobre determinado problema da política de saúde, qual é o ente federado responsável (município, estado ou União). A jornalista se referiu também às diferentes formas e linguagens de se apresentarem as reportagens relacionadas ao tema, como o uso de recursos de animação gráfica. "Temos o SUS como fonte do nosso programa, procuramos veicular informação apenas sobre serviços que estão disponíveis no SUS. O que muda é a embalagem, a maneira como essa informação é dada". A jornalista observou, ainda, que "o SUS não é visto pela grande mídia como um sistema de saúde para todos".

Fechando o encontro, a médica Fátima Oliveira, ligada ao movimento de mulheres, não poupou críticas à mídia comercial. "A grande imprensa tem ódio mortal do SUS. Com 35 anos como militante da área de Saúde, não troco um dia de plantão infernal por um único dia da era pré-SUS", afirmou, acrescentando: "jornalista entende de doença, não de SUS".

A médica disse, ainda, que o Ministério da Saúde peca por assumir todas as denúncias de má gestão no SUS e "não dar nome aos bois", ou seja, não esclarecer a responsabilidade de estados e municípios com ênfase. "O ministério é formulador, não gestor. Essa postura de assumir para si a responsabilidade é antipedagógica, não incita a população a fazer mudanças locais", considerou, classificando como "frouxidão do Ministério" essa atitude. "As denúncias devem ser mais água no moinho na luta pelo SUS", concluiu Fátima, aplaudida pela plateia. F

Terceira Via

Há dois projetos de saúde pública em disputa no Brasil hoje, “o da Reforma Sanitária dos anos 80 e um privatista vinculado ao mercado”, afirmou uma das mais eloquentes oradoras durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Aclamada, a professora Maria Inês de Sousa Bravo acrescentou que há um terceiro projeto: “o da Reforma Sanitária flexibilizada”, e desfiou críticas aos que considera ex-companheiros de lutas, suscitando novos aplausos. Críticas recíprocas marcaram intervenções e as análises até o final do evento.

Para um grupo não há problema no horizonte, pelo contrário, quanto pior, melhor, na medida em que o aumento da procura encarece a oferta. Para outro, a manutenção e ampliação do SUS esbarram na renitente hegemonia do neoliberalismo no país e no mundo. Os obstáculos estão dividindo quem defende o Sistema Único.

Cansados de lutar, segundo alguns, capitulados diante da luta, segundo outros, ou modernizados em suas lutas, segundo eles próprios, parte dos sanitaristas da gestão ou da academia, junto com tecnocratas privatistas, passaram a atuar como um terceiro grupo, que tem obtido apoio a formulações e propostas que flexibilizam boa parte do ideário e dos princípios caros à Reforma Sanitária. Aparentemente, a terceira via não considera possível, mesmo quando mantém a crítica ao mercado e ao macro modelo de desenvolvimento, derrubar o arcabouço de leis, interpretações jurídicas, normas e práticas administrativas e conceitos que se enraizaram no senso comum, sob a tutela firme do capital financeiro, de parlamentares, juizes e governantes comprometidos com o modelo hegemônico e vigiados pela ira da mídia a serviço do mercado.

Exemplos do lixo neoliberal possível de ser varrido, segundo a 14ª CNS? A Lei de Responsabilidade Fiscal, supostamente moralizadora, mas criada de fato para assegurar a redução do Estado e espaço para a privatiza-

ção e terceirização da prestação dos serviços públicos — garantia de um Estado mínimo em áreas de grande e necessário emprego de força de trabalho como saúde, educação e segurança. Outro? O tabu contra a ampliação da oferta de serviços públicos com as contratações por concurso, independentemente do maior custo e da inconstitucionalidade das diversas formas de terceirização. Mais? O dogma do superávit fiscal para transferir fundos públicos para o capital financeiro e os filhotes lesivos dessas “obrigações”, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que, aplicada à saúde, significa retirar dinheiro de vacinas, medicamentos ou atenção básica, para que fique à disposição dos credores financeiros ou da especulação. Mais exemplos? A inexplicável relutância em investir muito, mas muito dinheiro mesmo, na saúde das pessoas, sob a mentira de que isto é despesa.

A “bronca” da maioria dos delegados à 14ª CNS é que, por agir como se essas barreiras fossem intransponíveis, a terceira via acaba se voltando contra direitos, conquistas, princípios e velhas bandeiras — e desqualificando quem as empunha. As propostas apresentadas como flexibilizadoras e recebidas como privatizantes vão sendo rejeitadas nos fóruns democráticos do SUS e, mesmo quando aprovadas por governos e parlamentares, acabam sendo questionadas por inconstitucionalidade, maior custo, fraudes.

O resultado da 14ª CNS é mais uma confirmação de que restam à terceira via dois caminhos na democracia do SUS: se qualificar melhor para apresentar alternativas aceitáveis, ou se reapresentar às fileiras da defesa renovada dos bons e velhos princípios da Reforma Sanitária, que se opõem à velha e perversa barbárie do mercado e do capital que ceifa saúde e vidas.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa Radis

Comunicação e Saúde

♦ Cidadão: usuário, cliente, produto? 2

Editorial

♦ Terceira via 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

5



Toques da Redação 6



14ª Conferência Nacional de Saúde

♦ Acesso e acolhimento, sem privatização 10

♦ Mais compromissos com a Saúde 14

♦ Nos trabalhos dos GTs, protestos e agilidade 16

♦ Debate sobre tema da 14ª: mais um fórum contra a privatização 19

♦ Em defesa da Saúde 20

♦ O SUS no centro das reflexões nos diálogos temáticos 22

♦ Foco nas populações vulneráveis e excluídas 22

♦ Educação permanente contra a precarização 24

♦ Insuficiência de recursos é cada vez maior 25

♦ A Reforma Sanitária trazida à tona 28

♦ Integração de ações e serviços: um foco na matriz do SUS 30

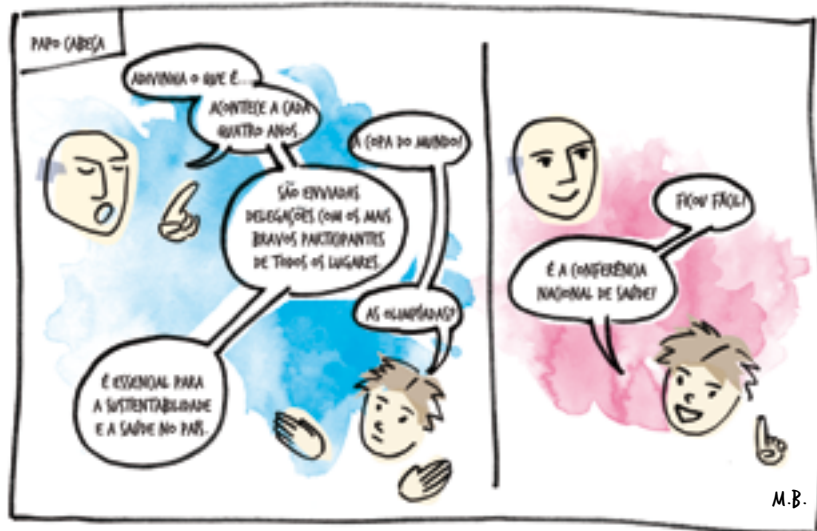
♦ 14ª na balança 32

Serviço 34

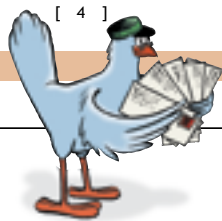
Pós-Tudo

♦ Carta à sociedade brasileira 35

CARTUM



Ilustrações: Marina Boechat (M.B.)



VOZ DO LEITOR

MAIS DO MESMO

Leitora assídua da *Radis*, quero parabenizar a qualidade das informações trazidas pela revista, em especial, o artigo de Flavio Goulart, no *Pós-Tudo* do número 111, *Conferências de Saúde: o desafio de não fazer mais do mesmo*. O autor traduz o sentimento de muitos de nós que militamos no movimento da Reforma Sanitária brasileira. Não dá para optar por "deixar tudo como está", precisamos de resultados práticos.

♦ Efigenia Cardoso, Salvador, BA

ACESSIBILIDADE

Como leitora da *Radis*, estou enviando parte do meu TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, sobre pessoas com deficiência, tema que deveria ser pautado na rede de saúde pública. Sou enfermeira, trabalho em unidade básica de saúde e tenho diversos problemas por conta da falta de acessibilidade. Espero contribuir para uma futura publicação sobre acessibilidade nos serviços de saúde.

♦ Clevanice Moreira Norte, Pedra Branca, CE

☑ *Cara Clevanice, obrigada pelo envio de seu texto. O tema está pautado na Radis. Aguarde.*

SUGESTÕES DE PAUTA

Olá, tenho a assinatura da *Radis* e *adooro* os temas abordados, porém ainda não apareceu a área em que eu atuo, e a Enfermagem está em grande expansão em seus campos de atuação. Por exemplo, eu trabalho em um hospital veterinário. Gostaria que este tema aparecesse em alguma edição da *Radis*. Parabéns pelo sucesso!

♦ Camila Paes Moreira Vieira, Lages, SC

☑ *Cara Camila, obrigada por sua sugestão. Está anotada!*

Olá amigos da *Radis*, gostaria de indicar uma pauta sobre qualidade de vida emocional, pois esse mundo estressante acaba desencadeando nas pessoas depressão, ansiedade e outros. Agradeço a atenção de poder sugerir uma pauta. E parabéns pela riqueza de informações que a *Radis* tem nos proporcionado.

♦ Daniele Feitoza Lima, Aracaju, SE

☑ *Daniele, a Radis, direta e indiretamente, trata e voltará a tratar do tema. Sugerimos que você leia a matéria de capa da revista 106, e sua continuação, na 109 e na 110.*

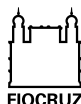
PÓS-'RADIS' 100

Tive a oportunidade de participar da Edição Especial nº 100 da *Radis* (dezembro/2010) e, a partir daí, muitas portas se abriram em minha vida. Atuei no Nasf e acompanhei estagiários, experiência que me aproximou do Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, tendo ministrado palestras acerca da Fisioterapia Preventiva no âmbito da Saúde Pública. Fui convidado a ser professor supervisor do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). No campo de estágio, diariamente, trabalha-se com os alunos a qualidade da atenção em fisioterapia curativa e preventiva. A *Radis* faz parte do plano de ensino e todos os alunos desenvolvem trabalhos acadêmicos com a revista, acessam o site para baixar as edições e fazem a assinatura. Gostaria de detalhar para vocês o trabalho realizado, visto que a *Radis* foi importante em minhas conquistas.

♦ Everson de Lucena Santos, Patos, PB

☑ *Caro Everson, seja bem-vindo neste novo contato com a Radis. Anotamos sua sugestão!*

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



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 74.300 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Adriano De Lavor
(subedição), Bruno Dominguez e
Elisa Batalha
Arte Marina Boechat (subedição),
Natalia Calzavara
Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Fábio Lucas,
Onésimo Gouvêa, Osvaldo José Filho
(Informática) e Thiago da Silva Rego
(estágio supervisionado)

Endereço
Av. Brasil, 4.036, sala 510 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)
Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira
também a resenha semanal *Radis* na Rede e
o Exclusivo para web, que complementam a
edição impressa)

Impressão Ediuoro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista
Radis pode ser livremente reproduzido, desde que
acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos
que reproduzirem ou citarem nossas publicações que
enviem exemplar, referências ou URL.

SUS E TERCEIRIZAÇÃO

Por que a agenda política do Conselho Nacional de Saúde não avança nos assuntos pautados e votados pelo controle social para fortalecer o SUS, e não privatizá-lo? Por que retiraram da carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde as fundações e as organizações sociais? É uma questão de cumprimento da Constituição. Votei o SUS na 8ª Conferência, e a política universal de proteção é o caminho – e não as políticas de mercado para a saúde. Saúde não é negócio, mas direito.

♦ Mariângela Delgado Athayde Cavalcante, Brasília, DF

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

HANSENIASE: CENÁRIO PREOCUPA

Estudo do Ministério da Saúde concluiu que, apesar da queda de 15% no número de casos de hanseníase registrados no país em um ano, o cenário da doença ainda é preocupante — principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste —, informou *O Estado de S. Paulo* (26/1). Em 2011, foram registrados 30.298 casos da doença, ou 15,88 casos por 100 mil habitantes. Em 2010, a proporção era de 18,22 por 100 mil. O estado com maior número de casos é o Mato Grosso, com 77,89 por cada 100 mil habitantes. Em segundo lugar, vem Tocantins, com 72,14 por 100 mil. O estado também registrou o maior coeficiente de detecção em menores de 15 anos: 20,86 casos por 100 mil. Rio Grande do Sul, com menor coeficiente do país, apresentou 0,09. “Infecções em pessoas jovens são sinal de que a transmissão continua ativa em determinada região”, explica o diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch.

O Brasil concentra aproximadamente 15% dos casos conhecidos da doença no mundo — é o segundo maior número, atrás da Índia, com cerca de 50% dos registros — e apresenta a maior incidência mundial de novos casos. De acordo com Maierovitch, o país está aquém do desejável na detecção de casos de hanseníase, e tem condições de aumentar em 30% a 40% essa detecção, para que se obtenha a expressão real dos dados ao longo de 2012. Segundo ele, é possível reduzir a prevalência (medida relacionada ao número de pessoas doentes), dos 1,58 casos por 10 mil habitantes registrados hoje, para menos de 1 caso por 10 mil habitantes, até 2015. Essa meta já foi adiada duas vezes, em 2000 e 2008.

Em seminário internacional sobre o tema organizado pelas Nações Unidas, no Rio de Janeiro (1º/2), foi anunciado o lançamento do Programa de Identificação de Familiares Separados pelo Isolamento Compulsório de Pessoas com Hanseníase, idealizado pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), informou o *Estadão* (2/2). Até 1986, a legislação brasileira recomendava o isolamento compulsório, e os bebês de pais com a doença eram entregues à adoção. Em 2007, o governo brasileiro

começou a conceder pensões especiais às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas ao isolamento compulsório, mas o benefício não foi estendido aos seus filhos. O Morhan espera que o país seja o primeiro a tomar essa iniciativa, de acordo com a Agência Brasil (1º/2).

O Brasil é o segundo país a indenizar as pessoas que ficaram isoladas nas colônias — o primeiro foi o Japão, onde as mulheres com diagnóstico de hanseníase eram obrigadas a fazer aborto. O histórico é apontado pelo movimento como a razão pela qual a ONU escolheu o Brasil para inaugurar o seminário internacional. O ciclo de debates será levado para um país de cada continente ao longo do ano e se encerrará em Nova York, no início de 2013.

Doença infecciosa, a hanseníase atinge pele e nervos dos braços, mãos, pernas, pés e cabeça. O tempo entre a contaminação e os primeiros sintomas varia de dois a cinco anos. Os sinais de alerta são manchas brancas, avermelhadas ou amarronzadas com sensação de formigamento e redução da sensibilidade ao calor, frio e toque. O tratamento, gratuito, dura de seis meses a um ano. Todos os pacientes submetidos à terapia podem ser curados.

CRACK E UNANIMIDADE DESINFORMADA

Jornais e sites na internet (os portais JG1 e Terra e a *Folha de S. Paulo*, entre outros, 25/1) noticiaram pesquisa do Instituto Datafolha, segundo a qual 90% da população brasileira

apoiam a internação involuntária de usuários de drogas. A pesquisa ouviu homens e mulheres de todas as idades e em todo o país, a partir da discussão que se travou com o lançamento do plano federal de combate ao crack, em dezembro de 2011, e o início da ação policial na Cracolândia, em São Paulo, em janeiro. Além de mostrar que nove entre dez brasileiros são favoráveis à medida, a pesquisa informou que 2% dos brasileiros com mais de 16 anos (cerca de 3 milhões de pessoas) disseram já ter experimentado a droga, informou o Terra.

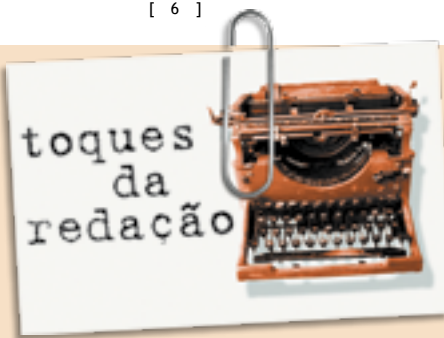
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Luís Fernando Tófoli alerta para a confusão que jornalistas e público em geral fazem entre os conceitos de internação involuntária e internação compulsória. Ele explicou que, de acordo com a Lei 10.216, internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, bem diferente de internação compulsória, que é aquela determinada pela Justiça. De qualquer maneira, considera ambas as medidas “altamente ineficazes”.

Tófoli avalia que, saindo do legalismo e analisando a questão do ponto de vista da clínica, é importante entender que internações involuntárias só se justificam quando o indivíduo está incapaz de decidir por si e apresenta grande risco para ele mesmo e outras pessoas. “Isso soa suficientemente vago para permitir

RADIS ADVERTE

**ACOLHER A
DIVERSIDADE
FAZ BEM À SAÚDE**





RETROCESSO – Um mês depois de o ministro Alexandre Padilha ter assinado a portaria que institui a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), o Ministério da Saúde retrocedeu e determinou que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais retirasse da internet o vídeo institucional produzido para os jovens gays – uma das peças da campanha de prevenção do MS para o período de carnaval, que também inclui materiais específicos para heterossexuais e travestis. O vídeo ficou no ar apenas algumas horas no site do departamento, que informou que as imagens seriam veiculadas somente em “espaços fechados frequentados por homossexuais”, noticiou *O Globo* (8/2). A determinação contraria a nova política, que assegura o direito da população LGBTT ao acesso integral, e livre de preconceitos, aos serviços da rede pública de saúde e

hospitais conveniados. “O SUS não pode ser espaço para preconceitos”, orientara Padilha ao assinar a portaria. O desafio será colocar em prática as palavras do ministro, já que o governo tem constantemente cedido às pressões dos setores conservadores da sociedade. Em abril de 2011, após protestos das bancadas religiosas no Congresso, a presidenta Dilma Rousseff determinou a suspensão do chamado kit anti-homofobia, que seria distribuído nas escolas pelo Ministério da Educação.

NA CONTRAMÃO DA 14ª CNS – Não foi à toa que os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde enfatizaram os protestos contra a privatização do SUS (matéria a partir da pág. 10). O processo parece avançar a passos largos e uma das expressões mais fortes disso é o anúncio da Prefeitura do Rio de Janeiro para convocar médicos para as Clínicas da Família, com salários de R\$ 7,5



mil a R\$ 15 mil (*O Globo*, 16/1). Os médicos serão contratados pelo regime CLT, alterando-se o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Os currículos recebidos foram encaminhados às Organizações Sociais de Saúde (OSSs), um dos grandes alvos das críticas dos delegados da 14ª. As OSSs administram as clínicas da família e pagam os salários. A matéria do *Globo* destaca os “salários mais convidativos” oferecidos e a estratégia da Prefeitura do Rio de “incentivar os profissionais a se dedicar à atenção básica”. Prefeitura e jornal ignoraram o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (Provab), do SUS, que incentiva a alocação de médicos, enfermeiros e dentistas em cidades onde estes faltam, sobretudo no interior do país, abrindo-lhes uma oportunidade de trabalho e, após permanecer nesses postos por um ano, a possibilidade de ingressar em programas de residência em qualquer universidade pública do país. Os municípios, por sua vez, passam a contar com profissionais por 40 horas semanais e a receber incentivo para criar o Telessaúde, que viabilizará aos profissionais suporte de instituições de ensino superior, para melhorarem sua atuação. Uma iniciativa bem mais condizente com o perfil público e estatal do SUS.

abusos”, explica. “Na prática, devemos internar alguém involuntariamente por uso de drogas se a pessoa estiver psicótica, louca, fora de si”. Para ele, isso é praticamente exceção entre os usuários de crack – até porque a medida só pode ser aplicada individualmente. Propostas de internação compulsória para grupos, alerta, não estão previstas na Lei. “São ameaça aos direitos humanos”. (*Leia a íntegra da Lei 10.216 no site do RADIS – www.ensp.fiocruz.br/radis*)

‘IBOPE’ DA SAÚDE

Na contramão do abalizado levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgado um ano atrás, em fevereiro de 2010 (*Radis* 104 e 107), sobre a percepção positiva do SUS pelos seus usuários, uma pesquisa da Confederação Nacional das Indústrias (CNI)/Ibope apontou (12/1) que 61% dos brasileiros estão

insatisfeitos com a qualidade dos serviços de saúde, informou o portal G1 (12/1).

De acordo, com a pesquisa, 54% da população consideram o serviço público de saúde de sua cidade “péssimo” ou “ruim” e 85% não perceberam avanços no sistema nos últimos três anos. Os hospitais públicos receberam nota média geral de 5,7 e os privados, 8,1. Os profissionais dos hospitais públicos obtiveram nota média geral 6,3 e os dos hospitais privados 8,2, em uma escala de 0 a 10.

A pesquisa do Ipea, no entanto, mostrou que aqueles que usam o SUS (68,9%) avaliam positivamente o sistema. Desses, 30,4% consideraram o serviço bom ou muito bom. Entre os que informaram nunca ter usado o SUS, o índice dos que avaliam os serviços como ruins é de 19,2%.

O ministro Alexandre Padilha pareceu ter-se esquecido dos importantes resultados encontrados pelo Ipea

e resolveu dar crédito à pesquisa da CNI/Ibope, que, segundo ele, aponta “os principais desafios da saúde no Brasil: a demora no acesso, o desperdício e a qualidade do atendimento”, como enumerou em entrevista ao portal G1 (12/1), num exercício de autocrítica. “A população brasileira está correta em seu diagnóstico”, afirmou. Na mesma entrevista, no entanto, o ministro enumerou uma série de iniciativas que fazem parte do SUS. A criação dos centros de Telessaúde, por exemplo, que visa resolver a demora no acesso a exames e especialistas. Neles, unidades básicas de saúde em bairros de periferia e cidades pequenas recebem uma rede de acesso à internet para que médicos enviem e recebam exames e tirem dúvidas com especialistas.

O ministro citou, ainda, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) 24 horas como um passo na direção da melhoria do atendimento. “Uma das questões que a população aponta, e

CARTUNS DA 'RADIS' NA 14ª – Quem esteve no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, para a 14ª Conferência Nacional de Saúde pode conferir na exposição sobre a história das conferências alguns dos cartuns publicados pela *Radis* ao longo desses anos. Os desafios para o controle social após a realização das conferências, a mobilização por um financiamento justo para a Saúde, a luta contra a privatização do SUS e a relação nem sempre harmônica entre pesquisadores e a população foram temas que inspiraram os traços bem humorados dos cartunistas radianos – sempre pautados pela defesa da saúde pública universal e gratuita e de uma sociedade mais justa.

PRIMATAS E PRÊMIO JABUTI – O livro *Biologia, Manejo e Medicina de Primatas Não Humanos na Pesquisa Biomédica*, de autoria de profissionais do Centro de Criação de Animais de Laboratório, da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições Nacionais, obteve o 3º lugar no Prêmio Jabuti 2011 na categoria Ciências Naturais. O prêmio é promovido anualmente pela Câmara Brasileira do Livro e é considerado o mais tradicional e prestigiado prêmio literário do Brasil, reafirmando a competência da instituição na área e representando um



grande incentivo aos organizadores e autores. A cerimônia de entrega da premiação foi realizada em novembro, em São Paulo.

OPORTUNIDADES NA RIO+20 – O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), que apoia o Comitê Nacional de Organização da Rio+20, abre oportunidades de trabalho para pessoas jurídicas e físicas. Há vagas para as áreas de obras (projetos de arquitetura, acessibilidade e infraestrutura), de bens (aluguel de mobiliário e veículos,

aquisição e aluguel de equipamentos) e serviços (nos setores de saúde, sustentabilidade, acessibilidade e inclusão social; comunicação social, tradução e mídias sociais; eventos culturais, gestão de contratos, licitações e captação de recursos; apoio a projetos de cooperação internacional, cerimonial, receptivo e hotelaria; logística, segurança e serviços gerais, entre outros). Quem estiver interessado em se candidatar, pode acessar o site www.undp.org.br/Rio20 ou enviar email para cadastro. rio20@undp.org

com razão, é que o atendimento está concentrado nos prontos-socorros, misturando os casos menos graves com os mais graves. A UPA 24 horas é importante, porque separa”, disse.

Em relação à demanda por mais médicos, apontada por 57% dos entrevistados da pesquisa CNSI/Ibope, o ministro informou que o Ministério da Saúde está trabalhando com o da Educação para financiar, com recursos próprios, bolsas de residência médica em especialidades como Oncologia, Geriatria, Neurocirurgia e Anestesiologia, cujos profissionais estão em falta.

Mesmo nessa pesquisa, duas importantes iniciativas do SUS foram reconhecidas pelos entrevistados. O programa de campanhas de vacinação foi o mais bem avaliado, com nota média de 8,8. O programa Farmácia Popular recebeu nota 7,4 e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), 7,2.

Padilha apontou o que considerou os dois os pontos mais positivos do levantamento: 71% dos entrevistados disseram acreditam que as políticas preventivas de saúde são mais importantes do que construir hospitais e que a luta contra as drogas envolve não apenas segurança pública, mas saúde pública.

TESTE RÁPIDO PARA DOENÇAS VIRAIS

O Brasil vai produzir e utilizar na rede pública um aparelho para teste rápido de HIV, rubéola, sífilis, toxoplasmose e hepatite B com apenas uma gota de sangue, informou *O Estado de S. Paulo* (18/11). O acordo para fabricação do equipamento foi firmado entre o Instituto Carlos Chagas (Fiocruz/PR) e a empresa de equipamentos médicos e hospitalares Lifemed. Segundo o jornal, o kit nacional estará disponível no SUS em 2014. Com o teste, o Ministério da

Saúde espera reduzir a taxa de prevalência das doenças entre grávidas a partir do diagnóstico rápido e precoce no pré-natal – uma das metas do Programa Rede Cegonha, lançado em 2011. A cada ano, são registrados 19 mil casos de sífilis congênita no país. O kit inclui o aparelho e os materiais necessários aos exames e pode diagnosticar as doenças em até 30 minutos. Atualmente, o resultado dos exames leva semanas para ficar pronto. Por ser portátil, o equipamento pode ser levado a áreas de difícil acesso, à periferia das grandes cidades e à zona rural. O protótipo do kit foi criado pela Universidade Federal do Paraná e o desenvolvimento ficou a cargo da Fiocruz, como noticiou o site do Canal Saúde (17/11). Em cinco anos os kits nacionais deverão ser suficientes para abastecer a rede pública em todo o país. Cada kit vai custar R\$ 30,40 no primeiro lote de compras, em 2014. Com o aumento das encomendas,

o preço de cada equipamento deve cair para R\$ 21,50, em 2019, segundo estimativa do governo.

ÍNDIOS MASHCO-PIRO FOTOGRAFADOS

A organização ambiental Survival International divulgou (31/1) imagens inéditas que mostram de perto índios até então isolados da etnia Mashco-Piro, que vivem no Parque Nacional de Manú, na Amazônia Peruana. Segundo o portal G1, as fotos são de uma família dessa etnia e teriam sido feitas entre agosto e novembro de 2011, durante expedição da fotógrafa Gabriela Galli ao sudeste do Peru. Ela estaria registrando pássaros da Amazônia quando encontrou alguns índios à margem de um rio. Segundo a ONG, não houve contato com eles. No entanto, fica claro pelas imagens que os fotografados perceberam a presença das câmeras. Existem cerca de cem tribos isoladas já detectadas ao redor do mundo e os Mashco-Piro estão entre elas. Segundo a nota publicada pela organização, é cada vez mais difícil visualizá-los dentro do parque. Atividades madeireiras e de extração de gás e petróleo na região fazem com que eles busquem refúgio na mata fechada. Em 2011, o Departamento de Assuntos Indígenas do Peru anunciou a criação de um posto de guarda na área para proteger os índios e a população, já que o primeiro contato pode ser perigoso para ambas as partes, conforme informou Stephen Cory, diretor da Survival.

AÇÃO VIOLENTA NO PINHEIRINHO

Policiais militares invadiram (22/1) a comunidade do Pinheirinho, em São José dos Campos (SP), expulsando violentamente as cerca de 1,7 mil famílias que lá viviam desde 2004. A ação se deu em cumprimento a uma ordem de reintegração de posse da área, que pertence à empresa Selecta, do especulador Naji Nahas. Cerca de 2 mil policiais, apoiados por helicópteros e munidos de armas de balas de borracha e bombas de gás lacrimogêneo avançaram em direção às moradias, por volta das 6h, retirando os moradores, sem lhes dar tempo para pegar seus pertences, como relatou o site da revista *Caros Amigos*. Foram presas 18 pessoas e dez ficaram feridas.

Segundo o advogado dos moradores, Antonio Donizete Ferreira, o Toninho, eles passaram a noite na rua, em igrejas, centros comunitários ou casas de parentes, informou a revista.

A forma com que a ação se deu

desencadeou protestos de entidades sociais, parlamentares e também do Governo Federal. A ministra da Secretaria de Direitos Humanos, Maria do Rosário, considerou a operação um “absurdo”, como reportou a Agência Brasil (27/1). “As pessoas têm direito a seus pertences, a seus documentos que estão nas casas. É um absurdo surreal esse tipo de ação. Não é adequado nem nunca foi, ainda mais nos dias atuais no Brasil quando nós temos a possibilidade de políticas públicas de acesso à moradia, como o programa Minha Casa, Minha Vida”, avaliou.

Negociações para resolver a situação do Pinheirinho já estavam em curso, em nível federal, estadual e municipal, quando a ordem de reintegração de posse foi assinada pela juíza Márcia Loureiro, da 6ª Vara Cível de São José dos Campos, informou o site R7 (22/1). A Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa de São Paulo vai entregar ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ) dossiê com denúncias do abuso policial ocorrido no Pinheirinho e solicitando investigação da ação judicial que permitiu a reintegração de posse. O mesmo documento será entregue à Organização dos Estados Americanos (OEA), denunciando o governo do estado de São Paulo e a prefeitura de São José dos Campos, à frente da operação, informou o site Brasil Atual (2/2).

CISTERNAS MOVIMENTAM INTERESSES

Os bastidores da negociação feita entre a Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco (Codevasf) e a empresa mexicana Acqualimp para a construção de 60 mil cisternas de polietileno no Semiárido nordestino foram tema de reportagem da *Carta Capital* (13/1). A construção de cisternas na região (*Radis* 89, 94) tem atraído interesses políticos e econômicos maiores que a tentativa de garantir água para beber e produzir alimentos para as famílias do meio rural. O contrato, firmado no fim de 2011, custou 210 milhões de reais e gerou protestos de ativistas, que defendem a manutenção das cisternas de alvenaria, fabricadas pelos próprios moradores, sob a responsabilidade de ONGs contratadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

A revista informa que a mudança para a iniciativa privada traz vantagens políticas para a família do ex-ministro Fernando Bezerra (que deixou a pasta da Integração Social, após denúncias) e atende aos interesses comerciais do

grupo mexicano — que teria inaugurado fábricas em Petrolina (PE), Teresina (PI), Montes Claros (MG) e Penedo (AL), e de seus fornecedores. O texto ainda aponta que as cisternas de plástico custam, em média, mil reais a mais que as tradicionais, duram menos e dispensam o auxílio das famílias, já que chegam praticamente prontas.

Os protestos contra o fim dos contratos com as ONGs (*Radis* 114) impediram que a parceria entre a ASA Brasil e o MDS chegasse ao fim. Em comunicado distribuído à imprensa, a ONG informou novos termos de parceria para os programas Um Milhão de Cisternas (P1MC) e Uma Terra e Duas Águas (P1+2), que garantirão o repasse de cerca de R\$ 138 milhões para ações de mobilização e capacitação de famílias agricultoras e construção de tecnologias sociais de armazenamento de água para consumo humano, produção de alimentos e criação animal.

LEI MARIA DA PENHA VÁLIDA, MESMO SEM QUEIXA

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu (9/2), por dez votos a um, pela validade da Lei Maria da Penha — que pune a violência doméstica contra mulheres — mesmo sem que seja feita denúncia por parte da vítima, informou o portal de notícias Uol (9/2). De acordo com relatório do ministro Marco Aurélio Mello, que tratou de uma iniciativa da Procuradoria-Geral da República, agressões contra mulheres não são questão privada, mas sim mercedoras de ação penal pública.

Até o momento, para que a lei fosse aplicada, era necessária uma representação da mulher agredida e a manutenção da denúncia contra o agressor. Estatísticas indicam que até 90% das mulheres desistem no meio do caminho. Com a decisão do STF, o Ministério Público passará a ter a prerrogativa de denunciar agressores, e as vítimas não poderão impedir que isso aconteça.

Somente o presidente da corte, Cezar Peluso, discordou da não exigência de denúncia por parte da vítima. “O ser humano se caracteriza por ser sujeito da sua história”, alegou, acrescentando que tem “esperança de que a maioria esteja certa”. Já para o ministro-relator, deixar a denúncia a cargo da vítima “significa desconsiderar o temor, a pressão psicológica e econômica, as ameaças sofridas, bem como a assimetria de poder decorrente de relações histórico-culturais, tudo a contribuir para a diminuição de sua proteção e a prorrogação da violência”.

RIO+20 COM SAÚDE

“Na roça, há uma epidemia de câncer. As crianças estão morrendo de leucemia por causa do veneno na lavoura. Precisamos desconstruir esse modelo de desenvolvimento que afeta a saúde e o meio ambiente e no qual o capital explora e exclui a maioria da população”. O brado da camponesa Ilzanete Maria Colla comoveu os participantes do debate promovido pelo Escritório Fiocruz na Rio+20 (26/1), no Fórum Social Temático, em Porto Alegre (RS), que contou com a participação de representantes de movimentos sociais, pesquisadores e representantes do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde (Opas/OMS). Ao seu lado, Adélia Schmitz chamou atenção para a contaminação da água, do ar, do solo e da produção por agrotóxicos. Integrantes do Movimento Mulheres Camponesas (MMC Brasil), elas contaram que o pequeno produtor está integrado às grandes indústrias de químicos e sementes e não planta mais para a sua subsistência. “Há uma grande diferença de como se produzia na minha infância e hoje. A Rio+20 não pode ignorar a questão”, alertou.

O debate também abordou os impactos causados por grandes empreendimentos, como siderúrgicas e hidrelétricas. Além de gerar poluição e degradação ambiental, com consequências diretas à saúde, a instalação dessas indústrias muitas vezes viola os direitos humanos, forçando a remoção de moradores e alijando-os das suas atividades econômicas tradicionais, como a pesca ou a lavoura, que garantem a sua sobrevivência.

Alexandre Pessoa, professor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV/Fiocruz) e diretor da Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc/SN), lembrou que nem sempre as cidades estão preparadas para processos de crescimento acelerado estimulados por empreendimentos ou pela realização de grandes eventos. “Se não pensarmos com precaução, os aspectos negativos cairão como pressão sobre o SUS”, alertou. Para Pessoa, é importante fortalecer a saúde na Rio+20, porque ela coloca o ser humano no centro do debate. Ele defende as reformas agrária, urbana e sanitária para superar a exploração.

Geolípia Jacinto, representante do Projeto Vidas Paralelas, no Rio Grande do Norte, abordou a questão da saúde do trabalhador — “A cada duas horas, um trabalhador morre no seu ambiente de trabalho e isso é



FOTO: DIVULGAÇÃO FIOCRUZ

subnotificado. Como tratar de sustentabilidade se não se trata da essência da vida, que é o trabalhador, que a mantém economicamente?”, questionou. Luzia Aparecida, do Movimento Popular de Saúde (Mops) da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps), de Taboão da Serra (SP), criticou o consumo exagerado e o desperdício, que, segundo ela, geram a gula do capital de produzir mais. “O capitalismo está se comendo”, resumiu.

Para Celia Regina das Neves, do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), é necessário observar as diferenças regionais na construção de um novo modelo. “Quando falamos do rural — campo, floresta e água — é preciso mapear realidades para uma proposta de transformação, de zelo dos recursos naturais, das bacias hidrográficas, das reservas florestais. O formato do modelo eu não tenho, precisamos discutir”.

Pesquisador da EPSJV/Fiocruz e membro da Rede Brasileira de Justiça Ambiental, André Burigo teceu críticas à economia verde, conceito que vem norteando os preparativos para a Rio+20. “Estão tentando dar uma roupagem verde ao capitalismo. A privatização de toda a biodiversidade está em jogo”, alertou.

Também foram alvo de críticas os documentos da ONU e do governo brasileiro para a Rio+20. “O documento tem um único parágrafo que fala da saúde. Não há crítica ao modelo de desenvolvimento, com investimentos enormes, que não se revelam na área social ou ambiental”, disse Hermano Albuquerque de Castro, pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp/Fiocruz).

O representante da Opas/OMS no Brasil, Carlos Corvalan, mostrou-se preocupado com a ausência da saúde como tema prioritário para a ONU na Rio+20. “Muito aconteceu entre 1992 e hoje. Tivemos avanços e desafios gerados pelas múltiplas crises no âmbito econômico, social e ambiental. Também temos os temas emergentes não considerados na Rio 92, como o impacto das mudanças climáticas e saúde, e o aumento das doenças não transmissíveis. Portanto, a saúde não pode perder a importância que tem”.

O debate em Porto Alegre forneceu subsídios para a elaboração, pela Fiocruz, de um documento preparatório para a Rio+20 e a Cúpula dos Povos, que se realizarão em junho, no Rio de Janeiro (*Radis* 112). “O objetivo foi promover o diálogo entre pesquisadores que trabalham na interface saúde e ambiente com movimentos sociais e organizações da sociedade civil para entender que problemas afetam as populações e que devem ser levantados”, afirma Francisco Netto, representante da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde e do escritório para a Rio + 20 da Fiocruz.

A pesquisadora Cristina Pechine, da Fiocruz Bahia — unidade que vem promovendo ações com vistas à Rio+20 —, destacou a importância da participação da sociedade civil na conferência. “Os movimentos sociais precisam ser protagonistas. Precisamos sensibilizar as comunidades para trazerem a bandeira da saúde ambiental e dos vulneráveis”. (*Marina Lemle/VPAAS/Fiocruz, especial para a Radis*)

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

14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Ampla participação e grande agilidade caracterizam maior encontro da Saúde, que teve a defesa de um SUS público e estatal como motor

Foi a mais representativa Conferência Nacional de Saúde. Reuniu 4.500 pessoas, sendo 2.937 delegados, definidos após um número recorde de 4.537 conferências municipais e 27 estaduais (*Radis 111*), apresentando os mais diversos perfis e procedências, representantes de uma pluralidade de movimentos sociais, com o mesmo poder de voz, munidos de vivência, informação e conhecimento suficientes para defender o caminho desejado: SUS público, sob administração direta do Estado, garantindo qualidade aos usuários e trabalhadores. Mais de 60% dos participantes estavam lá pela primeira vez, uma demonstração de que as vias de participação vêm se abrindo de forma crescente.

A 14ª CNS, realizada de 30/11 a 4/12, em Brasília, tinha como tema geral e eixo único o caráter universal do SUS e o desafio da garantia de acesso e acolhimento (*Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social! Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS*), mas foram os protestos contra as Organizações Sociais (OSs), fundações estaduais de direito privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas, modalidades de privatização do sistema, que acabaram esquentando o debate — e os ânimos. A concretização do embate se deu no polêmico momento de apresentação da *Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde aos Brasileiros*, ao final da conferência, vaiada de início e aclamada logo depois. A crítica: a carta não estava prevista no regimento e no regulamento da conferência (embora estivesse nos planos da relatoria, como anunciara o relator geral, Gastão Wagner, em entrevista à *Radis 108*), não teria contemplado todas entidades presentes e, ao não fazer menção aos mecanismos privatizantes do SUS, seria pouco representativa do teor político da conferência e teria o intuito de abafar o Relatório Final. O ponto positivo: na carta reafirma-se que todas as decisões da conferência serão acatadas, trata-se de uma síntese de fácil acesso pela sociedade brasileira e acabou aclamada pela plenária.

Percalços à parte, o sentimento geral foi de que a 14ª CNS foi uma conferência histórica e vitoriosa. “Foi mais uma vitória da democracia”, considerou o médico pediatra Gilson Carvalho em entrevista à *Radis*. “Se não foi melhor, é porque nós mesmos ainda não somos tão bons”, disse ele, ressaltando que o evento é um retrato da sociedade brasileira. “É difícil estabelecer consensos aqui dentro como lá fora”.

Participaram da cobertura: Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Dayane Martins (fotos), Eliane Bardanachvili, Elisa Batalha, Justa Helena Franco, Katia Machado e Rogério Lannes

Acesso e acolhimento, sem privatização



NOVAS CONQUISTAS

Em sintonia com o tema geral da conferência, a solenidade de abertura, em 30/11, foi conduzida pelas travestis Janaína Lima e Keila Simpson. “Isso é acesso e acolhimento, trazendo outros atores com suas linguagens”, considerou a coordenadora geral da 14ª, a médica Jurema Werneck. “O público tem que enfrentar os problemas de racismo, transfobia, abandono da população rural, massacre da população indígena”, disse à *Radis*.

Ministros de estado, entre eles a ministra do Planejamento, Miriam Belchior, representando a presidenta da

República, Dilma Rousseff, e o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, presidente de honra da 14ª, parlamentares e representantes de entidades como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), participaram da cerimônia, cujo início atrasou.

“Esta conferência é de vocês, feita por vocês e está nas mãos de vocês”, discursou Jurema Werneck, apresentando um histórico das conferências nacionais de saúde no país, conferindo destaque especial para a 8ª, “um marco para a sociedade

brasileira que nos trouxe até aqui”. Jurema lembrou que a partir daí surgiu o círculo virtuoso, que une saúde e direitos sociais e se firmou um dos princípios que guiam o movimento sanitário até hoje: participação como condição necessária para existência do SUS. “Muito do que se critica, hoje, é fruto de acordos descumpridos”, observou, alertando que o momento seria de revisão desses acordos e de seguir adiante em busca de novas conquistas. Para Jurema, o processo de construção da 14ª mostrou que o movimento social continua comprometido com as mudanças e que é possível fazer diferente.



FOTOS: DAYANE MARTINS

As mestres de cerimônia Janaína e Keila: sintonia com o tema da conferência

Animadas delegações posaram, uma a uma, com as bandeiras de seus estados

Ministros na mesa: Miriam Belchior (E), representando a presidenta Dilma Rousseff, Tereza Campello, ao lado de Alexandre Padilha, presidente da 14ª, e Aloisio Mercadante



Vamos colocar em primeiro lugar a missão do SUS, de qualidade do atendimento

ALEXANDRE PADILHA

dos grupos em campanha na conferência por uma jornada de 30 horas de trabalho. Mas, defendeu que o evento também servisse como espaço de coesão para todos que defendem um sistema público. “Vamos colocar em primeiro lugar, antes dos interesses, a missão do SUS de qualidade do atendimento”.

MINISTRO EMPOLGADO

Ao receber a palavra, o ministro Alexandre Padilha interrompeu a multidão — que, em coro, repetia “Ô Dilma, cadê você... Eu vim aqui só pra te ver!”, em alusão à ausência da presidenta Dilma — e iniciou sua fala empolgado e em tom veemente, agradecendo a cada um dos delegados que ali estavam e ajudaram a construir as etapas municipais e estaduais. Ele reforçou as palavras de Jurema Werneck, afirmando que o SUS somente é um projeto vivo graças à participação popular e reforçando números que confirmam a dimensão do sistema: 1 milhão de internações ao mês, mais de 100 milhões de pessoas atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Padilha lembrou ainda que o SUS é responsável pelo maior banco de leite humano do mundo e que foi capaz de controlar a pandemia de aids no país.

Ele assegurou que todas as propostas acolhidas pela 14ª Conferência Nacional de Saúde eram legítimas, inclusive aquelas que reivindicavam melhores condições de trabalho para os profissionais que atuam no sistema — os profissionais de Enfermagem eram um

ATENÇÃO BÁSICA

O ministro ressaltou que as questões debatidas ali somente serão legitimadas pela sociedade brasileira caso se perceba que as demandas visam alcançar esse objetivo. Por isso mesmo, elegeu como prioridade o fortalecimento da atenção básica, da ação dos agentes comunitários de saúde e das equipes multiprofissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família. “Ninguém faz saúde dentro do hospital”. Como incentivo para a qualidade, anunciou o cadastramento das equipes para que o usuário possa avaliar a atuação dos profissionais. “O recurso pode até dobrar para as equipes que mostrarem qualidade no atendimento”, garantiu. O ministro anunciou a construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), inclusive fluviais, na Amazônia, para que possam estar mais próximas da realidade das pessoas. Reconheceu que um dos problemas para expandir a atenção básica é fixar profissionais no interior do país, especialmente médicos.

Para isso, garantiu o reforço nas carreiras regionais, com a expansão dos programas de residência, além

“da formação de mais pediatras do que dermatologistas, e mais obstetras e ginecologistas do que radiologistas”.

Sempre entusiasmado, Padilha também anunciou medidas que visam à garantia da saúde integral da mulher, com ações que incluem um plano de combate aos cânceres de mama e de colo de útero e a estratégia Rede Cegonha, que tem como objetivo promover assistência humanizada a gestação, parto e nascimento. Ainda em relação à humanização, o ministro informou a assinatura de uma resolução do ministério que determina que toda ficha de internação do SUS inclua contato telefônico do paciente. A medida permitirá que cada gestante possa informar como foi atendida pelo sistema: se teve garantido o direito a acompanhante, se teve um tratamento humanizado.

VOTAÇÃO ELETRÔNICA

O atraso na solenidade de abertura empurrou o começo da votação da proposta de regulamento das 11h para as 14h40. Mas a programação sofreria ainda mais atrasos. Sem experiência com o sistema eletrônico de votação, usado pela primeira vez numa conferência nacional de Saúde, os delegados demoraram a entender o mecanismo.

O equipamento não precisava ser ligado. O número 1 representava sim; o 2, não; o 3, abstenção. Os controles individuais emitiam sinais para um computador que somava os votos e mostrava o resultado em telas espalhadas pelo plenário principal. “É 100% seguro, sem possibilidade de manipulação”, disse o conselheiro nacional de Saúde Clóvis Bouffleur, integrante da mesa.

Mas a novidade não agradou a todos. “Sou contra votação secreta no Senado, na Câmara e aqui também”, criticou um delegado, da plateia. “Quero mostrar aos meus representados no que voto, levantando o crachá”, completou, sendo aplaudido por grande parte dos delegados.

Para não abrir mão do sistema eletrônico, a coordenadora da conferência, Jurema Werneck, sugeriu que a votação começasse em esquema misto, unindo a agilidade do equipamento com a visibilidade do crachá. Primeiro, a votação seria feita com o crachá. Caso não fosse possível constatar visualmente se a proposta agradava a maioria, se votaria via controle remoto.

REGULAMENTO

Durante a leitura da proposta de regulamento, outro problema impediu o bom seguimento dos trabalhos: o

Delegados recebem o aparelho de votação eletrônica: novidade não agradou de início





Leitura do regulamento: análise somente das 'questões de mérito' para acelerar os trabalhos

som do plenário principal não estava adaptado ao local, o que dificultava o entendimento. Muitas reclamações, gritaria, confusão. E a votação acabou adiada para a manhã seguinte.

Para diminuir o atraso, o processo recomeçou com nova metodologia: só seriam analisadas "questões de mérito", assim definidas pela comissão organizadora. A toque de caixa, e praticamente sem explicação dos destaques, os delegados aprovaram o regulamento quase na íntegra. Entre as poucas modificações, a rejeição ao parágrafo "No caso de supressão de diretriz serão também suprimidas as suas propostas".

AGILIDADE

Com novo sistema de apreciação das propostas nos grupos de trabalho (ver pág. 16), a 14ª caracterizou-se também por uma incomum agilidade na condução do processo e um inédito percentual de propostas aprovadas já dentro dos grupos de trabalho: 90% das 355 apreciadas (346 provenientes do Relatório Consolidado e nove, de recursos solicitados por delegados

que não se sentiram atendidos com a redação de alguns dos textos). Apenas 17 propostas foram levadas a votação na plenária final, que terminou pouco depois das 16h do dia 4/12, eliminando de vez o receio de que se repetisse o que ocorrera na 13ª, em 2007, que se estendeu noite adentro (*Radis* 65).

Das 15 diretrizes analisadas, foram aprovadas de forma integral pelos GTs as de número 1 (Acesso e Acolhimento no SUS), 4 (O Sistema Único de Saúde é único, mas as Políticas Governamentais não o são: Garantir Gestão Integrada e Coerente do SUS com base na construção de Redes Integrais e Regionais de Saúde), 12 (Construir Política de Informação e Comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS), 14 (Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde ao trabalhador) e 15 (Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o Cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses(as) usuários).

MOÇÕES

Na plenária final, voltou-se aos velhos tempos, com a votação somente via crachá e a definição dos resultados por contraste entre as mãos erguidas e as abaixadas e, quando necessário, com a contagem manual. Mas o caminho para o a incorporação da tecnologia está aberto e não deverá ter volta. "Na 15ª, a palavra crachá não vai nem existir", previu Jurema Werneck, em conversa com a *Radis*.

A plenária teve início com a votação de moções, enquanto os delegados aguardavam cópias do relatório consolidado com as propostas aprovadas pelos grupos de trabalho. Foram 103

moções encaminhadas à relatoria, sendo 23 descartadas — uma retirada pelo próprio proponente, 10, porque não receberam percentual mínimo de votos, e 12, porque versavam sobre questões locais, sendo encaminhadas às secretarias de Saúde — e 40 consideradas recomendações da conferência, por não atenderem ao artigo 23 do regulamento — não tratavam de apoio, repúdio ou solidariedade ao SUS. Ficaram 40 moções de âmbito nacional para serem votadas pelos delegados, que naquele momento mostravam-se animados e ansiosos pelo relatório.

Foram aprovadas 13 moções de apelo, como a voltada à aprovação do PL 7.495/2006, que cria empregos públicos de agente de combate às endemias; oito de repúdio, como a que tratou da falta de acessibilidade nos hotéis, direito garantido por lei; uma de solidariedade, à indenização dos filhos separados dos pais pela política de internação compulsória de pessoas com hanseníase até o início da década



Esta conferência é de vocês, feita por vocês e está nas mãos de vocês

JUREMA WERNECK



Na plenária final, voltou-se aos 'velhos tempos' com a votação feita pelo crachá

Acho importante termos começado a falar sobre bom trato, solidariedade, humanização da conferência

GASTÃO WAGNER

de 1990; e 17 de apoio, entre elas, as que se referiam às 30 horas de trabalho para o profissional de Enfermagem e à regulamentação da Emenda Constitucional 29. Apenas a que tratava do acesso de todo e qualquer cidadão às Conferências Nacionais de Saúde, a partir da 15ª edição, não teve apoio da maioria dos delegados.

RELATÓRIO FINAL

O conjunto de propostas do relatório final foi considerado representativo do que a 14ª conferência deseja para o SUS. As diretrizes 2 e 5, Gestão Pública para a Saúde Pública e Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado, respectivamente, concentraram propostas que expressam esses anseios. Entre elas, na diretriz 5, "Garantir que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social" (Proposta 1), "Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais (OS), e solicitar ao Supremo Tribunal Federal

que julgue procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/98, de forma a considerar inconstitucional a Lei Federal nº 9.637/98, que estabelece esta forma de terceirização da gestão" (Proposta 2), "Rejeitar a cessão da gestão de serviços públicos de saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público" (Proposta 3); e "Rejeitar a proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), contida no Projeto de Lei nº 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS" (Proposta 4). E, na diretriz 2: "Garantir que os convênios e contratos do SUS sejam apreciados e aprovados previamente pelos conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, antes de sua assinatura, e aumentar os recursos destinados ao fortalecimento dos órgãos de fiscalização, controle e auditoria do SUS (Proposta 6); e "Submeter aos Conselhos de Saúde, inclusive durante o processo de elaboração do orçamento da área da Saúde, os projetos de lei elaborados pelo Poder Executivo que tenham relação com as políticas públicas de saúde, para apreciação, debate e deliberação antes de enviar ao Legislativo" (Proposta 37).

CARTA E ALVOROÇO

Uma vez encerrada a votação das moções e das 17 propostas — sem polêmicas —, foi apresentada

pela mesa para votação a *Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira* (ver conteúdo na seção Pós-Tudo). A tranquilidade que até então reinava na plenária foi substituída por grande alvoroço. Grande parte dos delegados se manifestou com veemência contra a apreciação do texto, sob a alegação de que este não estava previsto e que enfraqueceria o relatório final que acabara de ser aprovado.

Quando perguntados pelos integrantes da mesa se eram favoráveis à leitura da carta, a resposta de grande parte da plenária foi "Não, não!" e "Isso é golpe!". Aos que conduziam o trabalho, coube explicar que alguns estados — como Bahia e São Paulo — já haviam aprovado cartas políticas ao final de suas conferências. Em vão.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, resolveu intervir, ao vislumbrar a derrubada da carta pela plenária. "Ninguém aqui vai ganhar no grito", bradou ao microfone, inicialmente sob vaias. "O relatório final será o principal documento desta conferência, devendo ser cumprido por todos", garantiu. "Mas também queremos que saia daqui uma carta à sociedade", acrescentou.

Conduzindo os delegados como num comício, Padilha abriu novamente a votação para definir se haveria ou não uma carta da 14ª. Os delegados acabaram decidindo que sim. "Venceu a democracia do crachá", comemorou, depois de conseguir

Mais compromissos com a Saúde

As conferências ajudam a priorizar a agenda da Saúde, observou o ministro Alexandre Padilha, ao assinar uma série de compromissos ao final da solenidade de abertura. Foram assinados o protocolo que institui as Diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador no SUS e as portarias que instituem a Política Nacional de Saúde Integral de

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta e uma que confere maior aporte de recursos para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

SELO

Ao lado do presidente da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, Wagner Pinheiro, Padilha ainda lançou um conjunto de selos postais, alusivos ao *Dia Mundial de Luta Contra a Aids*, criados pelo cartunista Ziraldo, também presente à solenidade. Padilha lançou um desafio para gestores, profissionais e usuários: combater o preconceito. "Não podemos admitir comportamento discriminatório no SUS", assinalou. O ministro comemorou a notícia de que o Brasil havia conseguido controlar qualquer forma de transmissão do vírus HIV através



Ziraldo e seu conjunto de selos alusivos à aids, lançado na abertura



reverter uma situação que parecia irreversível.

A leitura do texto proposto pela comissão organizadora foi interrompida por aplausos principalmente nos pontos em que se pedia o fortalecimento da gestão pública do SUS. Por exemplo, no trecho "Defendemos intransigentemente um SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social". Ou naquele que dizia ser "necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real". A carta agradou, ainda, por tratar dos determinantes sociais da saúde, nomear as populações vulneráveis, exi-



“Se [a conferência] não foi melhor é porque nós mesmos não somos tão bons

GILSON CARVALHO

gir mais recursos para o SUS, valorizar os trabalhadores da saúde e criticar a relação do público com o privado no setor, entre outras questões. Cerca de 70% dos delegados votaram pela aprovação do texto. "O SUS está mais forte hoje", resumiu Padilha, encerrando a conferência antes do horário previsto, às 16h40.

METODOLOGIA ACERTADA

Relator geral da 14ª CNS, o sanitário Gastão Wagner citou a metodologia de apreciação das propostas como um acerto: os grupos de trabalho ganharam força, evitando que a plenária final se prolongasse. Gastão ainda destacou como ponto positivo a renovação na representação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores, com mais jovens e estreates em conferência nacional.

Sua crítica foi direcionada a "aspereza" entre delegados, com troca de ofensas e acusações. "Alguns se comportam como se estivessem num ambiente de diferenças, quando na verdade estamos num ambiente de pares", lamentou. "Acho importante termos começado a falar nesta 14ª edição sobre bom trato, solidariedade, humanização da conferência" (ver pág. 33).

SAIBA MAIS

Leia a íntegra do Relatório Final da 14ª CNS e da Carta aos Brasileiros no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis)

Números da 14ª

4500 participantes

2.937 delegados

60% de estreates

346 propostas apreciadas

9 propostas provenientes de recursos

103 moções apresentadas

83 moções aprovadas e 12 encaminhadas

90% das propostas aprovadas nos GTs

17 propostas encaminhadas à Plenária Final

de transfusão de sangue e lembrou a importância da luta que se travou contra a comercialização de sangue no país. Ele ressaltou que foi graças à mobilização da sociedade, ao entender a importância de ter um sistema público de saúde regulado pelo Estado, que se possibilitou a construção da rede de hemocentros no país. E aproveitou o exemplo para reforçar a defesa de que todos utilizam o sistema: "Os que acham que não usam o SUS, caso façam uma cirurgia plástica e precisem de sangue, só terão segurança porque existe o SUS".

DIREITOS DOS USUÁRIOS

Neste sentido, Padilha defendeu o uso da *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* – cujo termo de referência foi assinado no fim da solenidade –, ferramenta que permite ao sistema entrar em contato, pelo correio, com todo paciente internado

para procedimentos de alta complexidade (hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, entre outros), para confirmar se, de fato, a internação existiu e avaliar o atendimento. A ideia é fiscalizar o uso de recursos e garantir atendimento humanizado. O usuário pode responder a carta por escrito, pelo telefone 136 ou pelo site do MS.

CRACK

Outra questão levantada por Padilha foi o enfrentamento do crack. "A gravidade desta epidemia não pode justificar que usuários e dependentes químicos sejam tratados como bandidos", disse o ministro, sugerindo a criação de uma rede de cuidado na área de saúde mental, que os acolha sem discriminação e que ofereça serviços diferentes para realidades diferentes. Ele anunciou uma portaria do MS – assinada ao fim da solenidade – que confere maior aporte de recur-

sos para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país e propôs a instalação de consultórios nas ruas, com profissionais especializados, e unidades de acolhimento fora do espaço de violência social. "Precisamos de urgências e emergências preparadas para respeitar os direitos humanos e seguir as diretrizes da saúde mental", defendeu.

MARCA DO SUS

Ele anunciou a assinatura de mais uma portaria – que implementa o uso da marca do Sistema Único de Saúde em todos os estabelecimentos ligados à saúde pública em todo o Brasil. "Nós que vivemos o SUS temos que ter orgulho de carregar sua marca", justificou. A multidão que lotava o auditório aproveitou a deixa e emendou o coro com as palavras de ordem: "Do meu direito não abro mão! Nós somos contra a privatização!"

Nos trabalhos dos GTs, protestos e agilidade

Um novo sistema de apreciação das propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde conferiu aos trabalhos uma agilidade que há muitas conferências não se via. Se, na 13ª, as discussões, inclusive na plenária final, prolongaram-se noite adentro e a 12ª teve que se encerrar deixando sem votação 4 mil destaques, examinados posteriormente, na 14ª, o dever estava totalmente cumprido às 16h40 do dia 4/12. Pela nova regra, havia apenas três opções de apreciação nos grupos de trabalho das 346 propostas do relatório inicial, organizadas em 15 diretrizes estratégicas: aprovação, rejeição ou supressão de trecho (sem qualquer alteração do restante do texto).

A essa novidade, somou-se o fato de a votação nos 17 GTs se dar por sistema eletrônico. Munidos de um pequeno aparelho, entregue na entrada das salas, os delegados decidiam se apertavam o número 1 (sim); o 2 (não); ou o 3 (abstenção), após leitura de cada proposta. As novidades geraram elogios e reações de estranhamento e protesto. *Radis* acompanhou os trabalhos de cinco grupos (1, 6, 8, 11 e 12), nos dias 2 e 3 de dezembro.

No grupo de trabalho 11, o começo foi difícil: a confiabilidade e a praticidade da votação eletrônica foram questionadas por delegados, o que gerou longo e exaltado debate. Para alguns, o sistema abria margem para manipulação. Ao se levantar o crachá, diziam, é possível confirmar se a maioria apoia determinada proposta; o controle remoto, por sua vez, impede essa confirmação visual.

"Polícia para quem precisa de polícia", interveio uma delegada tentando acalmar os ânimos. "Precisamos confiar no esforço do Conselho Nacional de Saúde para agilizar as votações". Ao longo dos dois dias de encontros na sala Ipê Amarelo, o grupo alternou crachá e voto eletrônico, com predominância do último.

"O calor do crachá é melhor, sua delegação pode ver no que você está votando, mas o sistema informatizado facilita por não requerer a contagem de votos", comparou a coordenadora de Gestão Estratégica e Participativa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim

(MG), Berenice de Freitas Diniz, integrante da mesa que coordenou os trabalhos.

ESTREANTES

Berenice era representante da nova leva de delegados nacionais, estreantes em uma conferência, apontada como um dos destaques da 14ª edição. "Particpei da etapa municipal e da estadual várias vezes, por cerca de 15 anos, mas nunca me candidatava à nacional, dada a concorrência acirrada", explicou. Como Minas Gerais decidiu desta vez escolher seus representantes por região, ela se apresentou como candidata e acabou eleita.

Na opinião da conselheira nacional de saúde Lurdinha Rodrigues, também integrante da mesa do grupo 11, houve renovação com qualidade. "Vieram pessoas que sabem o que querem, dispostas a intervir", comentou.

Os debates no grupo 11 confirmaram a tendência verificada nas etapas municipais e estaduais de rejeitar qualquer proposta que permitisse parcerias do público com o privado na saúde (*Radis* 111). Nessa ânsia, até textos que não faziam referência direta ao tema geraram discussão: um que falava na fixação do Orçamento da Seguridade Social recebeu destaques devido à abreviação "OSS", similar à das organizações sociais de saúde.

"O grupo aclamou as propostas contra privatização e pediu um SUS 100% público, seguindo os princípios constitucionais", resumiu Lurdinha. "Usuários e trabalhadores se uniram contra a privatização", observou Berenice.

ÂNIMOS EXALTADOS

Os 205 delegados presentes ao GT 6, na sala Laranjeiras, iniciaram os trabalhos em clima de insatisfação pela metodologia de votação que não previa alteração de texto nas propostas do relatório.



Aparelho de votação eletrônica: delegados sentem falta da 'confirmação visual'

No início da votação, que se deu com grande atraso, diversos destaques foram levantados por aqueles que não se conformavam e insistiam em propor nova redação, o que tornou ainda lento mais o andamento das votações. Ao final do primeiro dia de trabalho, só tinham sido aprovadas três das 15 diretrizes.

Para tentar acalmar os ânimos, o ministro Alexandre Padilha adentrou a sala, por volta das 18h, recomendando e liderando alguns exercícios de respiração e relaxamento, segundo ele, inspirados nas atividades realizadas pelo programa Academia da Saúde. "No SUS não cabe agressividade", justificou Padilha, voltando-se aos delegados mais exaltados, que por sua vez argumentavam contra o sistema de votação, por não permitir o direito ao contraditório.

No segundo dia de trabalho, o grupo optou por abandonar a votação eletrônica, "muito complicada", como consideraram. "As pessoas não conseguiram se adaptar", opinou a delegada Maria Lúcia Frizon Rizzoto, representante dos trabalhadores do Pará.

ASPECTOS POSITIVOS

Como ocorreu nos demais grupos, os dispositivos que permitiriam a ingerência do setor privado na gestão do SUS, como a permissão de gestão de hospitais públicos via OSs e Oscips, fo-

ram os temas rejeitados sumariamente. Os destaques positivos, para Maria Lúcia, foram a renovação importante do público de delegados e as questões aprovadas (como a convalidação de diplomas e a aposentadoria de 25 anos para os profissionais de saúde), e a ampliação do perfil mínimo de profissionais para o programa Estratégia Saúde da Família, pleiteando cada vez mais o reconhecimento da importância de uma equipe multiprofissional.

'DELEGADO FACILITADOR'

No grupo de trabalho 8, com 112 delegados, experimentou-se uma novidade na condução dos trabalhos: a figura de um *delegado facilitador*, isto é, que intermediava e organizava o contato da plenária com a mesa, o que ajudou a acalmar os ânimos às vezes exaltados e conferiu agilidade às votações. "A mesa já estava completa e eu fiz uma mediação entre a mesa e a plenária. Formalmente, eu não estava na mesa", explicou o delegado Clóvis Bouffleur, gestor de Relações Institucionais da CNBB e representante da entidade na conferência, escolhido para a nova função. "Exploramos no nosso grupo uma modalidade inovadora de discussão. As pessoas em um debate como esse ficam até agressivas, fora de seu comportamento normal. Reunimos à parte os que divergiam para que chegassem a uma conclusão".

No grupo também houve quem demorasse a compreender o novo sistema de apreciação de propostas, que não permitia alterações nos textos.

Isso fez com que a delegada Zenilda Lima solicitasse destaques a todo momento, acreditando que poderia propor nova redação às propostas. "Muitas propostas vieram de forma diferente da que votamos em nosso estado e no nosso grupo. Vi também propostas repetidas. E não foi possível interferir nisso", criticou, depois de compreender como se dava o trabalho.

Em alguns casos, o fato de não se poder dar nova redação a uma proposta acabou levando à decisão de que fosse suprimida. Um exemplo foi a proposta 6 da diretriz 5 (Gestão Pública para a Saúde Pública), que tratava da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSH). Como a proposta pedia a rejeição do projeto de criação da empresa, e este já havia sido aprovado, não havendo como mudar a redação, o tema da EBSH acabou sendo eliminado pelo grupo 8 (mas a proposta manteve-se no Relatório Final, suprimindo-se a referência ao projeto).

DESORGANIZAÇÃO

Falta de informação, desarticulação dos coordenadores da mesa e plenária dispersa fizeram do grupo de trabalho 12, localizado na sala Salgueiro, um dos mais desorganizados. A leitura das propostas começou com 45 minutos de atraso, às 15h45 do dia 2 de dezembro, pois não se chegava ao consenso quanto à composição da mesa coordenadora que, paritariamente, deveria ter dois representantes de usuários, um, de profissionais de saúde, e um, de gestores.

Foi também o único grupo a optar pela votação manual, via crachá, no primeiro dia de trabalho. Só usariam o sistema eletrônico no dia seguinte, o que atrasou ainda mais o debate. Enquanto a maioria dos grupos já estava lendo e votando as propostas das diretrizes 4 e 5, sobre gestão integrada e gestão pública para a saúde pública, respectivamente, o GT 12 ainda estava discutindo as propostas da diretriz 1, sobre o direito à saúde e à seguridade social. Foi preciso chamar a comissão organizadora da conferência para ajudar na condução do trabalho.

EFICIÊNCIA

Já na sala Cerejeira, o lema *Ordem e Progresso* da bandeira nacional sintetizou o clima do grupo 1. Primeiro a concluir a votação das 346 propostas, o grupo caracterizou-se ainda pelo respeito e pela competência. Além da vontade dos delegados de finalizar a tempo e com qualidade o debate, a mesa coordenadora foi bastante eficiente e eficaz, ouvindo as demandas da plenária e conduzindo amistosamente a votação. "Foi uma bela demonstração de democracia participativa", avaliou o delegado, representante do segmento de gestores, Arthur Chioro, secretário de Saúde de São Bernardo do Campo.

Na observação de um dos coordenadores da mesa, Everaldo Braga, delegado pelo segmento de profissionais de saúde e escolhido pela plenária, o GT 1 foi bastante produtivo e preocupado com as questões

Everaldo Braga (C) e a mesa do GT1: eficiência na condução e sintonia com a plenária

Delegados estavam dispostos a concluir os trabalhos no tempo certo e com qualidade





Exercícios de respiração e relaxamento acalmaram os ânimos no GT 6

inerentes ao avanço do SUS. Entre as principais propostas aprovadas pelo grupo, informou, destacaram-se as que pediam a exclusão de qualquer tipo de privatização e terceirização no sistema. “Defendemos um SUS totalmente público, com qualidade, com servidores concursados, eliminando qualquer tipo de privatização”, salientou. Sua expectativa é que todos os delegados possam agora, de volta a seus estados e municípios, exigir de seus gestores a implantação de todas as propostas aprovadas.

CONSENSO

O grupo também seguiu recomendação da comissão organizadora e fez toda a votação por meio do sistema eletrônico. As divergências foram poucas. Já, os consensos, muitos. Na diretriz 7, *Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços* –, a proposta 25, que pedia a criação de um plano de atendimento a desastres e construção de uma comissão permanente de emergência para os grandes eventos nacionais e internacionais, foi parcialmente suprimida (no Relatório Final, foi mantida na íntegra). Com 93,34% dos votos, a parte da proposta que dizia “para os grandes eventos nacionais e internacionais como, por exemplo, a Copa do Mundo, foi retirada. “Um plano de atenção a desastres não pode servir apenas para grandes eventos”, defendeu Arthur Chioro.

Na diretriz 10 – *Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral* –, a propos-

ta 7, em defesa do aumento do valor da Tabela de Procedimento SUS, equiparando à Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimento, foi totalmente suprimida por 93,18% dos delegados do grupo. A proposta significaria a reprodução no SUS da lógica de pagamento do setor privado. “O ministério da Saúde vem buscando mudar a forma de pagamento por procedimento, que é perversa, não presta atendimento integral. Como podemos, então, acatar uma proposta que valoriza isso e, ainda mais, reproduz a lógica de pagamento do mercado”, disse Chioro em defesa da supressão total do texto.

O grupo ainda mostrou-se simpático a todas as questões ligadas às deficiências, à saúde mental e à comunicação. As 15 propostas da diretriz 12 – *Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS* – foram em sua maioria aprovadas pelo GT. Entre elas, a criação de um prontuário nacional para os usuários do SUS, a construção do Plano Estratégico de Comunicação, a implementação do programa Telessaúde e Telemedicina, a realização de campanhas e a efetivação de um sistema informatizado de regulação.

Na diretriz 13 – *Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para a saúde mental, deficiência e dependência química* –, a proposta 3, relativa à implantação de serviços de saúde mental na atenção básica, com inclusão de profissionais de saúde mental, em especial nas cidades menores que não têm contingente populacional suficiente para implantação de centros de atenção psicossocial (CAPs), foi mantida por 95,40% dos delegados,

apesar do pedido de supressão parcial do texto, no trecho “em especial nas cidades pequenas”.

Já a proposta 9, garantindo e ampliando o acesso dos usuários dependentes químicos às comunidades terapêuticas, foi totalmente suprimida (78,05%). “Nós defendemos as Casas Transitórias, os CAPs, leitos de desintoxicação nos primeiros dias etc. As comunidades terapêuticas representam atraso, segregação”, argumentou Arthur Chioro, em defesa da supressão da proposta.

SEM POLÊMICAS

Pelo regulamento, as propostas que obtivessem 70% ou mais dos votos em ao menos nove grupos constariam do relatório final sem necessidade de passar pela plenária final. Das 346 propostas, 90% superaram esse percentual. Entre as 15 diretrizes da conferência, cinco tiveram todos os seus pontos aprovados – as de número 1, 4, 12, 14 e 15. Apenas nove propostas não atingiram o mínimo de 50% dos votos nos grupos e foram suprimidas de forma integral. E outras 17 receberam mais de 50% e menos de 70% dos votos nos grupos e, essas sim, foram encaminhadas para apreciação na plenária final. Sem polêmicas, somente uma terminou rejeitada.



Participei de etapas municipais e estaduais por 15 anos, mas nunca me candidatava à nacional dada a concorrência

BERENICE DE FREITAS DINIZ

Debate sobre tema da 14ª: mais um fórum contra a privatização

A mesa central da 14ª CNS — *Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS* — objetivou colocar em discussão o tema e o eixo da conferência, mas acabou sendo mais um fórum de protestos contra a privatização da saúde. A conferencista, Luzinete Freitas Alves, integrante do Movimento Popular de Saúde de São Paulo, ateu-se ao tema do acesso e acolhimento. Nos debates, no entanto, as falas em favor de um SUS público e estatal e uma manifestação do movimento *Privatização, eu nego!* acabaram ocupando o espaço.

Do meu direito não abro mão. Nós somos contra a privatização

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Luzinete iniciou sua conferência comparando o SUS a um jovem saindo da adolescência, que, “muitas vezes, não é tratado com o devido cuidado”, provocou, apresentando-se como uma lutadora pelo SUS. “Luto por esse jovem que ainda não é capaz de resolver todos os seus problemas”, afirmou.

Luzinete refletiu sobre o eixo da 14ª e tema de sua exposição, trazendo alguns questionamentos: “Como melhorar acesso e dar qualidade quando boa parte dos governos não prioriza o modelo preventivo e a atenção básica como porta de entrada do SUS? Como falar de acesso de verdade com falta de profissionais, de centros de referência do trabalhador, do idoso etc., ou com trabalhadores mal pagos? E o que dizer sobre equipes de Saúde da Família incompletas e da ausência de parto humanizado

nas unidades de saúde?”. Para ela, esses são alguns dos desafios que fazem do SUS um sistema ainda em crescimento e pouco acreditado pela população. O amadurecimento do SUS, em sua avaliação, só se dará mediante aporte de mais verbas “carimbadas” e do fortalecimento do controle social.

No debate promovido ao fim da mesa, a delegada Maria Ines de Souza Bravo pediu a palavra para mostrar-se contrária às chamadas formas de privatização do SUS, a exemplo das organizações sociais, fundações públicas e empresas públicas de direito privado — tema que abordou como palestrante em um dos diálogos temáticos da conferência (ver pág. 28). “O SUS só terá qualidade se tiver trabalhadores concursados pelo Regime Jurídico Único”, disse, conclamando em seguida: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido não se compra e não se vende”, brado repetido durante a conferência pelos integrantes da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Pelo mesmo caminho seguiu a delegada, representante do segmento de profissionais de saúde de Maceió, Maria Valéria Costa Correa, também integrante da Frente. Ela fez a defesa de um SUS “estritamente” público, sob

A nossa luta é todo dia. Nossa saúde não é mercadoria

MOVIMENTO PRIVATIZAÇÃO, EU NEGO

a administração direta do Estado. “Somos contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, aprovada no Congresso Nacional”, disse em nome do movimento, que trazia



Discutimos a privatização nas conferências estaduais e municipais e apontamos para gestão 100% pública e estatal do SUS

TARCÍSIO CAMPOS

o slogan *Do meu direito não abro mão. Nós somos contra a privatização*. Valéria referiu-se à Medida Provisória 520, de 31 de dezembro de 2010, divulgada no fim do último mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Ao final do debate, integrantes do movimento *Privatização, Eu Nego*, vinculado ao Fórum Paraíba em Defesa do SUS e contra as Privatizações, se manifestaram. Em blusas, faixas e brados, eles apresentaram o slogan: “A nossa luta é todo dia. Nossa saúde não é mercadoria”.

À *Radis*, o delegado da Paraíba, representando o segmento dos profissionais de saúde Tarcísio Campos, explicou que “o movimento discutiu nas conferências estaduais e municipais o tema da privatização, apontando para a 14ª CNS proposta de defesa de uma gestão 100% pública e estatal”. O agricultor Francisco Jorge Chaves, delegado, representante do segmento dos usuários, também pela Paraíba e integrante do movimento, reforçou o coro: “Estou em defesa de um SUS público”. (*Katia Machado*)

Em defesa da Saúde

Mobilização pela EC 29

A abertura da 14ª Conferência Nacional de Saúde começou bem antes da solenidade que reuniu ministros e outras autoridades. Na tarde do dia 30/11, os delegados, mobilizados, promoveram uma manifestação para reivindicar a regulamentação da Emenda Constitucional 29, sem saber ainda, que, na semana seguinte, em 7/12, o Senado votaria a emenda sem o compromisso da União de destinar 10% de seus recursos à Saúde e a manutenção da incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sobre a Saúde (*Radis* 113).

Em caminhada pela Esplanada dos Ministérios, cerca de 3 mil manifestantes criticaram, com faixas e cartazes, as políticas públicas do Governo Federal para a área da Saúde. Eles pediram também a redução da jornada de trabalho dos profissionais de saúde para 30 horas por semana.



FOTOS: FERNANDO TAYLOR/AFSC-SN

Silvio Tandler

O cineasta e documentarista Silvio Tandler foi aclamado na primeira noite da conferência, na qual debateu com os delegados o documentário *O veneno está na mesa*, que realizou em 2011.



Batendo tambor

Em defesa da saúde da mulher, a Articulação de Mulheres Brasileiras fez sua intervenção logo após a votação das moções, no último dia de conferência: entrou batendo tambor e estendendo uma faixa — “Crime é não ter direitos! Pela vida das mulheres, aborto legal e seguro”.



Ministro onipresente

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, parecia onipresente durante a 14ª CNS. Circulava por todos os espaços, sempre aclamadíssimo pelos delegados, vivendo momentos de *superstar*, requisitado para fotos o tempo todo. Atendia a todos, incansavelmente.

Na Tenda Paulo Freire, com profissionais de enfermagem, em intensa campanha durante a conferência, reivindicando 30 horas semanais de trabalho, ouviu o que tinham a dizer, prontificou-se a atender e, mais uma vez, posou para fotos, muitas fotos. “Agradecemos o ministro pela sensibilidade de atender esta pauta e pedimos que nossos participantes deixem o ministro sair”, teve que solicitar um dos organizadores do encontro, ao microfone, diante de um Padilha mais do que assediado.



Parto humanizado

O grupo de teatro *Loucas de Pedra Lilás*, de Recife (PE), vinculado à Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), formado por atrizes e educadoras populares, com os rostos pintados de branco, encenaram a realização de um parto, reclamando atendimento humanizado e defendendo a legalização do aborto seguro.

As placas indagavam e exclamavam: “Parto hospitalar, quem faz?”; “Quais são os horários dos PSF?”; “Regulação! Cadê?”; “Super-herói ou Supermercado?”; “Cadê a responsabilidade sanitária?”; “Cadê o médico?”; “Ambulancioterapia? Chega!”; e “Sem os direitos das mulheres não há direitos humanos”.

Não à privatização

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, cujos integrantes circulavam por todos os cantos da conferência, identificados por suas camisetas e *bottoms*, distribuíram panfletos e cartilhas. Em suas intervenções nas plenárias mesas e demais espaços bradavam sua palavra de ordem: “Do meu direito não abro mão, nós somos contra a privatização”.

O movimento *Privatização, Eu*

Nego, vinculado ao Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra as Privatizações, defendeu o SUS 100% público, em camisetas e faixas com o slogan *A nossa luta é todo dia. Nossa saúde não é mercadoria*, como mostrou o delegado Sedruosen Guelir Cavalcanti.

Os protestos contra a “violação do SUS” foram assinados também pelo Movimento Nacional de Luta contra a Aids, que mostrou seu luto em uma instalação na parte externa do centro de convenções.



O SUS no centro das reflexões nos diálogos temáticos

DIALOGO TEMÁTICO
Políticas e ações de promoção à equidade

Foco nas populações vulneráveis e excluídas

A seção de diálogos temáticos da 14ª ACNS que abordou *Políticas e ações de promoção à equidade – Garantia de acesso às populações em situação de vulnerabilidade e exclusão* reuniu reflexões e proposições sobre uma temática que tem permanecido genérica, de acordo com a definição do médico Alcides Silva de Miranda, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na coordenação da mesa, ele salientou que o tema se relaciona com as iniquidades e acena para políticas intersetoriais, ao mesmo tempo em que sugere uma análise crítica das demandas que surgem das desigualdades e aponta para a necessidade de se definirem diretrizes.

Representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) em Roraima, Iolanda Pereira da Silva, da etnia macuxi, observou que o SUS já tem maioridade, mas se comporta como um menino malcriado. “A saúde no país é bem planejada, mas não é bem executada”, definiu. Ela reclamou que, apesar

A equipe da *Radis* acompanhou cinco dos 11 diálogos temáticos, promovidos simultaneamente, no dia 1º de dezembro, e abertos a todos os participantes – delegados, observadores e convidados. Com quatro expositores em cada mesa e plateias concorridas, buscou-se levar aos delegados subsídios para orientar as votações das propostas nos grupos de trabalho, que ocorreriam no dia seguinte.

de ser reconhecido por sua diversidade, o Brasil ainda desconhece suas raízes. Do mesmo modo, embora o SUS tenha sido desenhado para todos, “poucos são os que verdadeiramente participam dele”.

Iolanda cobrou mais humanização no sistema, algo que pode ser alcançado com a valorização da formação de seus profissionais. “Enquanto não tivermos uma formação humanizada, vai permanecer a discriminação”, opinou. Ela disse perceber que a recusa de atendimento para índios se dá por preconceito, assim como acontece com quilombolas, ribeirinhos, idosos, camponeses, população LGBTT e demais segmentos minoritários. “Todos estão incluídos nesta situação de exclusão”.

SAIR DO PAPEL

A líder indígena cobrou a execução de programas de saúde específicos que já existem no papel, assim como muitas determinações aprovadas pela 13ª Conferência Nacional de Saúde. “Chegamos à 14ª e muita coisa não foi feita”. Ela também ressaltou a falta de compromisso dos gestores e as más condições de trabalho das equipes responsáveis pela execução da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas áreas indígenas – muitas delas sem material e sem pessoal qualificado. “Não adianta falar sobre humanização e não preparar o pessoal que trabalha nessa área”, reclamou.

Iolanda criticou a valorização exagerada que se dá aos números, em detrimento de ações. “Não precisamos de números, queremos atendimento de qualidade”, disse. Ela lembrou que, apesar de serem computados pelos censos populacionais, os índios continuam excluídos e vítimas de desvios de recursos. “Continuamos vulneráveis”,



“Enquanto não tivermos formação humanizada, vai permanecer a discriminação”

IOLANDA PEREIRA DA SILVA

alertou, lembrando que a população indígena é grande e capaz de garantir conquistas através da mobilização. “Somos da Raposa Serra do Sol, brigamos pela nossa terra contra os latifundiários e conseguimos vencer”, disse. “O que queremos hoje é o reconhecimento de políticas que já existem”, assegurou.

POLÍTICA LGBT

O assistente social Guilherme da Silva Almeida, professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), defendeu a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT como ferramenta que contribui para a ampliação da participação, “um conjunto de compreensões que começou lentamente nos anos 1990 com a luta contra a aids”,

FALA, DELEGADO

“Estamos nesta conferência para lutar por melhorias para os povos indígenas do Brasil no âmbito do SUS. Já nos reunimos e encaminhamos para a mesa nossas propostas. Esperamos que algumas dessas questões sejam contempladas no relatório final”.

João Francisco Pantoja, índio da etnia Apurinã, do Médio Rio Purus, Amazônia – segmento de usuários



situou. A incorporação deste grupo ao SUS “pela via da aids” determinou que este fosse mais visto pela via sexual do que pela via da integralidade, explicou.

Ele disse esperar que o caráter transversal pactuado com a nova política traga capilaridade aos processos relacionados à saúde e à doença. As medidas propostas reconhecem “as marcas da discriminação e da exclusão”, assinalou. No entanto, a assistência à saúde é apenas a ponta do iceberg no que diz respeito à discriminação. O combate a ela deve envolver, necessariamente, educação, assistência social e segurança pública.

Guilherme acentuou a importância que há na variedade de sujeitos reconhecidos pela sigla LGBTQ. “Há um significado político importante ao reconhecer as diferenças internas desta população”, indicou, lembrando que há especificidades epidemiológicas em cada uma das identidades abrigadas no guarda-chuva de letras. “Podemos falar no geral, mas temos que pensar nas particularidades quando formos implementar a política”, orientou.

Ele justificou a preocupação revelando algo que parecia imperceptível: “Eu sou homem transexual. Não nasci homem”. Ele explicou que, pela definição, pessoas *trans* são aquelas que desejam modificações corporais. Mas também estão sob esta denominação aquelas que não desejam mudança nos órgãos genitais, como lésbicas que usam testosterona. O problema é que no Brasil há a exigência de diagnóstico de transexualidade fornecido por psiquiatra para atendimento no SUS. Ele lembrou que isso deixa de fora do SUS travestis e outras pessoas “que não desejam ir a fundo na mudança da genitália”.

EXCLUSÃO E MERCADO PARALELO

A exclusão dessas pessoas que não se enquadram nos critérios do Ministério da Saúde, informou, leva-as a procurar atendimento no “mercado paralelo”, o que é muito arriscado. Guilherme sugeriu uma “campanha de despatologização da transexualidade”, alegando que não é por acaso que o tratamento somente é oferecido em hospitais universitários (ele informou que existem quatro centros de referência no país,

em Porto Alegre, Goiânia, São Paulo e Rio de Janeiro) — o que caracteriza o procedimento como experimental. “Não é por critérios técnicos; são preconceitos”, denunciou.

O professor considerou indiscutível o reconhecimento da possibilidade de cirurgia de adequação no SUS — “Ninguém muda de sexo, adapta-se ao que já é”, considerou —, por uma questão de democratização dos direitos. São cidadãos que pagam impostos e que devem ser atendidos. Além disso, a legitimação do procedimento no SUS, além de torná-lo mais barato, acelera o processo de mudança do nome na Justiça. O impacto político será o reconhecimento da cidadania das pessoas *trans*, sinalizou.

Guilherme também cobrou a criação de mais um centro de referência sobre o assunto na região Nordeste, algo que diminuiria o fluxo migratório de pessoas que buscam atendimento em outras regiões. “Motivadas pelo desespero”, observou, estas pessoas saem de suas cidades, enfrentam longas esperas e o desconforto de um pós-operatório longe de suas casas e ainda aumentam os custos para o SUS. O pesquisador considera que faltam investimentos financeiros e sensibilização dos profissionais. “Se o atendimento é bom, foi



Podemos falar no geral, mas temos que pensar nas particularidades quando formos implementar a política [LGBT]

GUILHERME DA SILVA ALMEIDA

por boa vontade, não por respeito aos direitos”, disse, lembrando que é comum a recusa do tratamento hormonal por parte dos endocrinologistas e a falta de sensibilidade ao acolher as pessoas nos serviços de saúde. “Constrangimento faz mal à saúde”.

O SENTIDO DE “TODOS”

A assistente social Ângela Maria de Lima Nascimento, diretora de programas da Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas da Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), falou sobre a sintonia que deve existir entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a mobilização social que possibilitou a criação do SUS. Neste sentido, ela questionou qual o sentido do “todos” empregado pela política de saúde, requerendo maior efetividade na sua construção teórica.

Ela considerou que a discussão sobre equidade, no caso da saúde da população negra, trouxe a possibilidade de reconhecimento do racismo como determinante social da saúde. A pesquisadora citou o alto índice de morbidade e mortalidade entre o grupo, destacando que os homens negros são as maiores vítimas de homicídio no país. Para enfrentar este e outros desafios, Ângela informou que a Seppir busca, em parceria com o Ministério da Saúde, avançar na implementação da política nos estados e municípios.

Todas essas questões, segundo ela, indicam o motivo pelo qual uma política de grande impacto não é reconhecida como de todos. É que no Brasil, por conta do racismo, a população negra ganha lugar de especificidade: “Nós ainda não contamos com o reconhecimento de que somos uma população que contribui para o desenvolvimento do país”. Para mudar este quadro, disse, é necessário que SUS, governo e sociedade se esforcem para ampliar esse “todos”. Isso inclui a sensibilização de profissionais, para que percebam o racismo como determinante de doenças e que trabalhem, na formação de novos quadros, o combate ao preconceito. (Adriano De Lavor)

“Espero que todas as discussões e propostas aqui apresentadas sejam praticadas nos municípios, a começar pelo acesso igualitário aos serviços de saúde”.

José Rozaldo Vieira de Oliveira, delegação do Pará — segmento de profissionais de Saúde



DIÁLOGO TEMÁTICO
**Valorização do Trabalho
 e Formação Profissional
 para o SUS**

Educação permanente contra a precarização

Vínculos trabalhistas precários, remuneração desigual, discrepância no reconhecimento das diferentes modalidades profissionais e carga de trabalho excessiva. As agruras dos profissionais de saúde foram dissecadas durante o diálogo temático *Valorização do Trabalho e Formação Profissional para o SUS*. A urgência no enfrentamento dos problemas foi consenso entre os representantes de gestores, usuários e trabalhadores presentes ao debate. Os caminhos para superá-los, no entanto, divergiram.

As discordâncias começaram pela suposta escassez de médicos. Para Laura Feuerwerker, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a mídia estaria reforçando a ideia de que faltam médicos no mercado, mas em sua opinião, isso não corresponde à realidade, principalmente nas grandes cidades. “O que acontece é que, nos grandes centros urbanos esses profissionais são disputados a peso de ouro pela rede privada”. Para ela, investir na residência e na educação permanente é o caminho para fixar os profissionais na rede pública e envolvê-los com a defesa do SUS.

Laura lembrou que a valorização dos profissionais de saúde passa não somente por reduzir a desigualdade entre as carreiras, mas pela questão dos vínculos trabalhistas precários em sua maioria, fazendo com que os trabalhadores tenham que se comportar “como boias-frias”, com carga excessiva de trabalho e adoecimento

do profissional, transformando-se por sua vez também em paciente. Para capacitar o próprio trabalhador a lutar contra essa quadro e formar atores sociais capacitados e comprometidos, ela propôs que o governo tire do papel a política de educação permanente. “Essa política está em vigor, mas na prática ocupa um lugar secundário”.

IMPACTO NA ECONOMIA

Laura ressaltou a importância de, além de cursos, que muitas vezes, sobretudo nas pequenas cidades, são realizados de forma pontual em cidades de maior porte, haver apoio local. A importância da educação permanente em saúde é vista melhor, acrescenta Laura, quando se leva em conta que o país tem 90% dos municípios com menos de 10 mil habitantes.

Essas providências, considerou, tornariam mais produtivo o setor Saúde, o segundo maior empregador, atrás apenas da construção civil. “Capacitar e remunerar melhor o setor Saúde tem impacto direto na economia”.

A professora defendeu o serviço civil obrigatório, que seria uma continuidade do programa Ver-SUS, iniciado em 2004 para oferecer a estudantes universitários vivência e estágio no Sistema Único de Saúde. O programa, ressaltou, “formou uma geração de militantes” para o sistema.

Na sala cheia, com cerca de duzentos participantes, muitos crachás foram erguidos quando o debate se abriu à plateia. Alguns temas recorrentes foram o Plano de Carreira do SUS e protestos contra a gestão de hospitais públicos legada a organizações da sociedade civil (OSs) ou organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips). Em relação à educação, foi apontado que 90% dos cursos técnicos da área de Saúde são privados, assim como 75% dos cursos profissionalizantes.

CARREIRA ÚNICA, INVIÁVEL

Quanto ao problema da burocracia excessiva, também trazido ao debate, defendeu-se de maneira enfática o uso de tecnologia – que também depende da educação dos profissionais.

Os participantes apontaram ainda que os secretários de Saúde não são profissionais de carreira e que o governo não segue o que a conferência preconiza.

A maioria das respostas às intervenções do público foi dada por Denise Motta Dau, diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do



Capacitar e remunerar melhor o setor Saúde tem impacto direto na economia

Laura Feuerwerker

Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. A representante do governo e coordenadora do debate foi categórica em afirmar que “carreira única, federal, é inviável”.

Para Denise, a descentralização do SUS – e, conseqüentemente, dos planos de carreira dos trabalhadores – teria importantes vantagens, principalmente porque favoreceria o controle social. Já combater a tão criticada precariedade dos vínculos trabalhistas dependeria de alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal. “Queremos um Estado máximo e um SUS máximo”, afirmou Denise à plateia e à mesa, que contava ainda com a coordenadora do Setor de Saúde Pedagógica do Movimento Sem Terra (MST) e professora do Instituto de Educação Josué de Castro, Gisley Siqueira Kneirin, e do agente comunitário de saúde do Distrito Federal e conselheiro de Saúde Paulo Pires. (Elisa Batalha)

FALA, DELEGADO

“Que os zeladores de orixás sejam acolhidos pelo SUS. Queremos políticas públicas de saúde igualitárias para o povo das comunidades de terreiro. Para acabar com a discriminação religiosa, é preciso capacitar os profissionais de saúde. O SUS precisa nos respeitar”.

Josemar Lima de Oliveira, Pai Josemar, de Itambé (PE) – segmento de usuários



DIALOGO TEMÁTICO
Desafios do financiamento
para efetivar o direito à
Saúde

Insuficiência de recursos é cada vez maior

No diálogo temático *Desafios do financiamento para efetivar o direito à Saúde*, os expositores foram unânimes em afirmar que um dos maiores problemas do SUS, e o mais antigo, é a falta de dinheiro. Eles apontaram propostas para obter mais recursos e avançar com o sistema que, apesar da escassez, conseguiu realizar 3,6 bilhões de procedimentos, em 2010. Recomendaram a criação de imposto sobre grandes fortunas, reforma tributária e fim de isenções fiscais, além da aprovação da Emenda Constitucional 29 no Senado Federal, com aplicação de, no mínimo, 10% das receitas correntes bruta da União — a EC 29 foi aprovada na semana seguinte (7/12), sem a vinculação dos 10% da receita

Os municípios investem R\$ 10 bilhões a mais por ano, e batemos neles por estarem mais perto

GILSON CARVALHO

bruta da União, em duro golpe na Saúde e no controle social (*Radis* 113).

O médico sanitário Gilson Carvalho, assessor do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que se especializou no tema do financiamento, observou que os problemas do SUS são a ineficiência, em alusão à má gestão, e a insuficiência, relativa ao subfinanciamento. “É preciso cuidado, porque costumamos acreditar que o problema é a *roubalheira*, a má gestão. E não é bem assim. Isso

existe, mas não é o único mal”, alertou.

Ele lembrou que o financiamento da saúde é solidário, repartido entre as três esferas do governo, mas que, hoje, embora a União seja o ente que mais arrecada tributos, é o que menos investe no setor. “Entre 2000 e 2010, a União deixou de repassar cerca de R\$ 25 bilhões, por descumprimento da EC 29. Além dela, 11 estados não cumprem com o que determina a emenda, 12% no mínimo. Enquanto isso, os municípios têm investido na saúde mais de 20% de suas receitas, apesar de a EC 29 determinar 15%”, calculou. “Os municípios investem cerca de R\$ 10 bilhões a mais por ano, e batemos neles por estarem mais perto”, comentou.

Em 2010, estimou Gilson, a União gastou R\$ 62 bilhões, os estados, R\$ 37 bilhões e os municípios, R\$ 39 bilhões. A falta de dinheiro, como demonstrou Gilson, é também comprovada ao se analisar o gasto *per capita* dos planos de saúde, que, em 2010, foi de R\$ 1.560 por pessoa. “Se eu pegasse esse valor e o aplicasse no setor público, precisaria de R\$ 298 bilhões a mais. Se o gasto com saúde foi de R\$ 138 bilhões, em 2010, ficaria então faltando R\$ 160 bilhões”, calculou.

FALÁCIA

Gilson ainda comparou o gasto com saúde do Brasil com o de outros países, a partir de estudo da Organização Mundial da Saúde sobre cerca de 200 nações: “Tomando como base a média de 5,5% do PIB *per capita* aplicado no mundo com saúde pública, precisaríamos de R\$ 198 bilhões. Ou seja, mais R\$ 60 bilhões só para atingir a média”. Se o Brasil quisesse se igualar aos países com maior investimento no setor, calculou, seriam necessários R\$ 604 bilhões. “Então, dizer que o Brasil já investe dinheiro suficiente em saúde é uma falácia”, criticou, recordando ainda que fora retirado do texto da EC 29, na Câmara dos Deputados, a criação da Contribuição Social para Saúde (CSS), possibilidade de alocar mais recursos no setor.

Para ele, foi também “uma grande molecagem” e uma proposta “louca de pedra” retirar do projeto



Quando a CPMF caiu e a CSS não passou, não nos movimentamos para dizer que era um crime lesa-pátria

HUMBERTO COSTA

de regulamentação da EC 29 — na ocasião da 14ª CNS, aprovado apenas na Câmara dos Deputados, em setembro — os 10% sobre a receita corrente bruta da União. A aprovação da emenda pelo Senado, a exemplo da Câmara, sem o compromisso da União de destinar 10% dos seus recursos à Saúde, foi considerado por Gilson “um gesto anti-republicano” dos senadores (*Radis* 113), na ocasião.

PRESSÃO

Também presente na mesa, o senador Humberto Costa, ex-ministro da Saúde e relator do projeto da EC 29 no Senado, ressaltou a necessidade de que a Saúde tenha mais recursos do Governo Federal. Ele afirmou ter sido pressionado quanto à proposta de colocar os 10% da receita corrente da União em seu relatório e falou sobre a necessidade de novas fontes de recursos. “Sem isso, é impossível melhorar a saúde”, afirmou. Segundo ele, se a sociedade quer um SUS com qualidade, tem que querer gastar mais. “Quando a CPMF caiu e a CSS não passou, não nos movimentamos para dizer que aquilo era um crime lesa-pátria”, observou. “De onde vamos tirar mais de R\$ 30 bilhões de um ano para o outro? Vamos acabar cobrindo um santo e

“Que a sigla SUS se faça valer na prática. Espero que tudo o que for aqui planejado e aprovado seja posto em prática em todo o país”.

Ricardo Santos Silva, delegação do Pará — segmento de usuários





O PIB não é suficiente. Ancorar o financiamento à receita fiscal deixa muitos de nós de cabelo em pé

JACQUES WAGNER

descobrimo o outro, e não queremos retirar dinheiro de outras áreas”.

Ele reconheceu que a EC 29, em parte, foi “um engodo”, pois muitos entes da federação, especialmente a União, deixam de cumprir os percentuais mínimos determinados. “Mas houve avanços”, avaliou, referindo-se ao artigo do projeto que define o que são ações e serviços de saúde. Na ocasião, Costa anunciara que, no Senado, sairia do projeto vindo da Câmara o artigo que retira R\$ 7 bilhões anuais do SUS, ao não considerar o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) na base de cálculo dos 12% investidos pelos estados, e que a parte que define as ações que podem ser consideradas como gastos em saúde seria mantida.

“AJEITA OS 10%!”

O senador ainda anunciou que pretende negociar com o governo um incremento de recursos para a Saúde e estudar medidas como a cobrança do IPVA sobre lanchas, destinando maior parte do imposto à Saúde, e a criação de novos impostos ou fontes de contribuição.

Ao fim de sua apresentação,

Humberto Costa seguiu para uma reunião com as ministras das Relações Institucionais e do Planejamento, Ideli Salvati e Miriam Belchior, e com secretários do Ministério da Fazenda, para tratar do financiamento da Saúde. “Ajeita os 10%, seu Humberto”, pediu o ainda esperançoso delegado Leandro de Andrade Ferreira, uma vez que o desfecho bem diferente do que o desejado por ele só se daria dias depois.

CABELO EM PÉ

Para o secretário de saúde da Bahia, Jorge Solla, a criação de um imposto ou fonte de contribuição fixa para a Saúde é fundamental para resolver o problema do desfinanciamento. “O fim da CPMF e a não criação da CSS representaram enorme derrota para a Saúde. Pior ainda foi a ideia passada à população de que a Saúde não precisa dessa contribuição”, criticou Solla, substituindo na mesa de debate o governador do estado Jacques Wagner, que, devido ao atraso dos diálogos temáticos, não pode participar, mas conseguiu deixar um recado breve aos delegados, afirmando defender a CSS e a EC 29 com uma porcentagem fixa para a União. “O PIB não é suficiente. Esse ano, por exemplo, ficará em 3,2%. Ancorar o financiamento à receita fiscal deixa muitos de nós de cabelo em pé. A Bahia tem feito um exercício de criatividade e destinado 13,77% de seus recursos para a saúde”, disse, sob fortes aplausos. Segundo Solla, a CSS tem dupla vantagem: “A arrecadação é fácil de ser aplicada e serve de mecanismo de fiscalização, evitando sonegação fiscal ou lavagem de dinheiro”.

CINCO MAIS

Se o maior problema é a falta de dinheiro, sugestões para obter mais recursos não faltam, como mostrou Gilson Carvalho. Entre elas, fim das renúncias fiscais do imposto de renda, que, segundo ele, levam a perda de R\$ 12 bilhões todos os anos, cobrança efetiva do ressarcimento dos planos de saúde, incremento da taxa sobre itens danosos à saúde ou que geram alto custo para o SUS, como

fumo e álcool, tributação dos jatinhos, helicópteros, iates e lanchas de luxo, com imposto similar ao Imposto sobre a Propriedade de Veículo Automotor (IPVA), redução da taxa de juros da dívida pública, vinculação prospectiva de recursos como os do Pré-Sal, obrigar, em lei, que o valor declarado da terra para pagamento do ITR (Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural) seja o valor assumido pela União nos processos de desapropriação, tributação da remessa de lucros ao exterior, taxa sobre as grandes fortunas e criação de tributo específico para o SUS.

Gilson concluiu sua apresentação citando, mais uma vez, sua Lei dos Cinco Mais: “Precisamos de mais Brasil, mais saúde, mais eficiência, mais honestidade e mais dinheiro”.

TAXAÇÕES

O presidente da Central Única dos Trabalhadores (CUT), Artur Henrique da Silva Santos, foi outro a fazer comparações entre os gastos com saúde nos diferentes países. “Cuba gasta 86% do PIB, Alemanha, 88%, Argentina, 48% e Brasil e EUA, 46% e 44%, respectivamente”. Segundo ele, a partir de dados da OMS, o gasto público *per capita* no mundo é de 524 dólares por ano, enquanto, no Brasil, é de 385 dólares por ano. “Para alcançarmos a média, precisaríamos de mais 139 dólares por pessoa”, calculou.

Ele defendeu as propostas apresentadas por Gilson, como a criação do imposto sobre grandes fortunas. “Queremos cobrar da *minoría da minoría* da população”, justificou, apontando que as cinco mil famílias mais ricas do país detêm mais de 3% da renda total nacional, equivalente a 40% do PIB. Outras 300 mil famílias têm patrimônio de cerca de R\$ 4,1 bilhões, correspondendo a 50% da riqueza brasileira. “Se houver uma taxa de apenas 1,5% sobre isso, seriam arrecadados mais de R\$ 40 milhões”, apontou o sindicalista, que também defendeu a taxa sobre remessa de lucro das transnacionais ao exterior. “No ano passado, foram R\$ 34,55 bilhões de remessa de lucro para as matrizes dessas empresas”, informou o sindicalista. “Usam o discurso de que, se taxar, muitas empresas irão

FALA, DELEGADO

“Que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra avance, comportando lei que garanta acesso à saúde dos povos das religiões de matriz africana”.

Renilda Bezerra de Albuquerque, Mãe Renilda, da Paraíba — segmento de usuários



embora. Irão para onde? Para a Europa em plena crise?”, indagou.

Outra fonte de recursos viria, segundo ele, da taxação dos meios de transporte, a exemplo do que ocorre com os automóveis. “Hoje quem tem carro, mesmo simples, paga imposto. Mas quem se locomove de helicóptero, jatinho e lancha, não. Temos que enfrentar isso de uma vez por todas”, afirmou, acrescentando que, para isso, será preciso fazer uma reforma política. Afinal, parte das cinco mil famílias mais ricas financiam candidatos de todos os partidos”, observou.

REFORMA TRIBUTÁRIA

Consultor técnico da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin), o professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) Francisco Fúncia afirmou que um dos caminhos para melhorar o financiamento da Saúde é rever o projeto de reforma tributária que tramita hoje no Congresso Nacional. Segundo ele, o projeto não dá mais conta das necessidades gerais do país, muito menos do setor Saúde. Para ele, a questão passa pela não extinção das contribuições sociais como fontes próprias do orçamento da Seguridade Social. “A reforma propõe a construção do Imposto de Valor Adicionado (IVA) e retira algumas contribuições vinculadas à Seguridade Social, uma grande conquista da Constituição de 1988”, explicou.

Também em relação à reforma tributária, Fúncia defendeu aumento da tributação direta – sobre o patrimônio, a renda e a riqueza – e redução da tributação indireta – sobre a produção e o consumo. “Quando se fala em aumentar tributos, a primeira reação da população é dizer que não, que já paga muito imposto. Isso é verdade. Se aumentarmos a carga, dentro da estrutura que temos hoje, quem vai pagar mais é quem já está pagando. Ou seja, quem tem menos. É preciso onerar mais os mais ricos”, disse, propondo em seguida aumentar no imposto de renda as faixas de renda tributáveis e a quantidade de alíquotas.

Para ele, o desafio do financiamento diz também respeito à atenção básica. “Porta de entrada do SUS, a atenção básica necessita de mais recursos. Entre 1999 e 2005, tivemos aumento da média e da alta complexidade maior que da atenção básica”, criticou. Ele defendeu que 15%, no



Se aumentarmos tributos, na estrutura que temos, vai pagar quem tem menos. É preciso onerar os mais ricos

FRANCISCO FÚNCIA

mínimo, dos recursos do Ministério da Saúde sejam transferidos aos municípios, pelo critério *per capita*, e que sejam destinados à atenção básica. Recomendou ainda que despesas com farmácia popular, por exemplo, não entrem na conta da aplicação mínima. “Por fim, é preciso superar a lógica do piso *versus* teto para o processamento de financiamento”, sugeriu.

RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Qualquer que seja a proposta, para Humberto Costa, somente atenderá as necessidades da Saúde se houver uma lei de responsabilidade sanitária, nos moldes da existente Lei de Responsabilidade Fiscal. “Precisamos fazer com que as decisões e pactos tenham um valor legal, permitindo à população cobrar. De que adianta estabelecer uma meta de redução de mortalidade infantil, por exemplo, se não há responsabilização da gestão?”,

questionou. Segundo ele, a única sanção possível hoje é justamente a que prejudica a população: “O corte de recursos”. Para ele, a lei de responsabilidade sanitária deveria valer para secretários de Saúde e também para prefeitos, governadores e presidentes da República.

Costa também criticou os subsídios indiretos ao sistema suplementar de saúde, através do abatimento dos gastos com planos de saúde no imposto de renda. “Temos que lutar para acabar com isso”, concluiu, defendendo ainda uma lei que regulamente o setor suplementar, obrigando os planos de saúde a garantir cobertura integral aos seus usuários. “Quem muitas vezes vai dar conta de alguns serviços de média e alta complexidade é o SUS”, disse.

A Lei de Responsabilidade Fiscal e o efetivo ressarcimento dos planos de saúde ao SUS também foram defendidas por Jorge Solla. “Não conseguimos viabilizar isso até hoje. Boa parte da população que paga planos de saúde acaba no fim utilizando o SUS”, observou, citando como exemplo a vacinação, o controle do mosquito da dengue, tratamentos de HIV/aids, hemodiálise etc. “Não conheço um plano de saúde que mate mosquito”, reforçou.

PROTESTOS

O secretário de Saúde da Bahia gerou protestos na plateia, no entanto, ao citar as fundações estatais de direito privado como um modelo pertinente. Para ele, devido às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, é necessário modernizar a gestão e aderir a mecanismos alternativos. “Para que o Estado seja mais eficiente, precisamos lançar mão de ferramentas como as fundações públicas que irão permitir um processo mais democrático e transparente”, defendeu, contrariando a plateia. Para ele, não se deve misturar organização social com fundação estatal como se elas fossem a mesma coisa. “Precisamos discutir as vantagens e desvantagens do mecanismo e não taxar imediatamente de privatização do SUS”, recomendou. (Katia Machado)

“Sou contrário a qualquer proposta de privatização do SUS. Nosso sistema de saúde é universal. Que a Emenda Constitucional 29 seja aprovada, pois garante o direito à saúde de todos nós”.

Antônio Andrade de Souza, deficiente visual, Tabatinga (AM) – segmento de usuários



DIALOGO TEMÁTICO
**Relação público X
 privado e os desafios
 da gestão do SUS**

A Reforma Sanitária trazida à tona

Um resgate dos preceitos da Reforma Sanitária pautou as falas dos participantes da mesa temática Relação público X privado e os desafios da gestão do SUS. Em apresentação contundente, a professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Maria Inês de Sousa Bravo, que integra a Frente Nacional contra a Privatização, ressaltou o papel complementar e não de protagonista que o sistema privado deveria ter na saúde, de acordo com a Constituição. “Temos hoje



“Temos dois projetos em disputa: o da Reforma Sanitária e o privatista, vinculado ao mercado

MARIA INÊS DE SOUSA BRAVO

dois projetos em disputa na Saúde”, apontou Maria Inês. “O da Reforma Sanitária dos anos 1980, que defende a saúde como direito de todos e dever do Estado, e o projeto privatista vinculado ao mercado”. O primeiro projeto, analisou, previa democracia

de massa, ampliação dos direitos sociais e fim das injustiças sociais. O projeto privatista, por sua vez, engloba democracia restrita, com restrição também dos direitos sociais e o Estado se retirando de suas obrigações, descreveu. “Estado mínimo para as questões sociais e Estado máximo para o capital”, comparou, sendo aclamada pela plateia.

‘REFORMA FLEXIBILIZADA’

Maria Inês localizou, ainda, um terceiro projeto, “da Reforma Sanitária flexibilizada”, como nomeou, referindo-se a “alguns autores da Reforma Sanitária que tentaram abrir mão de algumas bandeiras”. Estes, apontou a professora, não defendem mais as bandeiras dos anos 80. “E o que eu quero defender são essas bandeiras”, enfatizou. “Na crise do capital, está na hora de se recolocar o socialismo. O capitalismo humanizado não é suficiente”, considerou.

Apontando um “apassivamento do controle social”, Maria Inês observou que as conquistas do SUS estão sendo destruídas, por dentro e por fora. “Um SUS público, estatal, sob administração direta, é o que a 14ª deve defender”, conclamou, recebendo mais aplausos da plateia, que gritou as palavras de ordem: “Fora fundação!”, “Fora terceirização!”. Para Maria Inês, as Oscips, fundações e a empresa brasileira de serviços hospitalares são “formas mascaradas” de se privatizar o setor público. “Qual é o interesse, que não o econômico, de mercado, da busca do lucro?”, indagou.

A professora informou que há documentos mostrando que as OSs têm causado desvios de recursos públicos e prejudicado a população, pois têm sido detectados nos estados e municípios problemas de acesso e qualidade. “Foi eliminado o concurso público para contratação de pessoal”, apontou.

MOVIMENTOS CONTRA-HEGEMÔNICOS

Ela lembrou que existem movimentos contra-hegemônicos, defendendo a saúde e o SUS da forma como foi concebido, fóruns de saúde

contra a privatização, que procuram trazer à tona novamente as questões da Reforma Sanitária dos anos 80. Ela lembrou que a Reforma Sanitária tinha outras propostas além da de universalização, pensava a saúde como melhores condições de vida e de trabalho, associada à seguridade social e prevendo aspectos mais abrangentes, como reforma agrária, reforma urbana, para que as condições de vida pudessem ser garantidas.

“Saúde, democracia, socialismo. À vitória, companheiros!”, conclamou, para finalizar, com a leitura dos dizeres de um panfleto em defesa do SUS, que circulou pela conferência: “O SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido não se troca e não se vende”.

LEGISLAÇÃO OMISSA

O médico sanitário Fausto Pereira dos Santos, assessor especial do ministro da Saúde, citou a legislação, incluindo artigos da Constituição, para analisar a relação público-privado na Saúde, identificando aí uma “lacuna legal”. Ele apontou o artigo 197, segundo o qual as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público regulamentar e fiscalizar, considerando haver, no entanto, nesse artigo, assim como no anterior, 196, uma concessão ao privado, no trecho final (“devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”). O artigo 199, por sua vez, “cobrou a fatura”, ao afirmar que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. “A ideia de saúde complementar é falsa”, afirmou Fausto.

Ele lembrou, ainda, que, na Lei 8.080 (Radis 95 e 109), mais uma vez, os legisladores passaram ao largo da regulamentação do setor privado e que na discussão da Lei 9.656, que regula os planos de Saúde, no Congresso Nacional, em 1998, também não se abordou como se daria a inter-relação entre público e privado. “A lei voltava-se

FALA, DELEGADO

“O fato de não poder haver mudança na redação das propostas impediu um aprofundamento das discussões. Mas achei fantástico participar da conferência nacional”.

Vânia Machado, coordenadora do Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Educação do Ensino Superior, Natal (RN) — segmento de trabalhadores



exclusivamente a regulamentação da prestação de serviço pelas operadoras”. Para Fausto, a legislação brasileira na definição do papel do setor privado é omissa.

Essas lacunas nas leis, analisou Fausto, levaram a um contexto no qual 3,8% do PIB brasileiro são públicos e o restante, privado. E o gasto privado tem baixa regulação pelo Estado. “O país tinha em dezembro de 2010 mais de 46 milhões de brasileiros com planos de saúde médico-hospitalares, cerca de 24% da população”, citou.

Para Fausto, as duas agências que regulam os gastos em saúde no país, a Agência Nacional de Vigilân-

regulado leva a uma forte pressão sobre os dois setores.

FORTE PRESSÃO

No âmbito da urgência e emergência, também há distorções, analisou, uma vez que o atendimento nesses casos é feito pelo setor público, seja para quem tem, seja para quem não tem plano de saúde. Um exemplo é a “epidemia de acidentes de motocicletas e carros” e o envelhecimento da população, que vêm aumentando a pressão sobre o setor. “É preciso encontrar formas de essas mudanças contribuírem para o financiamento da Saúde”, alertou. “Buscar um nível de compensação é um processo complexo, judicializado, com resultados que estão aquém do que gostaríamos”.

As distorções ocorrem também no sistema de transplantes, que igualmente precisa ser alvo de discussão. “Existe fila única para os transplantes, mas quem tem plano de saúde tem acesso mais rápido aos exames e consegue a realização mais rápida do procedimento”.

Para enfrentar esses desafios, contra as distorções, geradas “por inércia, inépcia e omissão”, Fausto propõe garantir a gestão pública do sistema; não permitir a dupla porta, geradora de iniquidades, em um sistema que tem a generosidade do SUS; profissionalização da gestão; valorização dos trabalhadores de saúde, com seleção pública e concurso público, para garantir o processo republicano; e defesa do projeto de lei de Responsabilidade Sanitária. “Na Lei Orgânica isso é frágil”.

RESGATE

Para a gestora do SUS Aparecida Linhares Pimenta, secretária municipal de Saúde de Diadema (SP) e vice-presidente do Conasems, é preciso resgatar quais os aportes políticos que os atores da Reforma Sanitária e 8ª Conferência Nacional de Saúde fizeram em relação ao SUS. “É preciso lembrar o que estava nessas pautas. Pensávamos na saúde com um valor. Contraindo-se à ideia de saúde como mercadoria”,

apontou, considerando que hoje o país tem dois sistemas de saúde, não um único. “Um é o SUS e o outro é o privado suplementar, que cada vez cresce mais. Classe média, servidores públicos, trabalhadores e sindicalistas têm plano privado. E os 30 milhões que saíram da miséria, para onde vão?”, analisou.

Aparecida fez uma análise histórica dos caminhos percorridos pela Saúde no país, apontando as crises sucessivas que se deram desde que o SUS foi criado. “Pensávamos a saúde dentro da Seguridade Social e considerávamos que tínhamos que fazer uma profunda reforma do Estado.



Há lacunas nas leis. A legislação brasileira na definição do papel do setor privado é omissa

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

cia Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde (ANS), fazem isso mal. Ele apontou ainda as distorções relacionadas à renúncia fiscal: são 7,5 bilhões a 8 bilhões gastos por ano em planos de saúde. E as empresas e os indivíduos podem abater esses gastos do Imposto de Renda. “Vem crescendo o número de usuários de planos de saúde no país. É o segundo objeto de desejo do grupo social ascendente”, observou.

Outro aspecto importante da interface entre os dois subsistemas, público e privado, apontou Fausto, é que o processo fragmentado e pouco



Pensávamos a saúde dentro da Seguridade Social e considerávamos fazer uma profunda reforma do Estado

APARECIDA LINHARES PIMENTA

Mas, depois do SUS, tivemos [o presidente Fernando] Collor de Mello. E, na época de Itamar [o presidente Itamar Franco], dizia-se que o SUS ia acabar”, levantou, lembrando, ainda, do período em que a Economia teve à frente o ex-ministro da Fazenda, do governo Sarney, Luiz Carlos Bresser Pereira, e se defendia o Estado mínimo, “considerando-se que tudo o que era público não prestava”.

Para Aparecida, as reformas do Estado brasileiro se deram em sentido inverso ao desejado, dificultando que

As propostas vieram mascaradas para a Nacional. Aprovamos a redação de um texto e esse texto estava modificado.

Fabiano Darcin, farmacêutico, Manuel Ribas (PR) – segmento de trabalhadores



estados e municípios construíam o SUS. “Na medida em que o SUS não se consolidou, a classe média começou a ir para o plano de saúde, acarretando o crescimento do privado”, analisou.

MUNICÍPIOS

“Quais eram as apostas ao longo de 20 anos de SUS? Descentralizar o poder e construir a gestão comparitilhada e direitos iguais aos entes federativos”, observou, considerando que o Ministério da Saúde sempre teve desconfiança em relação aos municípios, expressa em milhares de portarias para controlar as instâncias municipais. Ela apontou outras dificuldades de se construir um sistema universal de Saúde, lembrando que os demais países que foram por esse caminho (*Radis* 99) são do tamanho de um único estado brasileiro.

“Há dificuldade de os estados assumirem seu papel e dos gestores municipais de assumir a gestão em sua integralidade, sendo necessário investir na formação de milhares de gestores públicos para cuidar do SUS nos municípios”.

Aparecida apontou, ainda, o subfinanciamento permanente do sistema e a política de formação de recursos humanos para o SUS como outras fontes de problemas. “Muitos vêm trabalhar com a lógica do setor privado, com a lógica dos hospitais”, observou. “A forma de calar nossa boca é privatizando o sistema, não fazendo concurso público”.

ASSISTÊNCIA AO SUS

A mesa contou ainda com o superintendente geral da Santa Casa de Belo Horizonte, Porfírio Marcos Rocha Andrade, que tratou do novo papel que as instituições não públicas podem ter na prestação de assistência no SUS, destacando o papel estratégico do setor hospitalar filantrópico. Ele anunciou o projeto *1.000 Leitos SUS*, que vai transformar o Hospital Central da Santa Casa em unidade assistencial totalmente dedicada ao atendimento do Sistema Único de Saúde. Foram mapeadas as demandas do SUS e os leitos do hospital passaram

a atendê-las. “Fecharam-se os leitos que atendiam outras demandas para nos concentrarmos nessas demandas detectadas”, contou Porfírio.

Ele defendeu as instituições filantrópicas como essenciais para a continuidade da prestação de serviços de saúde gratuitos no país, lembrando que essas instituições foram as precursoras da assistência hospitalar e formaram patrimônios expressivos. Registrou, ainda, que 54 faculdades de Medicina, em todo o país, estão ligadas a essas instituições, mantendo cerca de 3 mil vagas para residência médica, e 56% das instituições filantrópicas são o único ponto de atendimento dos municípios onde estão localizadas.

“Desprezar essa estrutura é deixar de lado um grande patrimônio, que tem que ser usado com eficiência”, observou, acrescentando que 41% das internações do SUS são realizadas em hospitais filantrópicos.

Porfírio observou, ainda, que gastar muito com saúde não leva a obter bons resultados, necessariamente. “Os Estados Unidos gastam 22% a mais que Luxemburgo, segundo colocado em prestação de serviço de saúde, e 49% a mais que a Suíça, terceira colocada. No entanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, está em 37º lugar”, apontou.

Para Porfírio, o setor público deve ter na rede privada a garantia de prestação de serviços públicos, o que gera necessidade de regulação mais forte, de modo a fazer valer o interesse público e a garantia do acesso universal.

Coordenador da mesa, o secretário geral da 14ª CNS, Francisco Batista Júnior observou que o tempo já mostrou que não é possível construir um sistema universal de Saúde com a lógica de mercado. Para ele, a privatização no SUS ocorre de formas variadas e sutis. “Superar o dilema da privatização é não só combater a terceirização, mas dar conta das questões que temos dentro da administração direta. O que temos dificuldade de entender são companheiros que estavam na nossa trincheira e que agora não estão mais”. (*Eliane Bardanachvili*)

Dialogo Temático
A integralidade e as
redes regionais de saúde

Integração de ações e serviços: um foco na matriz do SUS

As regiões de saúde ganharam reforço com o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8080 (*Radis* 109). Publicado em junho de 2011, o texto ainda é pouco conhecido dos militantes do setor e, por isso, foi tema de um diálogo temático na conferência – *A integralidade e as redes regionais de saúde*.

A advogada sanitária Lenir Santos, que contribuiu para a elaboração do decreto, explicou que a integralidade é a matriz do SUS, pois trata da integração de ações e serviços em rede, de acordo com sua complexidade, formando um sistema único.

Esse princípio deve ser colocado em prática nas redes de atenção das regiões de saúde, de forma ordenada, por meio da oferta a todos pelo menos dos serviços listados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), com os recursos estabelecidos pela Emenda Constitucional 29.

O Decreto nº 7.508 define as regiões de saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

DIREITO IGUAL

Para ser instituída, uma região precisa contar com serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, no mínimo. “É uma forma

FALA, DELEGADO

“Na comissão de organização da conferência não havia pessoas entendidas em acessibilidade universal. As propostas da 14ª foram bem contempladas, houve avanços. Mesmo estando errados, reconheceram e se propuseram a melhorar”.

Luís Maurício Alves dos Santos, militante dos direitos das pessoas com deficiência, DF



de garantir direito igual aos cidadãos, já que alguns municípios pequenos não conseguiriam oferecer tantos serviços”, explicou Lenir.

Consultora do Ministério da Saúde, ela ainda apontou outros ganhos: escala, racionalização, eficiência. “Nenhum município é capaz de oferecer da vacina ao transplante sozinho; é preciso uma região organizada para se conseguir dar conta de todas as necessidades de saúde dos cidadãos”.

Com o novo texto, a atenção primária passou a ser de fato considerada a ordenadora do sistema nas regiões de saúde, controlando o acesso aos demais níveis de complexidade. Outra novidade do decreto é a figura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que deve estabelecer responsabilidades individuais e solidárias dos integrantes de uma região, com relação a ações e serviços de saúde, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados, forma de controle e fiscalização.

INSUFICIÊNCIA

Ao avaliar o relatório preliminar da própria conferência, a professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ) Maria de Fátima Andreazzi identificou sinais de que as redes ainda não funcionam como deveriam.

Propostas falavam em “garantir implantação das redes”, “aumentar número de vagas hospitalares”, “ampliar serviços de saúde bucal”, “destinar mais recursos para média e alta complexidade”. Para Maria de Fátima, “são indicações de que o que existe hoje não é suficiente”.

A professora apresentou um diagnóstico do SUS, feito a partir da análise de outras pesquisas. O primeiro problema apontado foi o subfinanciamento, agravado por mecanismos como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite ao governo destinar 20% dos recursos da saúde a outras pastas. No âmbito da oferta de serviços, ela criticou a lenta expansão da rede e a forte dependência do SUS em relação à atenção privada para

coberturas assistenciais. “Essa relação se concretiza por meio de parcerias sem concorrência, o que deixa o SUS refém do monopólio privado em alguns estados”, disse.

Outro alvo foram unidades de saúde auto-suficientes e competitivas, especialmente Unidades de Pronto Atendimento e as geridas por organizações sociais. “Esse modelo dificulta



Nenhum município é capaz de oferecer da vacina ao transplante sozinho; é preciso uma região organizada

LENIR SANTOS

a integralidade: deveria haver colaboração em vez de competição entre unidades”, observou. “As OSs têm plano de negócio para sobreviver; se não for lucrativo encaminhar um paciente, elas não encaminham”.

ABISMO

Decreto explicado por Lenir e diagnóstico do SUS feito por Maria de Fátima, coube ao pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e presidente do Grupo Pela Vidda, Mario Scheffer, juntar as duas pontas. Sua questão: o decreto vai conseguir reduzir o abismo entre o SUS ideal e o SUS vivido?

Scheffer partiu da constatação de que os delegados compartilhavam alguns princípios: não excluir nenhum

cidadão, oferecer atenção à saúde a partir da necessidade e não da capacidade de pagamento. “O SUS que sonhamos seria expressão de dupla solidariedade, entre cidadãos ricos e pobres, entre saudáveis e doentes, entre moradores de grandes centros e grotões”.

O pesquisador criticou o decreto por aquilo que omite, e não pelo que estabelece. O texto não fala, por exemplo, em controle social. Não define quais serão os parâmetros para a avaliação de desempenho e não trata da assistência privada.

“Vamos precisar de muito controle social para impedir que as regiões ofereçam pacotes básicos de serviços”, disse, em referência à Renases e à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que listam serviços e medicamentos de oferta obrigatória. O receio, explicou, é que se limite a universalidade, que se nivele por baixo a oferta. “Não queremos meia cidadania, queremos SUS por inteiro”.

CRISE DE CONFIANÇA

Na opinião de Scheffer, o SUS vive uma gravíssima crise de confiança, provocada pelo conflito entre inspiração de igualdade e vontade de compra. “Planos de saúde são a prioridade dos sindicatos”, lembrou. Ele disse ver um processo de empobrecimento da oferta de serviços, em que as bases do sistema são solapadas pela falta de financiamento, e de entrega do SUS ao privado de canto a canto.

“Leis a mando do executivo, que não está aqui com a gente para debater, vêm desfigurando o SUS por interesses particulares”, lamentou, fazendo referência à reserva de leitos em hospitais públicos para pacientes de planos privados em São Paulo e às organizações sociais. “As soluções para o SUS têm de ser adaptadas às necessidades das pessoas e não às restrições dos gestores”, defendeu.

Scheffer conclamou os delegados a sair da conferência com “moratórias para estancar a sangria do público para o privado” e a pensar se o SUS será “um amontoado de organizações com fins lucrativos que veem a saúde como negócio, ou um motivo de orgulho para os brasileiros”. (Bruno Dominguez)

“Desde os cinco anos acompanhava minha mãe nas conferências. Concordo plenamente que médico não é o ator principal em uma equipe de saúde. O cuidado e deve ser centralizado no paciente.”

Daniel Rocha, pediatra, sanitarista, convidado na 14ª, sua primeira conferência nacional, Campinas (SP)



14ª na balança



DISPUTA POR PROTAGONISMO

A presença da sociedade foi a forte marca da conferência. Reunimos o máximo possível de segmentos sociais, muitos dos quais tradicionalmente estavam ausentes. Por exemplo, tivemos as travestis como mestres de cerimônia na abertura e também delegados com deficiência mental que se manifestaram durante as votações.

A metodologia da 14ª foi outro ponto positivo, pois respeitou as deliberações locais, vindas das etapas municipais e estaduais, ao não permitir modificações nos textos e a apresentação de propostas inéditas. A nacional se organizou a partir delas, mostrando que é localmente que as pessoas têm acesso ao sistema e que é daí que se devem determinar os caminhos.

Por outro lado, o ponto negativo foi a disputa por protagonismo, que se materializou em entraves desnecessários. Eu vi cópias do relatório consolidado sendo jogadas na lixeira por pessoas que queriam inviabilizar a plenária final. O debate sobre a validade da carta foi provocado não por críticas ao conteúdo, mas por críticas ao processo. A apreciação do texto na plenária final deu voz aos segmentos que foram derrotados não em posições, porque todos tínhamos posições comuns, mas na busca por protagonismo.

Grande representatividade, ampla participação, respeito ao que foi aprovado nas instâncias municipais e estaduais, metodologia acertada, foram muitos os pontos positivos da 14ª CNS, consideraram seus participantes e organizadores. Não faltaram, entre eles, porém, críticas ao evento, seja por conta da *Carta à Sociedade Brasileira*, em seu conteúdo e na forma com que foi apresentada; seja por uma disputa de poder que teria polarizado parte do Conselho Nacional de Saúde e a organização da conferência; seja por um corporativismo dos delegados, envolvidos com as próprias causas. Essas foram algumas conclusões colhidas pela *Radis*, que ouviu alguns dos que estiveram à frente dos trabalhos.

A carta foi uma sugestão do relator Gastão Wagner, para imediatamente prestar contas à sociedade do que a conferência decidiu em seu nome – sem ter de esperar a consolidação do relatório final, que acabou ficando pronto menos de 15 dias depois. A carta resume o que o relatório depois aprofunda. Essa ideia foi discutida nas reuniões da comissão organizadora e com estados por meio de videoconferências. O texto reuniu contribuições de diversas entidades do setor, ali contempladas.

JUREMA WERNECK
COORDENADORA GERAL DA 14ª E CONSELHEIRA
NACIONAL DE SAÚDE

A 14ª reforçou que saúde não é mercadoria, portanto não deve ser operada ou gerida pelo mercado, e sim pelo Estado.

De negativo ficou a famosa carta, em mérito e forma. Não me oponho a divulgarmos uma carta que reafirme as principais deliberações da conferência, me oponho a essa carta, que não foi discutida e que esconde decisões dos delegados. Entre as falhas do texto está a ausência de menção a OSs, Oscips, fundações e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que foram rejeitadas nos grupos. A carta fala em regular a relação entre o público e o terceiro setor, quando os delegados se posicionaram contra qualquer parceria.

RUTH BITTENCOURT
CONSELHEIRA NACIONAL DE SAÚDE, DELEGADA,
REPRESENTANDO O CONSELHO FEDERAL DE
SERVIÇO SOCIAL



REJEIÇÃO À PRIVATIZAÇÃO

A metodologia foi o ponto alto: as propostas foram separadas por diretrizes, as conferências municipais e estaduais precisaram eleger temas prioritários para levarem à nacional e as questões locais ficaram restritas às etapas anteriores, entre outras novidades. A nacional foi o fechamento de um ciclo que começou em abril, com as conferências municipais, levando uma agenda de lutas pelo país.

O principal consenso foi a rejeição à privatização em todos os níveis. A defesa de um SUS 100% público e estatal foi tão forte que essa questão nem precisou chegar à plenária final.



GRANDE EXPECTATIVA

Havia uma grande expectativa em torno dessa conferência, de que pudéssemos não somente realizar um evento de qualidade, mas também conseguir convencer mais setores da sociedade brasileira a se engajarem na defesa do SUS, trazer a população para o nosso lado. Durante as etapas municipal e estadual, já era possível perceber que, ao contrário

do planejado, essa vinha sendo uma das conferências mais silenciosas dos últimos tempos — pouca divulgação, sem cobertura da imprensa. Também era possível notar um movimento muito forte de governo para tentar manter seu controle. Controle que ficou óbvio na etapa nacional: já na abertura, o ministro Padilha falou por mais de uma hora.

Em função de má condução, a votação do regulamento se tornou um drama, com o plenário tenso, com clima de desconfiança. A consequência foi a interrupção dos trabalhos para sua continuidade no dia seguinte, de forma não democrática, sem nenhum debate, autoritária.

Chegaram a falar que havia um grupo organizado por mim para inviabilizar essa conferência, quando na realidade trabalhei pelo sucesso dela. As alterações que a Frente Contra a Privatização defendia no regulamento foram levadas por mim à comissão organizadora antecipadamente e foram acatadas sem problemas. Ajudamos nas mesas, nos grupos. O governo queria manter tudo sob seu controle e a gente achava que esse não era o caminho.

Nos grupos, o debate ficou muito limitado pelo tempo, os delegados não tiveram oportunidade de discutir com profundidade as polêmicas do setor. E, na plenária final, deu-se o que não poderia ter se dado. No sábado (3/1), por volta das 22h30, fui convocado pela presidente da entidade que represento no CNS para conversar sobre a carta. Eu não sabia da carta e a comissão organizadora parecia já saber há muito tempo, o que me leva a crer que fui excluído de todo o processo. Essa carta não constava do regulamento, não foi discutida na conferência, nos grupos.

Encontrei-me com o ministro Padilha e disse a ele que era contrário ao texto, porque fala em um SUS sem terceirização da gestão, mas abre brecha para a terceirização da gerência. O ministro me respondeu que iríamos ficar isolados, já que outras entidades tinham apoiado a carta. Procurei a Frente e sugeri que redigíssemos um documento dos trabalhadores do fórum. Nossa intenção não era impedir a aprovação da carta, mas sim lançar uma carta alternativa.

O que aconteceu na plenária final eu nunca vi acontecer antes: uma iniciativa equivocada e ilegal, levada a frente pelo próprio ministro da Saúde, que assumiu a coordenação da mesa no momento em que percebeu que estava perdendo controle sobre a conferência. Para mim, o grande objetivo

do governo com a carta era mascarar as derrotas políticas importantes que sofrera ali: a rejeição a fundação, empresa de serviços hospitalares, organização social...

O governo fez a divulgação de um documento que nem ele próprio leva em consideração, já que não batalhou para aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional 29 com os 10% — um ponto que está na carta, incluído a pedido de outras entidades e acatado para não inviabilizar sua aprovação.

FRANCISCO BASTISTA JÚNIOR
CONSELHEIRO NACIONAL DE SAÚDE, SEGMENTO
DOS TRABALHADORES, E SECRETÁRIO GERAL DA
14ª CNS



FRATURA

A renovação do público é um aspecto positivo. Para os cerca de dois terços dos delegados que participaram pela primeira vez do evento, a experiência de gestão participativa é um bem em si mesmo. Isso aumenta a vivência do SUS. Mas não estou otimista com os caminhos do controle social vem tomando. O discurso contido nas resoluções da 14ª CNS é muito antagônico ao discurso dos gestores. Não vejo disposição dos governos em acatar decisões expressas no documento final ou na carta resumindo os princípios norteadores indicados no relatório. Há uma fratura entre os produtos da CNS e a forma como vem sendo conduzido o SUS. Quatro pontos específicos chamam atenção pelo entrave: subfinanciamento; modelo de gestão, considerado inadequado pela fragmentação e falta de integração entre as esferas de governo e entre os diferentes estados e municípios; ausência de uma política unificada de pessoal para o SUS; e sérios problemas de iniquidade, renda, etnia e gênero, que vão além das questões de acolhimento e acesso. A conferência foi enfática em apontar a insatisfação nesse aspecto, mas não vislumbramos políticas públicas efetivas.

Notei uma ausência de médicos e de suas entidades representativas,

apesar de a profissão ter participação de 25% do total de trabalhadores da Saúde. Houve, ainda, um esvaziamento da participação de gestores e do movimento sanitário.

A atitude de parte do público de delegados, ao fazer objeções a 90% dos pontos do regimento interno, foi de agressividade, aspereza e cretinismo parlamentar. Foi uma estratégia de delegados ligados a sindicatos, mais parte da delegação da Paraíba e grupos que se dizem à esquerda do atual Governo Federal. A conferência está parecida com o Parlamento, cada grupo preocupado com suas causas específicas ou corporativas. Por causa dessa estratégia de protelação, a direção do Conselho Nacional voltou atrás da idéia de propor a votação de uma carta final. Ainda no Conselho Nacional de Saúde propus a redação de uma síntese do relatório em linguagem não técnica, fora do sanitarismo, que pudesse ser compreendida mais facilmente pela mídia e pelo público. Essa redação seria feita por um comitê aprovado em plenária, e me candidatei para fazer parte desse grupo. Mas, durante a conferência, com os ânimos exaltados após o episódio da votação do regimento, isso não foi feito. Delegados ligados a gestores, representantes do ministério e de municípios fizeram várias reuniões e decidiram propor a carta em plenária. Eu participei de uma dessas reuniões e vi que o conteúdo da carta não estava ruim, mas não assinei por não concordar com a proposição de documento não votado. Considero a carta como uma moção. Não houve violação de regimento. É apenas um resumo das resoluções.

A conferência ocorreu em clima de polaridade e disputa de poder entre os membros do Conselho Nacional de Saúde. A existência de um grupo dissidente dentro do conselho exacerbou o clima e contribuiu para ameaçar ainda mais a efetividade do controle social.

Acredito na gestão tripartite e na forma ascendente de construção do SUS, mas acho que temos que refletir sobre o impasse da gestão participativa. É preciso reconstruir a organicidade do movimento social e reduzir o número de propostas levadas à conferência para cerca de três ou quatro temas, que poderiam ser realmente debatidos. Assim virou uma máquina, sem espaço para o debate.

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
SANITARISTA, RELATOR DA 14ª CONFERÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE

SERVIÇO

EVENTOS

6º CONGRESSO BRASILEIRO DE FIBROSE CÍSTICA

Organizado pelo Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística (GBEFC), o 6º Congresso Brasileiro de Fibrose Cística contará com programação científica abrangente, com apresentação e discussão dos principais temas relacionados à enfermidade em foco. Infecções respiratórias e adesão ao tratamento, avanços na fisiopatologia, complicações gastrointestinais, doença óssea e metabólica, hepatopatia, novos tratamentos, nutrição nas diversas etapas da vida e triagem neonatal, são alguns exemplos. Os temas serão discutidos por palestrantes nacionais e convidados estrangeiros, buscando-se uma visão holística e multidisciplinar.



Data 2 a 5 de maio de 2012-01-25
Local Costão do Santinho, Florianópolis, SC
Mais informações
Site <http://www.cbfc2012.com.br>
Tel 48 3206 3613 e 38799131

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE DESASTRES AMBIENTAIS

O Instituto de Geociências e Ciências Exatas (IGCE) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), campus de Rio Claro, em parceria com o Instituto Geológico, o Serviço Geológico do Brasil, o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais e a Coordenadoria Estadual de Defesa Civil do Estado de São Paulo, realizará o Congresso Brasileiro sobre Desastres Ambientais, com o objetivo de discutir estudos realizados por pesquisadores do Brasil e do exterior sobre grandes desastres naturais, que prejudicam o planeta em sua geodiversidade, a biodiversidade e o meio ambiente.

A programação do evento inclui palestras, mesas-redondas e minicursos. Impactos causados por eventos extremos no Sul do Brasil, climas e eventos extremos em cidades médias e pequenas e os casos de Campinas e Baixada Santista são alguns assuntos a serem abordados.

Data 14 a 17 de maio de 2012
Local IGCE, Unesp Rio Claro, SP
Mais informações
Site www.wix.com/posgeo/evento-sobre-desastres-naturais

INTERNET

AGENTES COMUNITÁRIOS

Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz), de Monica Vieira, Anna Violeta Durão e Marcia Raposo Lopes, reúne artigos trazendo análises das relações entre políticas de saúde, trabalho e educação em saúde no Brasil. Resultado de pesquisa realizada entre 2008 e 2010, pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a obra está disponível na íntegra em www.fiocruz.br/media/livro_epsjv.pdf



PUBLICAÇÕES

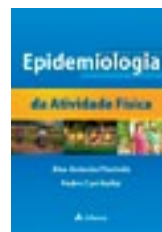
ACESSIBILIDADE TOTAL

Primeiro livro do país publicado em diferentes formatos, para garantir acessibilidade a todos, *Sonhos do Dia*, de Claudia Werneck (WVA Editora), trata da importância da família e da escola na formação da auto-estima social de uma criança. Voltado ao público infantil, conta a história de uma menina que não se conformava em apenas sonhar à noite e vive a aventura de sonhar acordada. O livro foi lançado nas versões impressa em tinta, em braile, DVD com legenda em Libras, DVD com desenhos animados e audiodescrição e em CD, sob a forma de livro falado. Pode ainda ser acessado por leitores de tela. O livro impresso está disponível para venda acompanhado do CD. As versões em braile e em DVD estão disponíveis somente para doação, devendo ser solicitadas na editora.



SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA

Epidemiologia da atividade física (Atheneu), organizado por Alex Antonio Florindo e Pedro Curi Hallal, reúne ensaios sobre a prática da atividade física, tomando-a como referência para o estudo dos conteúdos teóricos da Epidemiologia. Os textos tratam de aspectos históricos, terminologia, critérios de mensuração e recomendações, promoção dessas atividades no Brasil e no mundo e sua importância na prevenção de doenças crônicas e sobre a atividade física no contexto do SUS, entre outros temas. O livro é publicado em um contexto no qual a atividade física se insere no campo da saúde pública como objeto de investigação, de ensino e prática.



PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Políticas de assistência no Brasil e na América Latina (Suplemento 1) integra o volume 18 (dezembro) da revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos (COC/Fiocruz). A edição traz artigos sobre políticas e práticas assistenciais no país, assistência psiquiátrica na primeira metade do século 20 e assistência materno-infantil nas décadas de 1940 a 1960, arquitetura hospitalar no Brasil, a saúde no Chile e a atenção ao parto na Argentina, entre outros temas; mostra imagens da escola do Senai em Curitiba, em 1940 e 1950, e apresenta quatro resenhas de livros. A revista é publicada em versão impressa e também pode ser acessada em http://www.coc.fiocruz.br/hscien-ce/vol18_suplemento.html



ENDEREÇOS

WVA Editora

Tel. (21) 2493-7610 r. 28 ou 29
Email vendas@wvaeditora.com.br
Site <http://wvaeditora.com.br>

Atheneu

Tel. 0800-0267753
Email sal@atheneu.com.br
Site <http://www.atheneu.com.br>



PÓS-TUDO

Carta à sociedade brasileira

Alvo de polêmica, ao final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, por não estar prevista no regulamento e não fazer menção aos mecanismos privatizantes do SUS, a *Carta à Sociedade Brasileira* faz parte do Relatório Final e, assim, trata-se também de um documento do encontro. *Radis* resumiu aqui todos os seus tópicos. A íntegra pode ser acessada no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis) ou no do Conselho Nacional de Saúde (www.conselho.saude.gov.br)

- A Saúde é constitucionalmente assegurada ao povo brasileiro como direito de todos e dever do Estado.
- A Saúde integra as políticas de Seguridade Social.
- Os princípios e as diretrizes do SUS – descentralização, atenção integral e participação – continuam a mobilizar usuários, trabalhadores, gestores e prestadores.
- Construímos o SUS tendo como orientação a universalidade, a integralidade, a igualdade.
- O SUS é um modelo de reforma democrática do Estado brasileiro. É necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em SUS real.
- São os princípios da solidariedade e do respeito aos direitos humanos fundamentais que garantirão esse percurso.
- A ordenação das ações políticas e econômicas deve garantir os direitos sociais, a universalização das políticas sociais e o respeito às diversidades étnico-racial, geracional, de gênero e regional.
- A valorização do trabalho, a redistribuição da renda e a consolidação da democracia caminham em consonância com este projeto de desenvolvimento, garantindo os direitos constitucionais a alimentação

adequada, emprego, moradia, educação, acesso à terra, saneamento, esporte e lazer, cultura, segurança pública, segurança alimentar e nutricional integradas às políticas de saúde.

- Implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas mulheres, crianças, idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, populações do campo e da floresta, ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais.

- As políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial articulando a vigilância em saúde com a atenção básica e financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo.

- Atenção básica como ordenadora da rede de saúde.

- Efetivação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

- Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra com o entendimento de que o racismo é um dos determinantes das condições de saúde.

- Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações.

- Fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

- A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as Vigilâncias em Saúde Estaduais e Municipais.

- Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras drogas, alinhados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira e coerente com as deliberações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

- Aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional 29. A União deve destinar 10% da sua receita corrente bruta para a saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas.

- Eliminação de todas as formas de subsídios públicos à comercialização de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento de mecanismos, normas e/ou portarias para o ressarcimento imediato ao SUS por serviços a usuários da saúde suplementar.

- Gestão 100% SUS: sistema único e comando único, sem dupla porta, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros.

- Promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde.

- Implantar as Mesas Municipais e Estaduais de Negociação do SUS, assim como os protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente em especial o de Diretrizes Nacionais da Carreira Multiprofissional da Saúde e o da Política de Desprecarização.

- O Plano de Cargos, Carreiras e Salários no âmbito municipal/regional deve ter como base as necessidades loco-regionais, com contrapartida dos Estados e da União.

- Adoção da carga horária máxima de 30 horas semanais para a enfermagem e para todas as categorias profissionais que compõem o SUS, sem redução de salário.

- Regulamentação do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Controle de Endemias (ACE), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) com financiamento tripartite.

- Valorização das residências médicas e multiprofissionais, assim como implementação do Serviço Civil para os profissionais da área da saúde.

- Estender de forma permanente o esforço de garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira, sobretudo dos segmentos mais excluídos, determinante para dar maior legitimidade à 14ª Conferência Nacional de Saúde.

- Superar o impasse da incompreensão entre alguns gestores para com a participação da comunidade garantida na Constituição Cidadã e o papel deliberativo dos conselhos traduzidos na Lei nº 8.142/90.

- Compromisso pela implantação de todas as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde que orientará nossas ações nos próximos quatro anos reconhecendo a legitimidade daqueles que compõem os conselhos de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo dos conselhos já conquistado em lei e que precisa ser assumido com precisão e compromisso na prática em todas as esferas de governo, pelos gestores e prestadores, pelos trabalhadores e pelos usuários.

- Somos cidadãs e cidadãos que não deixam para o dia seguinte o que é necessário fazer no dia de hoje. Somos fortes, somos SUS.



Reúna seus familiares e vizinhos para combater a dengue. E cuide da sua casa.

Febre alta com dor de cabeça, dor atrás dos olhos, no corpo e nas juntas, vá a uma Unidade de Saúde.

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES NESTA LUTA.

O SUS está com você no combate à dengue.