

mpd Dialógico

Revista do Movimento do Ministério
Público Democrático - Ano IV - nº13
www.mpd.org.br

Sistema Único de Saúde

Um raio-X da questão

Entrevista com a professora de
direito sanitário Sueli Gandolfi Dallari

MP em ação:
os promotores fazem um balanço do SUS

Terceiro setor:
ONG distribui remédios na zona sul de SP



O programa que mostra a
verdadeira novela brasileira.



TV Aberta - Domingos, às 22h30

TV Justiça - Segundas-feiras, às 21h30 - Terças-feiras, às 15h - Quinta-Feiras, às 12h



SUMÁRIO

EDITORIAL	04
CAPA – SUS: LONGO CAMINHO A SER PERCORRIDO	05
CAPA – A DIFÍCIL PRÁTICA DA DEMOCRACIA	08
CAPA – O MILITANTE DA SAÚDE.....	08
MPD ENTREVISTA – SUELI GANDOLFI DALLARI: SAÚDE, UMA QUESTÃO ECOLÓGICA	09
AÇÃO EM DESTAQUE – UM REMÉDIO PARA TODOS	15
TROCANDO IDÉIAS – “TROCANDO IDÉIAS” INAUGURA QUADRO “ENTENDA DIREITO”	18
MEMÓRIA DO MP – AÇÃO SEM DESASSOMBRO.....	20
EM DISCUSSÃO – GOVERNANÇA E GESTÃO PÚBLICA.....	21
EM DISCUSSÃO – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS SÃO O “PAS DE CASACA”	23
TRIBUNA LIVRE – CONTRA O FORO PRIVILEGIADO	24
MPD RECOMENDA – DICAS DE LIVROS, SITES E FILMES	28
GALERIA – A VOZ DO JÚRI	29
COM A PALAVRA – O SUS NÃO É UMA FARMÁCIA PÚBLICA	30
COM A PALAVRA – A LUTA PELA SAÚDE COLETIVA.....	32
MPD REGISTRA – AS MENSAGENS DOS LEITORES.....	36
MPD REGISTRA – DEZ DICAS PARA CONHECER MELHOR O SUS	36
ABRINDO CAMINHOS – AMPASA: MP UNIDO POR UMA SAÚDE MELHOR	37
EVENTOS – MPD APÓIA: “DIREITO POR UM PLANETA VERDE”	38
EVENTOS – O ESTADO LAICO EM DEBATE NA USP	38
HUMOR	39

me cida
cia
DIREITOS
RESPONSABILIDADE
HUMANIZAÇÃO
QUALIDADE
ESTATÍSTICA
ORGANIZAÇÃO

O SUS E A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. E, logo a seguir, o artigo 198 determina que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que se constitui num sistema único, organizado segundo diretrizes constitucionais. Daí a expressão SUS: Sistema Único de Saúde. As leis 8.080 e 8.142, editadas em 1990, dispõem sobre essas diretrizes.

A construção desse sistema deu-se ao longo de anos de lutas empreendidas por muitos brasileiros, visando à universalização e à equidade, uma vez que somente após a promulgação da atual Constituição o atendimento médico da rede pública passou a ser direito também daquelas pessoas que não mantêm relação de emprego formalmente registrada.

Desde 1988 caminhamos bastante. O SUS vem se desenvolvendo embora não no ritmo necessário. Falta o apoio irrestrito da classe média, que já está percebendo a importância do sistema ao buscar, gratuitamente, os medicamentos de alto custo distribuídos pelo SUS. Se conquistássemos os corações e mentes de toda a população brasileira para essa causa realmente pública, teríamos mais condições de integrar, de fato, todo o território nacional.

O SUS em pleno funcionamento de sua capacidade será a concreta realização de nossa República Federativa.

Todavia, além de enfrentarmos várias barreiras, como a dos interesses privados, temos que nos esmerar na eficiente comunicação com a sociedade brasileira. A questão da linguagem é muito séria e ainda é um grande obstáculo. Ao ouvir o termo “conselhos de saúde”, por exemplo, muitos cidadãos entendem tratar-se de aconselhamento para a melhoria da sua própria saúde, ignorando a real função dessas instâncias que permitem a participação popular.

Há pouco tempo, o atual ministro da Saúde, José Temporão, alertou-nos para esse problema de comunicação social, pois verificou que quando se fala em planejamento familiar a maioria da população entende que é uma referência ao orçamento doméstico.

O Ministério Público – seu próprio nome indica que detém parcela do Poder Público – tem enormes responsabilidades no setor da saúde. Nossa instituição não pode fugir de seu compromisso constitucional com os interesses sociais e do zelo pelos serviços de relevância pública. Aliás, já o vem cumprindo por intermédio de suas inúmeras ações, contribuindo assim para com a melhoria do atendimento da população e com a correta aplicação dos recursos públicos.

mpd Dialógico

DIALÓGICO: DO GREGO DIALOGIKÓS, ADJETIVO. RELATIVO A DIÁLOGO; EM FORMA DE DIÁLOGO; DIALOGAL. PALAVRA DO UNIVERSO VOCABULAR DO MESTRE PAULO FREIRE.

REVISTA MPD DIALÓGICO – ANO IV, N. 13
Tiragem: 5.000 EXEMPLARES
Distribuída gratuitamente

MOVIMENTO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DEMOCRÁTICO
Rua Riachuelo, 217 – 5º andar
CEP 01007-000 – Centro – São Paulo – SP
Tel./fax: (11) 3241-4313
www.mpd.org.br
dialogico@mpd.org.br

CONSELHO EDITORIAL:
Airton Florentino de Barros; Alberto Carlos Dib Júnior; Alexander Martins Matias; Anna Trotta Yaryd; Antonio Alberto Machado; Antonio Visconti; Carlos Gilberto Menezello Romani; Ela Wiecko Volkmer de Castilho; Fernando Masseli Helene; Inês do Amaral Büschel; Inês Virginia Prado Soares; Jaqueline Lorenzetti Martinelli; Luiz Alberto Esteves Scaloppe; Manoel Sérgio da Rocha Monteiro; Maria Izabel do Amaral Sampaio Castro; Nelson Roberto Bugalho; Neudival Mascarenhas Filho; Paula Bajer Martins da Costa; Plínio de Arruda Sampaio; Roberto Lívianu; Samuel Sérgio Salinas e Valderez Deusdedit Abbud

DIRETORIA
PRESIDENTE
Anna Trotta Yaryd
VICE-PRESIDENTE
Alexander Martins Matias
TESOUREIRO
Daniel Serra Azul Guimarães
SEGUNDA-SECRETÁRIA
Beatriz Lopes de Oliveira

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
Edição: Carolina Stanisci (Mtb 40506)
Estagiário: Diego Cordeiro
Projeto Gráfico e Capa:
TORO estratégia em comunicação
Diagramação: Maurício Stoppa
Ilustrações: Lobo Ilustrador Studio

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo
Impresso em maio de 2007.

As opiniões expressas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores.

A revista MPD Dialógico é órgão informativo do Movimento do Ministério Público Democrático e tem por objetivo difundir o pensamento jurídico democrático. O MPD é uma entidade não-governamental, sem fins econômicos, de âmbito nacional, formada por membros do Ministério Público, da ativa ou aposentados, que vêm o MP como órgão do Estado cujo único objetivo é a defesa do povo

FALE CONOSCO

A sua participação é muito importante para nós. Mande sua sugestão, crítica ou comentário para:
Movimento do Ministério Público Democrático
Rua Riachuelo, 217, 5º andar – São Paulo – SP – Centro
CEP: 01007-000 - tel./fax: 11 3241 4313
www.mpd.org.br
e-mail: mpd@mpd.org.br

ERRAMOS:

Na edição n. 12, na seção “MPD Entrevista”, o nome de José Eli da Veiga apareceu com a grafia errada (José Eli Lopes da Veiga). Na mesma entrevista (pág. 12), onde está grafada a palavra “Haiti”, o correto é M.I.T. (Massachusetts Institute of Technology).

SUS: LONGO CAMINHO A SER PERCORRIDO

Por Carolina Stanisci

É difícil contrariar o dito proferido pelo personagem Macunaíma sobre a pouca saúde como sendo um dos grandes males do Brasil. Apesar dos avanços, as dificuldades na área continuam sendo um dos mais graves problemas do país. Ocorre que, em vez de saúvas em abundância, temos doenças reemergentes como a dengue e a tuberculose contaminando cada vez mais gente.

Isso sem falar em tudo o que falta no país em termos de infra-estrutura na área, como hospitais, médicos, leitos etc., e naquilo que abunda, como desvio de verbas, má gestão – e tudo que faça com que os recursos destinados à área não cheguem aonde devem chegar.

Ainda que a matemática da saúde pública esteja com números desfavoráveis para os doentes, especialistas afirmam que há, sim, o que comemorar. O Sistema Único de Saúde, que está próximo de comemorar duas décadas, tem balanço positivo na opinião de promotores de Justiça da área, de médicos sanitaristas e de estudiosos do campo da saúde pública.

Os promotores de Justiça, por exemplo, têm entre suas atribuições a de zelar pela saúde pública. Ou seja, devem fiscalizar se o SUS está funcionando bem para a população, ou se é bom apenas no papel. “Apesar de nem todas as ações do SUS serem adequadas e de ainda não atenderem todos os brasileiros, a atuação do sistema é boa”, afirma o coordenador das promotorias de Saúde Pública do Ministério Público do Paraná, Marco Antonio Teixeira.

Para Teixeira, o grande ganho na área após a implantação do SUS foi o fato de a saúde ter se tornado uma política pública inclusiva. Como o promotor, pensam muitos membros do *Parquet* que atuam na área. Tecem elogios ao sistema, mas sabem que na prática há muito a ser feito.

O promotor de Justiça André Luis Alves de Melo é um dos que consideram o balanço do SUS positivo, pois permitiu que a saúde fosse tratada de forma integrada. Mas, ressalta: “Os desafios são grandes e haverá necessidade de enormes ajustes



como estamos fazendo na área previdenciária e também em relação à tecnologia de tratamento e prevenção”.

A presidente do MPD e promotora do Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública do Ministério Público de São Paulo, Anna Trotta Yaryd, engrossa o coro daqueles que fazem ressalva ao SUS na prática. “Apesar dos avanços legislativos, muito há a ser feito, principalmente no que diz respeito à efetivação da integralidade e da igualdade”, diz.

A presidente do MPD afirma que é “imprescindível”, para o aperfeiçoamento do sistema, que a sociedade civil esteja fortalecida e participe da formulação de políticas e estratégias do SUS.

O atendimento ao usuário de forma integrada e a universalidade, características citadas pelos promotores, são pontos positivos do sistema que foram introduzidos antes de sua implantação pela lei. Foi com a promulgação da Constituição Federal (CF) que o campo da saúde consolidou essas características, já debatidas anteriormente por movimentos que lutavam pela mudança radical na área entre a década de 70 e 80 (ver box pág. 7).

O art. 196 da CF é explícito ao tornar a saúde “direito de todos e dever do Estado”, garantindo o acesso universal e igualitário. A legislação referente à saúde ainda foi incrementada pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde, a 8080 e a 8142, de 1990.

A tradução de termos como “universalidade”, “igual-

emocência, Direitos, JUSTIÇA, liberdade, humanização

CAPA

dade” e “integralidade” do Sistema Único de Saúde pode ser feita por meio de uma simples comparação entre o passado e o presente: hoje todos os brasileiros podem ser atendidos por um sistema único e antes era necessário ser contribuinte da Previdência para ter acesso a serviços gratuitos de saúde.

O SUS resolve mesmo?

“Havia três serviços, um municipal, um estadual e um federal, na mesma rua, fazendo a mesma coisa e não resolvendo nada.” A história relatada por Sueli Gandolfi Dallari, professora de direito sanitário da Faculdade de Saúde Pública da USP, em entrevista à “MPD Dialógico”, era comum antes do advento do SUS.

A professora é uma entusiasta do sistema, apesar de reconhecer que há muito caminho a ser percorrido. Sueli cita que o sistema agora tem “mais resolubilidade”, o que significa dizer que, em tese, o problema do paciente é resolvido na porta de entrada do sistema (posto ou centro de saúde). Nem que o usuário tenha de ser encaminhado a um outro serviço de maior complexidade, como um hospital ou uma clínica especializados em sua doença.

A coordenadora-adjunta do curso de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Maria Helena M. de Mendonça, é pontual em sua crítica: aponta como falha do sistema a precariedade no “acesso a procedimentos de alta complexidade e a medicamentos essenciais”.

O SUS prevê a distribuição de medicamentos da seguinte forma: os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias municipais ou estaduais; os medicamentos incluídos em programas como o da Saúde da Mulher são obtidos pelo Ministério da Saúde; e os medicamentos mais complexos, de alto custo, como os de uso contínuo para pacientes com insuficiência renal, são comprados por secretarias de Saúde e ressarcidos mediante comprovação de entrega do remédio ao paciente.

Como se pode imaginar, uma burocracia complicada e extensa impede que o medicamento caia nas mãos de quem precisa, o paciente. Há casos escabrosos como o relatado pelo promotor de Justiça Renato Sócrates Gomes Pinto, do Distrito Federal (DF). Ele conta que no DF existe a farmácia de medicamentos de alto custo, que fornece remédios caros a pessoas com enfermidades graves.

Ele afirmou à “MPD Dialógico” que chegou ao seu conhecimento o caso de um paciente que está com uma receita de medicamento desde dezembro do ano passado – sem sucesso.

O paciente, que não quis se identificar para a reportagem, foi submetido a exigências burocráticas “injustificáveis e cruéis” uma atrás da outra, vendo-se de uma hora para outra num cenário kafkiano.

“Ele cumpre todas as exigências e sempre aparece uma nova”, diz o promotor, incrédulo com a situação.

Casos como o do paciente no Distrito Federal são mais comuns do que se pensa. Talvez porque alguns problemas da saúde sejam difíceis de ser sanados, pois procuramos a cura para eles de modo individual. E a saúde é uma área que deve sempre ser voltada à coletividade.

Um sintoma dessa concepção individualista ocorre no universo jurídico. O promotor André Luis Alves de Melo cita o sem-fim de liminares concedidas individualmente no Judiciário, que não resolvem o problema coletivamente.

Melo diz que a nossa concepção de saúde é, infelizmente, muito mais individual do que coletiva. E o promotor diagnostica a causa desse mal: “A doença é mais lucrativa que a saúde, logo o discurso de saúde acaba sendo minorado em razão do lucro obtido pela doença”.

ALGUNS NÚMEROS DA SAÚDE NO BRASIL*

MORTALIDADE INFANTIL

Apesar de ainda ser alta, a taxa de mortalidade infantil, que contabiliza o número de crianças que morrem até um ano de idade, vem aos poucos caindo no país. Em 2004, a taxa nacional foi de 22,5 por mil, menos do que no ano anterior, quando a taxa foi de 23,5 por mil crianças. Em 2002, o índice foi de 24,3 por mil.

DENGUE

Em 2002, 794 mil pessoas contraíram dengue no país. Desde então, os números da doença vem oscilando. Em 2003, 165,3 brasileiros em 100 mil contraíram a doença. Em 2004, a taxa caiu mais ainda, para 41,37, voltando a subir em 2005 (84,87 por 100 mil). Em 2005, houve confirmação de 463 casos de dengue hemorrágica no país.

AIDS

A incidência da Aids na população do Brasil vinha aumentando entre 2001 e 2003, neste último ano chegando a 21,29 por cem mil no Brasil. A partir de 2004, a taxa de incidência de Aids na população voltou a diminuir (foi de 19,53 em cem mil). E no último ano com registro no Datasus, 2005, ela chegou a 15,05 em cada 100 mil habitantes. No ano de 2005, cerca de 170 mil pacientes receberam medicamentos anti-retrovirais do governo. Recentemente o governo oficializou o licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, usado por 75 mil pacientes atendidos na rede pública.

*Para saber mais sobre os números da saúde no Brasil, consulte: Datasus www.datasus.gov.br (Indicadores de Saúde) e Painel de indicadores do SUS (Agosto de 2006) http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf.

CAPA

Conselhos de Saúde

A DIFÍCIL PRÁTICA DA DEMOCRACIA

Por Inês Büschel*

Em 2000, aposentada no Ministério Público Estadual de São Paulo, integrei o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. Foi uma experiência muito rica para mim. Era época de grande crise política no município, e o malfadado PAS, criado na cidade por Maluf e mantido durante o governo Pitta, havia sido proscrito pela Justiça Federal.

Todo o contencioso trabalhista estava em ebulição. Havia graves denúncias de corrupção por todos os lados. Por outra parte, ainda não findara uma ação civil pública promovida pelo Ministério Público estadual visando ao reconhecimento da existência do conselho municipal, pois o governo Maluf negara-lhe legitimidade.

Logo a seguir, em 2001, tomou posse a prefeita eleita Marta Suplicy, do PT. Foi nesse ano, em março, que transitou em julgado a decisão da ação judicial reconhecendo a regularidade da composição daquele conselho.

Eram difíceis as reuniões do conselho. Nas discussões acaloradas sempre prevaleciam as questões administrativas. Nada fluía, e o clima era de contendas. Aos poucos os ânimos foram se acalmando e a pauta passou a ser, finalmente, a implantação plena do Sistema Único de Saúde na cidade.

O conselho funciona assim: sua composição é quadripartida. Membros da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde, do governo, de prestadores de serviços e de fornecedores ou produtores de materiais de saúde totalizam 32

titulares. São 16 representantes da sociedade civil, sendo seis vagas destinadas para os movimentos populares das regiões da cidade (leste, oeste, sul, norte e centro).

Os movimentos sociais fazem jus a cinco vagas, mas a legislação é omissa quanto aos movimentos comunitários, gerando controvérsia no período de eleição dos conselheiros.

Os sindicatos, patronal e dos trabalhadores, têm uma vaga cada. As associações de portadores de patologias ganham duas vagas, e as associações de pessoas com deficiência, uma. Há dúvida sobre a representatividade dos portadores de transtornos mentais: concorrerão eles a uma vaga ao lado das pessoas com deficiência ou com os portadores de patologias em geral? Ainda não se sabe.

O maior aprendizado que obtive como conselheira foi ver como é difícil a prática democrática no mundo moderno. Exige virtudes que em geral os moradores das metrópoles perderam, como gentileza, paciência e tolerância.

Nas reuniões, porém, tive uma grata surpresa. Pude admirar a garra de cidadãs e cidadãos sem eira nem beira que lutavam pela melhoria da saúde pública, discutindo em pé de igualdade com profissionais graduados. E esses cidadãos são pessoas que têm grandes dificuldades para reservar dinheiro suficiente para o transporte e alimentação nos dias de reunião do Conselho.

*Promotora de Justiça aposentada e membro do MPD.

O MILITANTE DA SAÚDE

Por Diego Cordeiro



Diego Cordeiro

Naelson, um incansável combatente pela saúde de São Paulo

Em 1964, o paraibano Naelson Correia Guimarães, 86, era delegado sindical dos trabalhadores navais em Angra dos Reis (RJ). Vigiado pelos militares, ele veio para a cidade de São Paulo em 1969, para fugir da repressão. Enquanto o metalúrgico esteve refugiado, os militares continuaram à sua procura.

“Como não me achavam, detiveram a minha filha, para chantagear o resto da família. Mas eles não contaram onde eu estava e, aos poucos, consegui trazê-los para São Paulo”, revela.

Apesar dos riscos, o metalúrgico não conseguiu ficar muito tempo longe dos movimentos sociais. Em 1982, se engajou na área da saúde: “Sempre gostei de agitar as coisas e resolvi trabalhar pela saúde porque esse era o movimento mais organizado na época”.

Em 1984, encabeçou, ao lado de outras lideranças, uma campanha para impedir que o hospital São Luís Gonzaga, no Jaçanã (SP), fechasse as portas. “Fizemos uma grande divulgação, que culminou com uma passeata”, relembra. E o esforço deu certo: o hospital continuou funcionando.

Na época, o metalúrgico passou a integrar os conselhos de saúde previstos na Constituição Federal de 1988. Para Naelson, que foi conselheiro municipal e estadual, fiscalizar uma área tão importante da sociedade é o maior avanço da saúde nos últimos anos.

Hoje, ele lamenta. “Os conselhos não são combativos como eram. São meninos malcriados que uma vez ou outra reclamam com o governo”, afirma o ex-metalúrgico.

SAÚDE: UMA QUESTÃO ECOLÓGICA

Por Carolina Stanisci

Sanitarista: era a profissão que a paulistana Sueli Gandolfi Dallari, 55, gostaria de seguir quando entrou na tradicional Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo. Foi apenas durante seu mestrado que ela deu uma guinada na carreira. Decidiu cursar direito na também tradicional Faculdade de Direito da USP. Apaixonou-se pelas leis e, aliando conhecimentos, Sueli se tornou uma das maiores especialistas em direito sanitário do país. A professora, que hoje leciona direito sanitário na faculdade onde se formou sanitaria, é otimista – e entusiasmada. Acredita que houve melhora da saúde no Brasil nas últimas décadas. Principalmente após o advento do Sistema Único de Saúde, o SUS. E diz que somos avançados em termos de legislação sobre saúde: “O país está no batalhão da frente, com normas absolutamente adequadas ao que se faz no mundo”. A seguir a entrevista em que a sanitaria-jurista falou sobre o SUS, sobre o conceito equivocado que temos de “saúde” e outros assuntos.

A sra. é especialista em direito sanitário. Poderia explicar o que a área compreende?

SUELI DALLARI: Tudo que liga direito e saúde. A saúde pública, se a gente lembrar do final do século 18, é interesse do Estado. Por isso saúde pública. Portanto, ela é sempre disciplinada. Existe interesse em entender essa matéria que é disciplinada. Mas, sobretudo porque “saúde” é um conceito muito amplo e de difícil definição e porque o direito de hoje é também um direito que tem a lei como referência. Mas é muito mais do que a lei, que ficou mais importante ter especialistas para entender o que é a saúde na realidade, o que é esse conceito de saúde. A Constituição diz que no Brasil a saúde é um direito. O que quer dizer isso? O que é saúde? É muito interessante. Não sei se você já parou para pensar. Uma questão é pensar a doença. Normalmente, quando se pensa em saúde, é no sentido de como que se trata doença, como é que vai para o hospital, como ter acesso a medicamento. Mas isso não é saúde, é doença.

Só lembramos da saúde quando a perdemos?

SUELI: Mas isso é recente na história



Fotos: Carolina Stanisci

A professora de direito sanitário afirma que juristas não têm formação adequada para julgar questões sanitárias

da Humanidade. O ser humano sempre pensou “saúde”, e não “doença”. Até o final do século 18, com o Positivismo e aquela coisa toda, até esse momento, se pensava em saúde. Aristóteles tinha uma frase interessante, ele dizia: “Fuja da cidade onde tem médico, lá tem alguma coisa errada”. Essa é a primeira compreensão que é importante, que saúde não é assunto só de médico.

É assunto de quem, além dos médicos?

SUELI: Dos economistas, dos sociólogos. A Constituição diz isso, que existe direito à saúde garantido. E como? Mediante políticas sociais, econômicas. E é isso mesmo. É o ambiente. Eu preciso de um ambiente saudável, de um transporte nesta cidade que funcione. Porque senão eu prejudico a minha saúde.

Ela engloba mais do que um diagnóstico e tratamento de uma doença.

SUELI: Sim, porque [durante o tratamento] você já está doente, que é a saúde pública em uma concepção mais clássica. Já se discutiu e sempre se patina ao redor da mesma definição. Porque ninguém diz: “O estado de bem-estar físico, mental, social”. Isso é definição de felicidade. Para o cientista, que tem um tema amplo para trabalhar, fica ruim. Ele quer as coisas mais mensuráveis, especialmente após o Positivismo. Os cientistas vivem tentando arrumar outra definição. Mas não conseguem. Porque percebem que fica aleijada a definição

Democracia Direitos JUSTIÇA
Responsabilidade Humanização
Bem-estar físico, mental, social

de saúde se tirar um desses aspectos. Isso é um primeiro ponto. A saúde pública tradicional é uma função do Estado moderno. São funções mínimas. É o Estado mínimo criado pelos burgueses no final do século 18, que deveria agir muito pouco na vida social. A Constituição francesa de 1795 é a única que enumera o que seria função do Estado e diz que são três: manutenção da ordem, da moralidade e da saúde pública.

É a primeira vez que esse termo “saúde pública” aparece em uma lei?

SUELI: Eu não saberia dizer isso para você. Mas o conceito de saúde é público. É conceito complexo, não se consegue... Hipócrates dizia o que era saúde: “Equilíbrio do homem internamente e dele com o meio ambiente”. Então, depende do ambiente.

Saindo um pouco da França e voltando ao Brasil... Quando a saúde como política pública surgiu no país?

SUELI: A França a gente usa como modelo, pois deu uma internacionalizada. Eles fizeram a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A ideologia burguesa que organizou os Estados que deveriam ter interesse em cuidar da saúde, do saneamento, para você não se infectar. Mas você vai encontrar essas normas até no Pentateuco. Todos os povos antigos têm disciplina sobre saúde.

Quando Monteiro Lobato criou o personagem Jeca Tatu, queria chamar a atenção para a falta de cuidados com a saúde da população, que padecia de malária, doença de Chagas etc. Alguma coisa mudou de lá para cá?

SUELI: O que melhorou foi em termos de organização do sistema. A melhora sempre passa pelo jurídico. Lembra da Revolta da Vacina? Esses momentos são sempre legalmente disciplinados. Melhora a partir do momento em que você vai organizando o sistema. Melhorou a partir de 1988, quando esse sistema foi organizado constitucionalmente. Todos os conflitos de competência etc. foram facilitados. A gente vem numa progressão. Melhora da organização do serviço. Mas hoje temos, não só no Brasil, mas no mundo inteiro, um problema das epidemias, das chamadas doenças reemergentes. Num determinado momento, você consegue controlar a malária no mundo, exceto na África. Mas em geral em países tropicais com problemas, no começo do século 20, havia certo controle. Aí começa o desenvolvimento, abre-se uma cidade na beirada da mata e a malária é incontrolável. É um problema ecológico.

Cólera, dengue... Tuberculose também está nesse rol de reemergentes?

SUELI: O grande problema da tuberculose claro que é o adensamento populacional, que facilita o contágio, pois as pessoas vivem amontoadas. Ônibus cheio, casa com muitas pessoas. Tudo isso vai facilitar a transmissão da tuberculose. Além de tudo, o tratamento. Talvez esse seja o ponto crucial para melhorar esse controle. E só agora, nos últimos cinco anos, está havendo investimento importante nisso. É que é um tratamento muito desconfortável. Longo e desconfortável. E as pessoas o abandonam. Aí os bichinhos passam a ficar mais resistentes. E a tuberculose fica cada vez mais difícil de se tratar. Ou fica até mesmo intratável.

Quer dizer que do Monteiro Lobato para cá não conseguimos erradicar essas doenças no Brasil?

SUELI: Não gostaria de dizer no Brasil. Gostaria de dizer no mundo.

Porque senão a crítica fica...

SUELI: Focalizada. E não é verdade. Porque as doenças emergentes são a febre do Nilo, que está nos Estados Unidos...

Febre do Nilo?

SUELI: De um mosquito parente do mosquito da dengue. A tuberculose está fazendo epidemia nos Estados Unidos também. Não em toda a sociedade, mas naquela classe de pessoas que moram em alguns lugares. Então eles têm recrudescimento de algumas doenças que foram perfeitamente controladas. Falta uma visão ecológica.

Quando a sra. fala “que falta uma visão ecológica”, o que isso significa? E a quem falta essa visão ecológica?

SUELI: Falta para todo mundo, para toda a sociedade. Veja, um programa de vacinação, o que é? É acabar com uma espécie. O que a gente fez com a varíola? O mundo, inclusive nós, acabamos com uma espécie animal, que é o bichinho que dá a varíola. Por que a gente não quer que acabe o mico-leão dourado? É a mesma questão. Aquele nicho ecológico vai ficar sobrando. É a mesma história de sapo e dos mosquitos. Existe uma cadeia, é tudo absolutamente entrelaçado. Querer ter uma solução técnica, como a gente faz, que é uma solução positivista, que a gente faz e resolve... Nós acabamos com a varíola, por exemplo. Foi bom. Mas hoje nós temos guerra bacteriológica com a varíola. Esse é o ponto. A saúde não é individual.

Ela permeia todos...

SUELI: A saúde é uma questão ecológica, é ambiental. Engloba o ambiente físico, social.

A sra. comentou que os problemas de saúde hoje não são exclusivos do Brasil. Quando falamos de saúde pública estamos falando de saúde global?

SUELI: Claro, veja, qual é a questão que está deixando todos os países...

A gripe aviária?

SUELI: Para você ver como direitos e saúde estão interligados. Existe hoje já em vigor um regulamento sanitário internacional que foi aprovado rapidamente. Por quê? Por conta da ameaça.

É da Organização Mundial da Saúde esse regulamento?

SUELI: É. É um regulamento sanitário. É uma norma cogente da OMS. Foi aprovado rapidamente. É difícilimo de aprovar isso. Foi aprovado por todos os países com quóruns qualificados de organização internacional. Com norma cogente, ou seja, que vai obrigar a fazer as coisas. O país se submete a penalidades se não fizer. O que é a gripe aviária? É o homem preocupado com a saúde do indivíduo. É o viajante, é o comércio internacional. É a economia. O Estado acaba com a sua criação de frangos. Muitas coisas estão envolvidas.

Ao mesmo tempo em que existe um movimento global, as leis dos países da União Européia e mesmo dos EUA não são mais rígidas que as do Brasil em termos de saúde pública?

SUELI: Não são.

Não há fiscalização aqui no Brasil?

SUELI: Esse é um problema complicado. Se você me perguntar em termos de saúde, a evolução, lembrando do Jeca Tatu, tem esse aspecto ecológico complicado. Não existe área científica que dê conta do tratamento. Ninguém em tese consegue resolver de forma ideal como nós vamos controlar a dengue. Veja, nós já chegamos ao absurdo,



a própria OMS, por conta da malária e de todos os outros bichinhos, de recomendar novamente o uso daqueles inseticidas absolutamente poluentes. Mas o que a gente vai fazer? É o único jeito de matar o bichinho. Mas também vai matar o rio, vai matar as pessoas que estão usando. É um equilíbrio complicado.

O direito sanitário brasileiro está atualizado em relação aos problemas sanitários mundiais?

SUELI: A legislação está indo razoavelmente bem. O Brasil está discutindo a adequação da norma ao regulamento sanitário internacional. Também já tem projetos. O Brasil não é dos Estados que estão lá atrás. Está no batalhão da frente, com normas absolutamente adequadas ao que se faz no mundo, com proteção das pessoas, com respeito a direitos humanos. Estamos fazendo bem feito. Mas a gente tem problemas sérios com o direito sanitário. Um deles é que há poucos estudiosos do tema. As interpretações, ou seja, a realização do direito...Nós temos fragilidade nessa estrutura. Os atores que chegam ao Judiciário nesta questão do direito sanitário...

Têm pouca formação teórica em saúde pública?

SUELI: E no direito também. Porque é importante dizer isso. Isso eu quero dizer: nós infelizmente na nossa universidade em geral, mas na área jurídica certamente, estamos ensinando direito do século 18. Eu garanto que hoje, agora, quem está na aula de direito está ensinando direito do século 18. Que o direito é a lei. Tem professor dando aula abrindo código e lendo. O direito é isso, mas não é só isso. E essa formação faz com que o operador do direito

Democracia, Direitos, JUSTIÇA, Responsabilidade, Humanização, Igualdade, Saúde

MPD ENTREVISTA

saia da escola sem ter... O direito sanitário exige formação. Saúde tem essa implicação, essa complexidade. A lei não vai dar conta nunca. É o caso, eu não sei se você vai me perguntar isso lá para frente, dos medicamentos...

Eu vou perguntar mais para frente, sim. Mas só para resumir o que a sra. já falou sobre o Brasil, quais são hoje, em sua opinião, os maiores problemas sanitários do país?

SUELI: Você está pensando em problemas que induzem doenças, não é? Nós temos essas doenças emergentes, epidemiologicamente importantes...

Como a dengue, a malária...

SUELI: Doenças emergentes e reemergentes, isso mesmo. Isso é um problema importante que chama a atenção de quem trabalha com saúde pública. Mas um outro problema fundamental de saúde pública, e grave, é o da violência. Nós temos uma epidemia de violência.

Isso é uma questão de saúde pública?

SUELI: Mas é claro. Onde você acha que vão parar os acidentes de trânsito, as tentativas de homicídio? No sistema.

O sistema de saúde é onerado.

SUELI: Sim, é uma epidemia de saúde pública. Mata mais... Eu não sei das regiões do Brasil, mas está entre as primeiras causas de morte. Mata como câncer e como doenças degenerativas, doenças cardíacas. Temos como grandes problemas de saúde as coisas antigas e as coisas modernas. Isso no Brasil em geral. Há na mesma região mortalidade infantil importante e, ao lado, outra causa importante, as doenças cardíacas, que são doenças do estresse.

Qual campanha sanitária foi a mais bem-sucedida dos últimos anos no país?

SUELI: Você quer dizer que teve publicidade? Olha, o nosso resultado com vacinação, desde varíola até o sarampo... A gente tem coisas interessantes. O programa da Aids é uma beleza de programa. Tem uma idéia de política pública interessante. Foi um programa que realmente olhou todos os aspectos. Tem uma cara de saúde efetivamente. Não é só tratar da doença Aids, mas olhar toda a organização que produz a Aids.

Como assim, toda a organização?

SUELI: Tem um trabalho com ONGs de prevenção, de educação sexual. Não tem nada a ver com a doença. Tem a ver com o comportamento sexual.



A sanitarista afirma que saúde não é assunto só para médicos mas também para economistas e sociólogos

Ele passa pelo bem-estar, não só pelo tratamento à doença...

SUELI: [O programa de prevenção à Aids] Melhorou o laboratório também. A grande capacitação dos laboratórios de saúde pública no Brasil foi decorrente disso. O grande investimento nos tempos modernos, porque você tem o Instituto Oswaldo Cruz, tem laboratórios importantes e tal, mas nos tempos modernos o que disseminou toda essa rede de laboratórios de saúde pública foi o programa da Aids. Era preciso adequar o laboratório à biologia molecular.

Falando em laboratórios, a sra. está acompanhando as pesquisas do Instituto Butantã para fabricar vacina contra febre aviária?

SUELI: Nós temos condições. Várias vezes na história da saúde pública brasileira nós tivemos bons pesquisadores. Estivemos na vanguarda nesses institutos. Outro parêntese: a área de pesquisa mais importante no Brasil é a de saúde.

Vamos então falar um pouco do Sistema Único de Saúde. Queria que a sra. fizesse um balanço dos 17 anos desde a publicação da lei que o regulamentou, a 8080/90.

SUELI: É absolutamente positivo. Do lado da organização, e é por isso que a idéia do SUS é anterior à Constituição Federal. As pessoas que estavam pensando esse tema...

Quem eram as pessoas que estavam pensando?

SUELI: Foram várias pessoas. Foi o movimento da reforma sanitária. Aqui em São Paulo uma pessoa foi muito importante, o Eduardo Jorge. Que depois foi deputado federal. É um desses meninos que estavam fazendo facul-

Aqui no município de São Paulo a mesma pessoa que é a secretária de saúde é a presidente do conselho.

SUELI: Isso já não pode mais...

Eu chequei a informação no conselho.

SUELI: É complicado isso, porque o movimento popular todo é contra. Acha que o governo não pode ter uma posição preponderante nesses conselhos. É importante porque é ele [governo] quem vai fazer. Mas eu não vou brigar com os movimentos sociais por isso, não. O que eu quero dizer é justamente o contrário: a evolução mostrou que hoje não é mais possível para o prefeito montar um conselho com a sua família. Passou a existir uma legislação sobre a constituição dos conselhos, que foi sendo aprimorada. Hoje é exigido, para haver transferência, que exista um fundo ou que exista um conselho e que este seja composto com as exigências da resolução que foi publicada para regulamentar como deve ser composto. Tanto que o Conselho Nacional de Saúde foi recomposto, e os outros também precisam se adaptar a isso.

A sra. acompanhou a decisão do TRF de Brasília que suspendeu uma portaria do Ministério da Saúde que permitia a prática de atos privativos do médico por outros profissionais da saúde? A decisão afetou o Programa de Saúde da Família, que atinge mais de 80 milhões de pessoas.

SUELI: Eu não posso falar dessa decisão porque eu não a vi. O que eu posso te dizer, em tese, é que muito se faz com protocolos. Por exemplo, o controle do pré-natal. Se, epidemiologicamente, eu sei o que tem que olhar no exame, não é preciso um médico ali para dizer que esse exame ou aquele controle tem que ser feito porque isso é padronizado. Tudo que conseguirmos padronizar internacionalmente é bom, pois facilita a disseminação do alcance...

Até porque com uma população grande como a brasileira não dá para ter sempre um médico presente.

SUELI: É fácil dizer isso em Brasília, pois lá tem muito médico. Dizer que quer um médico ali, tudo bem, porque ele está ali. Mas eu quero ver esse médico ir até aquele município pequenininho no interior do Amazonas. Eles não vão. É preciso ter um programa nacional. Nem médico do estado consegue ir até esses locais. Isso está provado. Há um programa federal que paga, dá casa e um monte de coisas para fazer o médico ficar lá. Agora é perigoso, eu reconheço a autonomia do médico e por isso nesses casos tem que ser absolutamente padronizado. Nos casos em que há conduta padronizada, eu não vejo por que não possa ser um profissional adequado a essa padronização. Não é um médico, mas é uma enfermeira ou agente de saúde. Depende da complexidade da ação.

Mesmo depois da decisão do TRF, o PSF continua sendo um bom programa?

SUELI: Eu fui contra o PSF pelo modo como ele foi implantado, nacionalmente e todos tendo que fazer igual. Cada realidade poderia dar uma cara para o programa, pois as necessidades variam de um lugar para o outro.

A área da saúde tem testemunhado desvios de verba escandalosos, como no caso da “Máfia dos Sanguessugas”. Como sanar esse problema?

SUELI: Esse é um grande problema do sistema de saúde. Nós já falamos que temos boas leis e uma estrutura interessante, mas temos uma dificuldade brutal com a fiscalização, com o cotidiano. Isso a gente ainda não resolveu. Temos, na cidade de São Paulo, uma quantidade industrial de infecções gastrointestinais. E eu ponho minha mão no fogo por isso, porque comemos comida suja. E nós não temos uma fiscalização eficiente para evitar que comamos comida suja. Nós não temos uma fiscalização eficiente nem para isso, nem para evitar essas questões dos “sanguessugas”. É uma estrutura que permite essa negociação política indecente. Dependemos dos parlamentares para fazer as leis, e eles são os primeiros interessados em deixar a coisa fluída para os controles não funcionarem. O problema dos controles ainda é um problema sério, que só vai melhorar com o SUS. Pois na hora que temos conselhos eficientes, as coisas aparecem.

E em relação às organizações sociais na gestão de hospitais públicos, o que a senhora acha disso?

SUELI: O Brasil, nos anos 70, investiu num programa subsidiado para quem quisesse construir hospital. No fundo dava dinheiro para quem quisesse construir hospital, por causa da inflação. Como naquele momento foi feita a opção de investir no sistema privado, hoje o setor público não dá conta de atender as necessidades da saúde. Por isso nós precisamos do setor privado para suprir essa carência. A questão das organizações sociais, que foram criadas num momento de privatização do Estado, eu enxergo como uma opção de gestão. Não sou nem contra nem a favor, porque no fundo você dá o mesmo dinheiro que seria gasto com a saúde. Os primeiros ficaram bons porque o orçamento foi maior. Quando se pega um hospital com 20 leitos, que tem 200 “dinheiros” para a gestão, e outro hospital com 20 leitos, que tem 400 “dinheiros” para a gestão, este último deverá funcionar melhor. Temos de comparar o que é comparável. Não acho que seja uma maravilha. Nós temos problemas tanto na gestão pública quanto privada. A vida está mostrando que a corrupção não é um privilégio do gestor público.

AÇÃO EM DESTAQUE

UM REMÉDIO PARA TODOS

Por Carolina Stanisci

Quem vive em São Paulo sabe: os moradores dos condomínios luxuosos e os habitantes das favelas no Morumbi, na zona sul da cidade, são próximos apenas fisicamente. Retrato fiel da desigualdade que separa ricos e pobres no país, os moradores do bairro têm acesso a serviços de saúde também absolutamente desiguais. Enquanto uns frequentam hospitais de excelência como o Albert Einstein, outros aguardam horas a fio o atendimento nos dois postos de saúde das imediações, o da Vila Sônia e o de Paraisópolis.

Para diminuir essa desigualdade, ao menos no que tange à distribuição de medicamentos, a Casa Azul, ONG capitaneada pelo mosteiro São Geraldo, mantém há três décadas uma farmácia que fornece remédios à população carente.

Chamada hoje de “farmácia social”, a iniciativa foi dos voluntários dos projetos sociais do mosteiro. Na época, só havia um posto de saúde na região, o da Vila Sônia – que não fazia distribuição de medicamentos. Da conversa com laboratórios, médicos e faculdades de medicina, o pessoal da Casa Azul conseguiu as doações de remédios, dos mais simples aos mais complexos.

Com o tempo, a farmácia da Casa Azul cresceu. Nos últimos dois anos campanhas na mídia aumentaram as doações (para doar, basta que o medicamento esteja dentro do prazo de validade). “Hoje atendemos umas 350, 400 pessoas por mês”, afirma Elisabeth Elias, 47, coordenadora do programa da farmácia social.

O público-alvo é quem vive nas favelas de Paraisópolis, Jardim Colombo, Porto Seguro, Monte Kemel e alguns moradores da Vila Sônia e da Vila Morse. Para ser beneficiado, é necessário ter a receita do médico e portar a carteirinha em dia. A carteira, válida por um ano para toda a família, é um documento feito a partir de um cadastramento na Casa Azul, que confere a condição socioeconômica de quem está pedindo e a região onde mora. Não vale ser de outro canto que não Paraisópolis e região.

O atendimento, realizado por voluntários duas vezes por semana, é às quartas-feiras e sábados, numa dependência da paróquia São Bento. “Quando tem atividade na paróquia, a farmácia não funciona”, revela Elisabeth. Os frequentadores da paróquia fazem grandes doações de medicamentos.

E os laboratórios, pararam de ajudar? Elisabeth responde: “A Bayer doou por um tempo”. O problema, segundo a assistente social, é que o laboratório pedia a presença constante de um médico no local, o que não era possível. “Tínhamos uma farmacêutica entre as voluntárias, mas eles não aceitaram.”

Casos de pessoas com o diagnóstico errado são comuns de aparecer. Elisabeth escreveu carta ao SUS por conta do caso de uma senhora. “Ela dizia que tinha caído no chão porque

“Seu” Santos é quem agüenta a “choradeira” de quem não consegue o remédio

estava tudo escuro. Eu disse que ela tinha que voltar e ser atendida corretamente”, afirma.

Ela conta que é comum também que os usuários da farmácia cheguem sempre com a receita indicando o mesmo remédio. “Os médicos do SUS indicam as mesmas marcas, sem dizer qual é o princípio ativo”, reclama.

Mas o maior problema da farmácia social é a falta de voluntários. “Antes abríamos três vezes por semana. Agora só duas.” Ela acredita que o voluntariado prefira trabalhar com outras atividades que não a doença alheia: “Não atraí”.

Não é o caso de Olaídio Alves dos Santos, 71, conhecido como “seu” Santos. Voluntário há sete anos e frequentador da paróquia, ele é o responsável pela logística da farmácia: corta, embala e, em especial, confere se os remédios estão vencidos. Quando as pessoas chegam sem a carteira, ou com a carteira vencida, é ele quem agüenta a “choradeira”.

No dia da visita de “MPD Dialógico”, uma moradora do Campo Limpo, bairro não atendido pela Casa Azul na farmácia, disse, alterada, que faltava “bom-senso” ao pessoal da ONG.

“Seu” Santos, que é cardíaco, está acostumado com as queixas. Mantém a calma e afirma que só pode dar o remédio aos cadastrados com receita.

Foi o caso de Lillian Dionísio Vinagre, 26 anos de idade, com a carteira familiar e a receita do médico em dia. Ela mora com a mãe, que sente dores no joelho, o irmão, o avô, que tem uma tremedeira nas mãos e braços, e a avó, que tem pressão alta. “Minha mãe e meu avô estão na fila para conseguir consulta em especialista pelo SUS”, afirma.

Para a avó, ela conseguiu o que desejava. Voltou para casa com o remédio para pressão alta e o anti-diurético. “Quero prestar vestibular para economia doméstica”, conta a garota, que mora desde que nasceu na mesma casa. Após o tumulto causado por mais três mulheres sem a carteirinha, “seu” Santos lembra de casos folclóricos.

Há, por exemplo, quem consiga burlar a rígida triagem da Casa Azul. “Tem uma japonesa que finge que é pobre e vem pegar medicamento aqui. Todo ano ela vai para o Japão”, diz. “Com dama de companhia, você acredita?”. “Seu” Santos, para quem passeia pelo Morumbi, é possível acreditar em quase tudo.

Saiba mais: casaazulobrassociais@terra.com.br ou 11 3501 7751.



Fotos: Carolina Stanisci



Elisabeth em frente às prateleiras de remédios da farmácia da Casa Azul

emocracia, Direitos, JUSTIÇA, liberdade, humanização

A BASF FAZ PARTE DO SEU DIA-A-DIA.
MAS SE A GENTE NÃO MOSTRAR, VOCÊ NEM PERCEBE.

www.basf.com.br
Químicos, Plásticos, Produtos de Performance e Tintas,
Produtos para Agricultura e Nutrição, Petróleo e Gás.



Fabrizio Quinteiro ✱

Inovação e cuidado com o futuro. Essa é a fórmula que faz a empresa química líder mundial estar presente no seu dia-a-dia, da alimentação aos produtos plásticos.

Com soluções desenvolvidas para a nutrição humana, a BASF contribui para que seus parceiros tenham melhores colheitas e você, produtos de melhor qualidade em sua mesa. Com plásticos, a BASF colabora para um maior desempenho de inúmeros setores da indústria e para que produtos de melhor qualidade façam parte do seu dia-a-dia. Nas tintas, nos cosméticos, na lavoura da família Souza, no brinquedo das crianças e onde for possível contribuir para que seu mundo fique ainda melhor. Essa é a nossa química. A química da vida.

A QUÍMICA DA VIDA.

 **BASF**

The Chemical Company



TROCANDO IDÉIAS

Roberto Livianu*

“TROCANDO IDÉIAS” INAUGURA QUADRO “ENTENDA DIREITO”



Da esq. para a dir.: Rachel Biderman, Gilberto Nonaka, Mirella Consolini e Marcos Diegues

O “Trocando Idéias” estreou o seu novo formato com tudo, em 24/3. O programa, em exibição desde 2001, contará com o quadro interativo chamado “Entenda direito”, em que os telespectadores poderão participar do programa. É simples: basta enviar um e-mail para trocandoideias@mpd.org.br ou uma carta para a sede do MPD com uma dúvida relacionada ao universo jurídico. Um associado da ONG responderá à pergunta durante o programa. É o “Trocando Idéias” ajudando a construir uma sociedade mais justa!

Violência Urbana

A situação começa a chegar ao limite. Ninguém mais escapa dos efeitos nefastos da escalada da violência, seja um garoto de seis anos ou um ministro de Estado. Por tudo isso, o “Trocando Idéias” aproveitou o seu novo fôlego para debater a violência urbana no programa.

A apresentadora Mirella Consolini recebeu no estúdio o sociólogo e diretor do IBCCrim Renato Sérgio de Lima e coletou os depoimentos de Denis Mizne, diretor-executivo do Instituto Sou da Paz, de José Roberto Bellintani, superintendente do Instituto São Paulo Contra a Violência, de Oscar Vilhena, diretor-executivo da ONG Conectas-Direitos Humanos, e de Valdenia Paulino, coordenadora do Centro de Direitos Humanos de Sapopemba.

Mizne lembra que 100 brasileiros morrem diariamente vítimas de armas de fogo. Para o diretor-executivo do Sou da Paz, é preciso cobrar do governo e mobilizar a sociedade para mudar essa realidade. “O governo deve aprimorar a legislação e combater a impunidade, e a sociedade deve ter uma agenda permanente e prioritária para a prevenção da violência que traga resultados”, afirma.

TV JUSTIÇA:
segunda, às 21h30, terça às 15h
e quinta às 12h00

TV ABERTA DA CIDADE DE SÃO PAULO:
domingos às 22h30



Trocando
Idéias



Da esq. para a dir.: Laurindo Leal Filho e Mirella Consolini

Vilhena relaciona o problema a dois pontos fundamentais. O primeiro é a desigualdade social, apesar de o Brasil não ser um país pobre. “Isso causa uma fissura no tecido social que eleva os padrões de violência.” O segundo ponto é o descaso em relação às instituições de aplicação da lei, que não foram modernizadas durante a democratização. “É preciso enfrentar essa situação para que possamos combater adequadamente o problema da segurança”, explica.

Sérgio de Lima, para quem a violência diminuiu no decorrer da história da humanidade, concorda com Mizne sobre a participação da sociedade na mudança do paradigma brasileiro: “É preciso que haja um bom debate público acerca de causas e efeitos, de como construir políticas públicas eficientes, de como reduzir o crime e fazer com que a população acredite nesta redução”.

Consumo Consciente

Emissão de gás carbônico, derretimento das geleiras polares, esgotamento de recursos naturais. Cada vez mais esses termos estão se tornando familiares aos brasileiros, afinal, o aquecimento global não está aí de brincadeira. Aproveitando o gancho, o “Trocando Idéias” dedicou um programa a um assunto que pode ajudar muito a reversão desse quadro: o consumo consciente.

Os convidados de Mirella Consolini para o programa foram Raquel Biderman, do Centro de Estudos em Sustentabilidade da FGV, o promotor de Justiça Gilberto Nonaka, Marcos Diegues, advogado do Idec, a promotora de Justiça Adriana Borghi e Alcides Ferreira, diretor de comunicação do Instituto Tendências.

Adriana Borghi explicou o que diferencia um consumidor consciente dos outros: “Ele tem uma preocupação so-

cial e deve se informar da procedência dos produtos que consome e das empresas que os fabricam, para valorizar empresas que cuidam do meio ambiente e têm um compromisso social e com os direitos humanos”.

Para Raquel Biderman, o conceito de consumo consciente está ligado ao de desenvolvimento sustentável. “Além disso, há também a produção sustentável, que caminha junto com o consumo consciente. O consumidor tem que pressionar as empresas para produzir de forma adequada e ter responsabilidade social”, completou.

Diegues ressalta que o conceito é muito novo e que as pessoas confundem consumo consciente com consciência para consumir. “O que já é um bom começo, pois é possível distinguir consumismo de consumo.” “A idéia que se tem quando se procura a promotoria do consumidor é a imediata, do que me afeta diretamente. Não se pensa no futuro”, afirma Nonaka. “Apesar de já percebermos certa mudança na visão dos consumidores como, por exemplo, a questão do atum que atinge a população de golfinhos”, explica o promotor.

Direito à informação

É sempre bom lembrar que o direito de ser informado é fundamental para a manutenção da democracia. Mirella Consolini recebeu no estúdio o sociólogo e jornalista Laurindo Lalo Leal Filho para tratar do tema “Direito à Informação”.

O meio de comunicação mais importante de hoje é a televisão. “Noventa e dois por cento dos brasileiros se informam, principalmente pela televisão”, afirma Leal Filho. Por isso, a responsabilidade das emissoras é maior, especialmente quando o assunto é transparência das instituições públicas.

“As emissoras devem tratar a informação com seriedade e cuidado. Mas infelizmente a maioria delas trata como espetáculo, pois seguem a lógica de mercado e buscam apenas audiência. Portanto a mesma lógica usada nas novelas contamina o jornalismo”, afirma o jornalista.

A promotora de Justiça aposentada e membro do MPD Inês Büschel aprofundou o debate: “Isso [direito à informação] garante que o cidadão saiba o que se passa dentro da nossa sociedade e ao redor do mundo, pois vivemos num mundo globalizado e muitas vezes atitudes de outros povos refletem em nós”.

PROGRAMAÇÃO

3/3 Poluição Visual	Joaquim Guedes, arquiteto e professor titular da FAU/USP; Luis Paulo Sirvinskas, promotor de Justiça
10/3 Dia Internacional da Mulher	Jaqueline Lorenzetti, promotora de Justiça; Heleieth Saffiotti, socióloga e professora titular da Unesp; Deise Rigo Leopoldi, vice-presidente da União das Mulheres
17/3 Consumo Consciente	Rachel Biderman, do Centro de Estudos em Sustentabilidade da FGV; Gilberto Nonaka, promotor de Justiça; Marcos Diegues, advogado do Idec; Adriana Borghi, promotora de Justiça; Alcides Ferreira, diretor de comunicação do Instituto Tendências
24/3 Violência Urbana	Renato Sérgio de Lima, sociólogo e diretor de comunicação do IBCCrim; José Roberto Bellintani, superintendente do Instituto São Paulo Contra a Violência; Denis Mizne, diretor-executivo do Instituto Sou da Paz; Oscar Vilhena, diretor-executivo da ONG Conectas-Direitos Humanos; Valdenia Paulino, coordenadora do Centro de Direitos Humanos de Sapopemba
31/3 Responsabilidade Penal do Menor	Paulo Afonso Garrido, procurador de Justiça e membro do Conselho Superior do MP; Ariel Castro Alves, membro do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente; Karyna Sposato, diretora do Ilanud; Maria Stela Graciani, coordenadora do Núcleo de Trabalhos Comunitários da PUC-SP
14/4 Aquecimento Global	Beatriz Lopes de Oliveira, promotora de Justiça e membro do MPD; Luiz Henrique Paiva, coordenador da campanha climática do Greenpeace; Evaristo Ribeiro, professor de geologia da USP; Zeca Almeida Prado, editor-chefe da revista “Nosso Ambiente”
28/4 Improbidade Administrativa	Rubens Naves, fundador da ONG Transparência Brasil; Celso Limongi, presidente do TJSP; João Francisco Viegas, procurador de Justiça e coordenador do CAO-Cidadania (MPSP); Roberto Cosso, jornalista e diretor da revista eletrônica Última Instância
4/5 Direito à Informação	Laurindo Lalo Leal Filho, jornalista e professor da ECA/USP e da Cásper Líbero; Inês Büschel, promotora de Justiça aposentada e membro do MPD; Manuel Affonso Ferreira, advogado e ex-secretário da Justiça de São Paulo; Márcio Santoro, publicitário e sócio-diretor da agência África
Em 7/4, foi reprisado o programa Responsabilidade Penal do Menor.	

*Promotor de Justiça e membro do MPD.

Democracia, Direitos Humanos, Responsabilidade, Justiça, Humanização

ACÇÃO SEM DESASSOMBRO

Antonio Visconti*

A vitalidade de uma instituição nos momentos de grave crise depende da coragem e da determinação de seus integrantes. O Ministério Público paulista sempre teve posição de vanguarda na luta que culminaria na destacada posição constitucional da instituição, feita guardiã da legalidade democrática no país em 1988.

Nos idos de 1964, quando a jovem democracia brasileira foi golpeada, o Ministério Público não tinha como ficar imune às conseqüências do colapso do Estado de direito. Ganhou notoriedade o inquérito policial-militar – IPM. Um desses inquéritos objetivava apurar corrupção na Caixa Econômica Federal do Estado de São Paulo.

O relatório apontou o senador Auro de Moura Andrade como envolvido. Este, então presidente do Senado, retornou imediatamente da Europa e lançou duro manifesto, encerrado com a famosa frase: “Vou provar que japona não é toga e que o que está por dentro não é juiz”. E afirmava também que renunciaria se algum promotor de Justiça de São Paulo o denunciasse. Pôs-se em choque aberto com os militares que detinham o poder na época.

Esse IPM era, pois, um dos mais delicados casos para o MP, pelo repto lançado pelo senador. Joachin Wolfgang Stein recebeu a arriscada incumbência de atuar nesse procedimento. Diante da não-comprovação do propalado envolvimento do parlamentar, não o denunciou.

Algum tempo depois foi promulgada a Constituição de 1967, de legitimidade muito questionada. Mas o senador Auro de Moura Andrade ainda presidia o Congresso Nacional e deu todo o apoio ao Ministério Público, que obteve a tão sonhada equiparação de vencimentos com o Poder Judiciário. Essa Carta teve

curta duração, pouco mais de um ano e meio depois era revogada em grande parte pelo Ato Institucional n. 5 – e emendada, inclusive na seção em que assegurava a aludida equiparação salarial.

O retrocesso, porém, deu-se a partir de uma posição avançada; bem menor, pois, do que teria sido sem o apoio decisivo do senador que presidira a elaboração da carta de 67. Nas eleições para a renovação de dois terços da bancada paulista no Senado, o partido do governo – Arena – negou legenda ao incômodo senador, ali se encerrando sua carreira política, evidenciando sua incompatibilidade com o regime de força.

Stein, tempos depois, manifestou-se pela concessão de mandado de segurança a João Miguel, afastado da presidência do Centro Acadêmico “XI de Agosto”, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, por uma intervenção na entidade (o juiz se agarrou a alguma técnica para não conceder a ordem).

Esses são pontos altos da atuação do Ministério Público de São Paulo, nos tristes tempos do autoritarismo. A história das gloriosas Arcadas registra esse momento tão marcante na vida do MP paulista.

Claro que nem sempre os integrantes do Ministério Público se conduziram com essa firmeza e desassombro. Não faltaram episódios de pusilanimidade e de subserviência diante dos chefes do regime.

Felizmente, porém, não foram poucos os momentos de grandeza na atuação de procuradores e promotores de Justiça, e nossas lideranças jamais deixaram de se articular em busca de novas conquistas e prerrogativas para a instituição, desaguando em seu atual desenho constitucional.

*É procurador de Justiça e membro do MPD.

**A vitalidade
de uma instituição
nos momentos de
grave crise depende
da coragem e
da determinação
de seus integrantes**

GOVERNANÇA E GESTÃO PÚBLICA

Nilson do Rosário Costa*

No direito administrativo público há uma idéia generalizada que diz que quanto maior o controle formal da organização pública, maior será a possibilidade de responder de modo efetivo e eficiente ao interesse da sociedade. Essa idéia levou à escolha da governança vertical-hierárquica como a única legítima para a gestão estatal. São definidos dois mecanismos puros de governança: o vertical-hierárquico (comando e controle) e horizontal de mercado.

A baixa eficiência do regime de governança vertical na prestação de serviços público tem gerado, por outro lado, o atual impasse sobre qual o modelo organizacional mais adequado para o setor público. Na gestão pública, a definição do mecanismo de governança está diretamente associada aos custos de transação que as elites de políticas estão dispostas a pagar no seu relacionamento com terceiros.

Se as elites governamentais têm garantias de que o mercado cooperará com seus interesses, adotará a governança horizontal e irá ao mercado adquirir os recursos técnicos, humanos e materiais necessários à atividade de governo. Se não tiver confiança, internalizará a produção dos serviços em empresas e departamentos estatais (ver "Delegating Powers", de Epstein, D. e O'Halloran S., de 1999).

A noção de governança decorrente da teoria dos custos de transação pode explicar os limites organizacionais do Estado e das grandes empresas. A estrutura de governança, se de mercado ou de integração vertical, expressa a escala de confiança que os agentes políticos depositam em terceiros e os custos aceitáveis de contratualização.

O governo sempre leva em consideração o cálculo do risco de oportunismo de prestadores de serviços ou concessionários. Se existe o risco para o governo de "aprisionamento" em relação ao comportamento oportunista de um prestador ou empresa independente, a tendência será a busca da integração vertical da produção de um bem ou serviço.

A estrutura e a conduta das organizações públicas brasileiras têm sido determinadas pelas regras institucionais de governança configuradas para o setor público pela Constituição Federal de 1988 (CF 1988). O mecanismo de governança adotado pela CF 1988 foi o vertical-hierárquico. Os constituintes adotaram esse mecanismo como uma solução para preservar a administração pública dos interesses privados e clientelistas, criando pesadas barreiras legais para as funções de aquisição de bens e serviços (Lei 8.666) e contratação de pessoal para o setor público (Lei 8.112).

A governança vertical-hierárquica é tipicamente de comando e controle: embora protegida, a organização detém reduzida margem de escolha ou liberdade de ação. Na década passada o debate sobre a reforma do Estado girava em torno de evidências de que a governança vertical-hierárquica havia gerado um déficit de responsabilização das organizações públicas brasileiras, por dois motivos: ao retirar delas qualquer autonomia de decisão e ao transformar qualquer organização pública em "atividade de Estado".

As organizações públicas estavam imunes a qualquer esforço de transparência e de responsabilidade.

Esse quadro tornou-se particularmente grave porque a verticalização implementada pela CF de 1988 foi aplicada a todas as atividades de prestação de serviços do setor público. A proposta de reforma do Estado de 1995 buscou o desenvolvimento de novos mecanismos de governança, flexíveis e horizontais, na expectativa de maior eficiência e qualidade das empresas e organizações públicas da administração direta. Propôs a separação entre funções estratégicas e funções essenciais do Estado. Os demais setores seriam regidos pela governança horizontal ou híbrida.

Dentro da organização do Estado, alguns segmentos da atividade estatal associados à provisão de serviços, nos quais se incluem os hospitais públicos, foram definidos como atividades não-exclusivas de Estado, podendo assumir a forma organizacional de gestão mais flexível e serem regulados por contrato com o setor público estatal.

USÃO Democracia Direitos JUSTIÇA
berdade Responsabilidade Humanização
ualdade Humanização

Para esses setores foi proposta a governança híbrida das Organizações Sociais (OS), por meio da Lei 9.637/98. O formato das OS visou oferecer aos gestores públicos mecanismos adicionais para elevar as despesas públicas sem ampliar a vulnerabilidade previdenciária porque os contratos de trabalho seriam regidos pelo regime do setor privado.

As OS são definidas, pelo Art. 1º da Lei 9.637 de 1998, como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

O principal mecanismo de implementação da OS foi converter organizações públicas, como hospitais, institutos de pesquisa, museus e outras, em organizações privadas sem fins lucrativos. A Lei da OS estabelece que as entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

As poucas organizações que foram convertidas receberam, a partir de 1998, recursos orçamentários e bens públicos para cumprimento do contrato de gestão. O modelo de publicização estabelecido para as OS teve baixa aceitação entre os gestores públicos, especialmente pelo elevado custo político implícito na idéia de conversão de organizações públicas da administração direta em entes privados sem fins lucrativos.

Um dos aspectos igualmente sujeitos a forte veto dos interesses organizados é a possibilidade da cessão por redistribuição dos servidores públicos para o quadro em extinção no órgão convertido. As carreiras desses funcionários entram em regime de extinção. Esses aspectos motivaram, sem dúvida, uma grande resistência do movimento sindical e profissional ao modelo das OS em razão das perdas imediatas de direitos trabalhistas dos servidores estatutários e baixa perspectiva de rendas adicionais pelos profissionais.

Em vez da adoção do modelo de conversão das OS, os gestores preferiram manter na gestão pública brasileira o padrão de reforma organizacional difuso e experimental adotado na década de 1990, em face das limitações da Lei Fiscal e da ameaça do déficit previdenciário.

Apesar da rigidez das regras administrativas públicas e do elevado custo do fator da previdência social pública, decorrente da CF, não ocorreu a adoção pelos gestores públicos de um modelo estruturado e coerente de reforma administrativa. Pelo contrário, a agenda da reforma de 1995 foi vetada pela coalizão

de oposição como um simples artefato ideológico do ajuste macroeconômico.

Ainda assim, o caminho da flexibilização pontual ocorreu na gestão hospitalar pública e nos programas de ampliação de cobertura da atenção à saúde, como o Programa de Saúde da Família.

O arranjo organizacional do setor público brasileiro pode ser caracterizado como um modelo mosaico organizacional: os gestores adotaram diferentes modalidades organizacionais na implementação de programas com a visão pragmática e operacional para driblar as regras de leis (a 8.666, a 8.112 e as restrições da Lei Camata e da Lei de Responsabilidade Fiscal).

Para responder às necessidades imediatas de provisão de serviços públicos na área de saúde, por exemplo, os Executivos estaduais e municipais promoveram mudanças organizacionais singulares, em respostas aos incentivos da descentralização. Produziram uma reforma organizacional não explicitada e desarticulada.

Ainda assim, pesquisas comparativas (ver “Estudo Comparativo dos Hospitais em Regime de Organização Social”, de Costa e Ribeiro, 2005) demonstram que as OS são bem-sucedidas em alguns quesitos. As evidências de desempenho das OS na gestão de hospitais devem, portanto, ser consideradas como um ponto de partida para uma abordagem sistêmica sobre as dimensões de eficiência, qualidade e equidade no setor público de saúde brasileiro.

Afinal, muitos problemas limitam severamente a eficiência e a qualidade dos hospitais públicos brasileiros: desconhecimento da estrutura; diversidade dos mecanismos de financiamento; inexistência de economia de escala; baixa interação com a rede básica; baixa complexidade tecnológica; limitada ou ausência de profissionalização na gerência; inexistência de contratos de gestão; entre outros.

Os dados comparativos de eficiência e qualidade das OS podem ajudar na definição de uma importante agenda para a reforma organizacional no Brasil. No modelo da OS, parte do sucesso deve-se ao desenvolvimento de capacidade institucional do Executivo do Estado de São Paulo para contratar e regular contratos. No setor da saúde a definição de metas de produtividade, de custos e de qualidade para os prestadores é indispensável para o êxito do contrato de gestão – mas esta é outra história!

*Pesquisador Titular da Fundação Oswaldo Cruz e Professor da Universidade Federal Fluminense

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS SÃO O “PAS DE CASACA”

Cid Carvalhaes*

A proposta das Organizações Sociais (OS) é antidemocrática e arbitrária. Representa a privatização preocupante da saúde. Quem sai perdendo é a população mais carente. Em São Paulo, foi agredido o Conselho Municipal de Saúde, sequer consultado. A Conferência Municipal de Saúde, por unanimidade, recusou o projeto. O Ministério Público já denunciou que é uma maneira de burlar o controle público, a lei de licitações, os limites para gastos com pessoal e a responsabilidade fiscal, ultrajando o SUS, e sua universalização.

Os governos alegam que o custo de internação nos hospitais administrados pelas OS é baixo. É fato, afinal, que doenças de menor complexidade têm custos inferiores. Doenças renais crônicas, transplantes de órgãos, politraumatismos graves, ou cirurgias grandes (cardíacas, abdominais), medicamentos de alto custo, tratamentos oncológicos prolongados, neurocirurgias complexas, por exemplo, estão fora. Internações prolongadas encontram portas fechadas. Pacientes complexos são enviados para outros hospitais ou pronto-socorros sem a certeza de serem atendidos.

A alegação de que as OS não têm fins lucrativos é desculpa para pagamento de “polpudos” salários a diretores e comissionados – cargos criados por interesses administrativos e dos apadrinhados, levantando a hipótese de benefícios eleitoreiros.

As autoridades alegam que o poder de resolubilidade das OS é eficiente porque são entidades de alta credibilidade. Mas a imprensa tem mostrado exemplos contrários a essa afirmação. O hospital regional de Cotia, entregue à Unifesp, foi abandonado em dezembro de 2004 e está praticamente fechado. O hospital Santa Marcelina passa por situação grave, com déficit orçamentário de R\$ 60 milhões e déficit mensal de R\$ 1,5 milhão. Houve redução do atendimento, e a instituição está em crise porque não consegue, com os recursos que recebe, atender aos pacientes da zona leste da capital.

A famosa Fundação Zerbini, responsável pelo Instituto do Coração, enfrenta problemas. A superintendência do Hospital das Clínicas e o

Ministério Público querem saber onde estão os R\$ 100 milhões de seu déficit acumulado. No interior, a Santa Casa de Itu passou por intervenção da Secretaria Estadual da Saúde; depois, foi para a organização Sanatorinhos. Fechou as portas para doentes graves e faz triagem de pacientes.

As OS podem contratar serviços, pessoal e usar bens municipais sem licitação ou concurso público, basta a assinatura dos convênios. Tais métodos são contrários aos princípios da administração pública. O convênio transfere para a iniciativa privada importante segmento do patrimônio público, sem controle. Funcionários capacitados, dedicados e experientes podem ser trocados como se trocam computadores.

A defesa intransigente das OS pelas autoridades da saúde representa verdadeira confissão da inoperância do governo para justificar sua ineficiência. Querem um governo mínimo com alta carga tributária e transferência de recursos para atender interesses da iniciativa privada.

Houve inversão na maneira de interpretar a legislação, quando diz: saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. A Constituição define que a iniciativa privada pode atuar como complemento aos serviços públicos de saúde. Na prática, os defensores das OS deixam ao Estado a atividade complementar, prejudicando a população que depende unicamente da saúde estatal.

A lei das OS se assemelha a outra experiência rechaçada pela população de São Paulo, o PAS do ex-prefeito Paulo Maluf. Trata-se de um PAS de casaca.

O Supremo Tribunal Federal analisa duas ações diretas de inconstitucionalidade sobre a lei federal das OS, sem pronunciamento até agora do ministro Nelson Jobim. As autoridades de saúde do estado e do município de São Paulo devem abrir as contas dos hospitais e das unidades de saúde administradas por OS e por outros convênios, para que a verdade seja levada ao conhecimento público. Que venha a privatização. Mas por que não privatizam antes a Secretaria da Saúde e as chefias do Executivo?

*Médico e advogado, é presidente do Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo. O texto foi publicado originalmente no jornal “Folha de S.Paulo”.

USÃO Democracia Direitos JUSTIÇA
 Responsabilidade Humanização
 Qualidade Humanização

CONTRA O FORO PRIVILEGIADO

Daniel Serra Azul Guimarães*

Ao longo da história, ao menos nos países influenciados pelos dois grandes troncos da tradição jurídica ocidental, o romano e o anglo-saxão, verifica-se, no acomodar dos ordenamentos ao decurso do tempo e às transformações estruturais, o insofismável e inevitável avanço no sentido do incremento dos sistemas de controle dos atos do Estado e de seus agentes.

Do longínquo tempo em que prevalecia a máxima “the king can do no wrong”, restam apenas lições históricas colhidas por um alto preço, às expensas da liberdade e da dignidade humanas. Restam, é verdade, resquícios ideológicos em mentalidades anacrônicas, incompatíveis com o Estado de Direito, os quais, não tão raro como era de se esperar, manifestam-se por meio de investidas contra instituições, instrumentos e direitos caros à consciência republicana e democrática.

No caso particular do Brasil, tais investidas são constantes e com contundência diretamente proporcional ao nível de desconhecimento popular a seu respeito. É realmente tão curioso quanto preocupante que as maiores investidas contra o Estado de Direito sejam procedidas quase em sigilo, sem maiores explicações ao povo. Na sociedade do espetáculo do século 21, a publicidade das medidas governamentais não é proporcional à relevância dos temas, mas à formatação em moldes que distraiam, entretenham o público, que se encontra cada vez mais cansado de acompanhar o cotidiano do mundo paralelo e quase estanque da política.

Essa circunstância, somada ao crescimento do espaço privado em detrimento do público, característica da pós-modernidade, tem impedido que o povo brasileiro perceba a ação determinada de certos atores e grupos do cenário político pátrio contra o instrumento mais importante da atualidade para a construção de uma verdadeira República: a Lei n. 8.429/92, que reprime a improbidade administrativa.

O Brasil é tradicionalmente marcado pela arraigada apropriação privada da coisa pública. O limite entre o público e o privado é de difícil apreensão. Há uma turva visão dos integrantes de uma cultura com preocupante flexibilidade moral e impressionante desfaçatez, assimilada com naturalidade pelos destinatários do exercício do poder.

Nem é necessário dizer, portanto, que o combate à improbidade administrativa num país conhecido mundialmente pela corrupção epidêmica é fundamental e mesmo pressuposto de enfrentamento necessário para que se possa pensar na solução de qualquer outro problema público.

Como já dito, distancia-se nos séculos o tempo em que o Estado não era passível de responsabilização por seus atos e atualmente incrementam-se, no mundo civilizado, os instrumentos para a responsabilização pessoal dos agentes públicos que agem com desvio de poder, caminhando-se, assim, no sentido da verdadeira separação entre os interesses públicos e privados.

Nesse contexto, o advento da Lei n. 8.426/92, que tem como objetivo o combate à improbidade administrativa, representou um importante marco histórico, reforçado pela rigorosa e eficiente atuação do Ministério Público. Alia-se a isso a percepção, no seio do Judiciário, de que as funções desse poder estatal transformaram-se com o advento da Constituição de 1988. Na esteira da tendência mundial, a aplicação de regras de direito às querelas envolvendo interesses particulares deixa de ocupar a posição de protagonista na atuação do Judiciário, cedendo espaço à concretização de princípios constitucionais em matérias relacionadas aos interesses públicos e metaindividuais.

Essas mudanças têm influenciado o movimento de reforma do Poder Judiciário e do processo judicial,



que vai além da edição da Emenda Constitucional n. 45, com a finalidade de tornar o processo mais efetivo e a distribuição da justiça mais transparente e eficiente. A função jurisdicional no Brasil tem experimentado, assim, notável aprimoramento, aproximando-se paulatinamente do perfil preconizado pela Lei Maior. Algo, no entanto, tem causado justificada preocupação em todos aqueles que estão cientes das transformações de que aqui se trata e da necessidade de que o Poder Judiciário cumpra efetivamente seu papel de garantidor da impessoalidade e da lisura na Administração Pública.

Trata-se da pretensão daqueles que se sentem ameaçados pela referida atuação eficiente do Ministério Público e do Poder Judiciário de criar foro privilegiado para as ações cujo objeto é a improbidade administrativa; pretensão essa que ocorre por meio de curiosas interpretações do texto constitucional, ou, mais recentemente, pela tramitação de projeto de emenda à Constituição.

Busca-se, à evidência, assegurar a impunidade a agentes que, pelo aprimoramento dos instrumentos da cidadania, viram ameaçada toda uma tradição de apropriação privada das instituições públicas e corrupção generalizada.

Efetivamente não há como se encontrar outra explicação, não há como se encontrar nas palavras dos adversários do combate à improbidade administrativa argumentos jurídicos sérios, razoáveis, com mínima possibilidade de êxito diante de um crivo técnico um pouco mais criterioso.

Se é verdade que não são apresentados quaisquer argumentos razoáveis para se podar de tal maneira a atuação dos juízes de primeira instância – que, digase de passagem, de maneira geral têm causado excelente impressão por tamanho comprometimento e idealismo –, não se pode incorrer na confusão de

pensar que a defesa do controle da improbidade em primeira instância decorre da desconfiança no julgamento dos integrantes dos tribunais.

É evidente que o foro privilegiado não representa, por si só, em essência, um embaraço ao controle jurisdicional da improbidade administrativa. O julgamento dos tribunais não é, evidentemente, de menor qualidade que aquele dos juízes de primeira instância. Trata-se de magistrados que têm reconhecida qualificação e inegável experiência para o trato com questões de maior complexidade. Evidente, portanto, que não é o fato de serem os processos por eles apreciados que tornará deficiente o controle.

O problema é que a concentração dos processos nos tribunais, que contam com um número reduzido de magistrados e recebem diariamente um excessivamente vultoso número de processos, acarretaria necessariamente uma lentidão sem igual, fortalecendo mais a impunidade, à medida que o controle de agentes políticos que cometam atos lesivos ao patrimônio durante o exercício de seus mandatos seria menor.

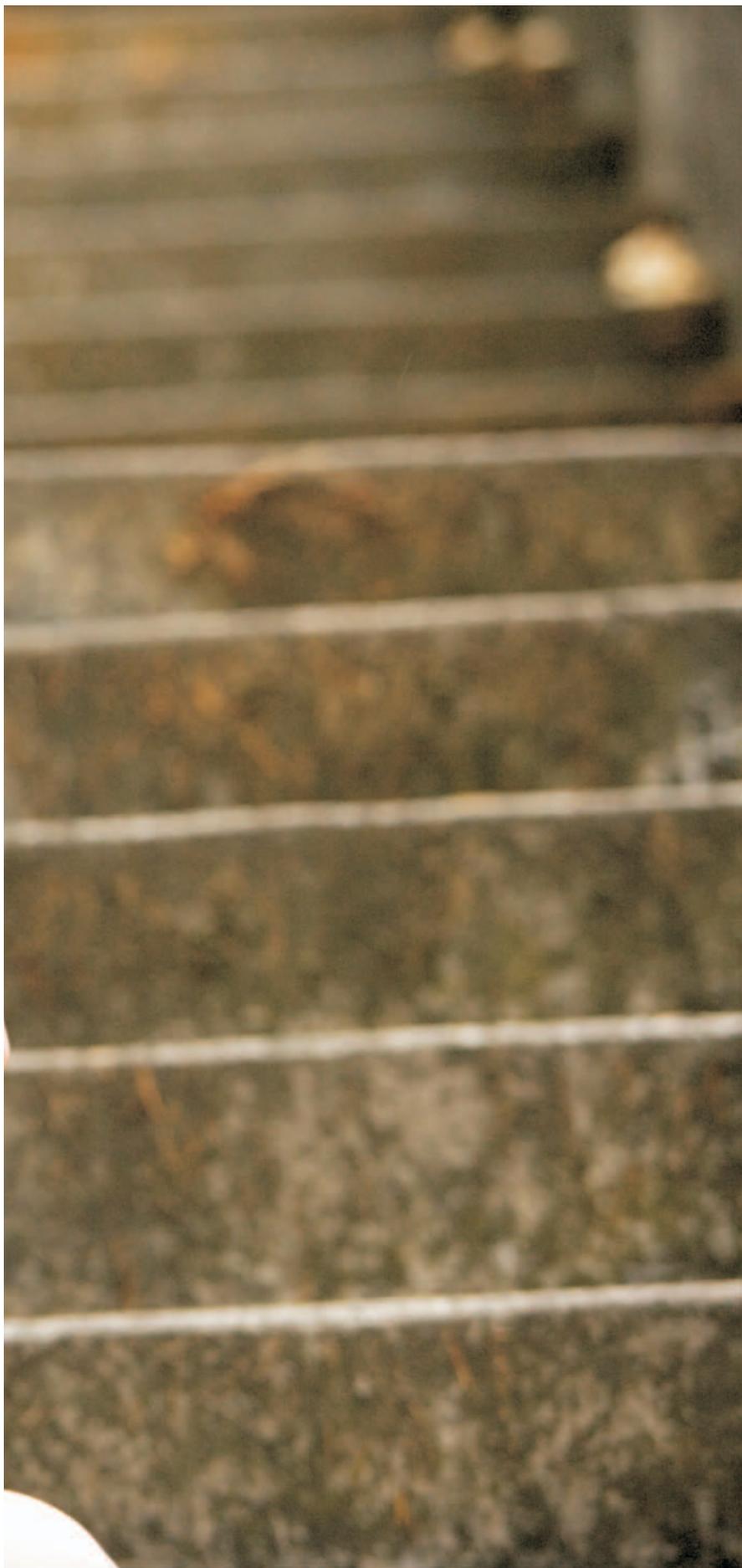
Essa, na verdade, parece ser a intenção dos entusiastas da emenda constitucional, intenção que deve ser devidamente exposta à opinião pública, da qual se espera que surja a necessária reação em defesa da cidadania, da democracia e da lisura no trato com a coisa pública.

Incumbe, destarte, a cada um fazer a sua parte na divulgação de mais este atentado contra o princípio republicano. Devemos promover a mobilização necessária para impedir que ele seja levado a efeito com êxito pelos adversários da lisura na administração pública.

*Promotor de Justiça, mestrando em Direito Constitucional pela PUC-SP e diretor do MPD.







Cuidar e curar

Na Novartis trabalhamos para salvar e melhorar milhões de vidas diariamente.

Pesquisar e desenvolver medicamentos inovadores são nossa prioridade. Eles ampliam os horizontes de cuidados com a saúde e respondem necessidades ainda não atendidas.

Mas dois pacientes nunca são iguais. Por isso, além de inovação, a Novartis oferece prevenção de doenças, alternativas de genéricos e acesso a medicamentos.

Esse é o compromisso da Novartis: ter o melhor portfólio para atender aqueles que são a razão do seu negócio - os pacientes.



MPD RECOMENDA

Inês Büschel*

LIVROS

UMA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA



George Rosen. Ed. Unesp/Hucitec/Abrasco, São Paulo, 1994, 1ª edição.

O autor, o norte-americano George Rosen, foi professor de medicina e lançou este livro em 1958. Faleceu em 1977. A belíssima obra é destinada tanto a profissionais de saúde como a leigos, uma vez que a conscientização crescente quanto aos problemas de saúde que afetam todas as camadas da população faz ressoar a antiga máxima romana: "A saúde do povo é a suprema lei".

SUS – COMENTÁRIOS À LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LOS)



Guido Ivan de Carvalho, Lenir Santos. Ed. Unicamp, Campinas, 2002, 3ª edição.

A obra de autoria de Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos, que é procuradora autárquica aposentada, vem facilitar a tarefa dos intérpretes e aplicadores da Lei Orgânica da Saúde.

DO MÁGICO AO SOCIAL

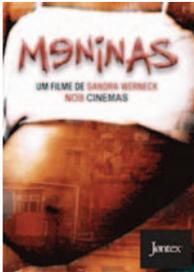


Moacyr Scliar. Ed. Senac, São Paulo, 2005, 2ª edição.

Moacyr Scliar, médico sanitário gaúcho e escritor consagrado, nos revela as etapas do trajeto dos cuidados com a saúde entre o mágico e o social, na publicação balizadas por diversas concepções e teorias: a mítica e a religiosa; a do miasma e a do contágio; a da política sanitária e a da infecção.

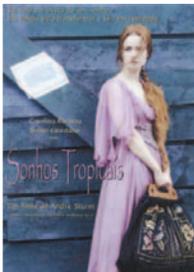
FILMES

MENINAS



Documentário brasileiro lançado em 2006, com duração de 71 minutos, dirigido por Sandra Werneck. O filme acompanha durante um ano o cotidiano de quatro adolescentes grávidas residentes no estado do Rio de Janeiro. Ótimo para reflexão sobre o planejamento familiar e a saúde pública no Brasil. Em DVD.

SONHOS TROPICAIS



Filme brasileiro dirigido por André Sturm, lançamento de 2002, com duração de 120 minutos. O roteiro baseou-se no livro de mesmo título de Moacyr Scliar, que nos conta a trajetória de Oswaldo Cruz, pioneiro médico sanitário brasileiro que, na sua luta para erradicar a febre amarela, acabou provocando a famosa Revolta da Vacina.

O JARDINEIRO FIEL



Co-produção do Reino Unido, da Alemanha e do Quênia dirigida pelo brasileiro Fernando Meirelles, com duração de 128 minutos. Lançado em 2005, o filme conta a história baseada na obra de John Le Carré, que aborda o desrespeito aos direitos humanos numa precária situação da saúde pública, bem como a atuação da indústria farmacêutica em países pobres como o Quênia.

SITES

• www.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

• www.conass.org.br

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

• www.scielosp.org

Biblioteca virtual de saúde

• www.saude.gov.br

Portal do Ministério da Saúde

• www.datasus.gov.br

Departamento de informática do Sistema Único de Saúde

• www2.mre.gov.br/dai/saude.htm

Convenções e acordos internacionais sobre saúde

*Promotora de Justiça aposentada e membro do MPD.

A VOZ DO JÚRI

Por Diego Cordeiro

“A música transforma.” É assim que Paulo Marco Ferreira Lima, 42 anos de idade e 18 de Ministério Público de São Paulo, define a sua relação com o hobby mantido desde a adolescência. Formado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e doutor e mestrando pela USP, Lima é um apaixonado por música.

“Canto também para aperfeiçoar a voz, que é o principal instrumento no júri”, continua o promotor de Justiça da área de execuções penais da capital. A história de Paulo com a música começou na infância, por influência do irmão mais velho: “Ele era militante político na faculdade de medicina da USP e gostava de escutar Beatles e Rolling Stones no último volume em casa”, conta. “Foi assim que eu comecei. Eu tenho uma memória auditiva muito boa e ficava prestando atenção para cantar tudo depois.”

Além de amar os Beatles e os Rolling Stones, o irmão mais velho forneceu a Paulo um outro ingrediente para a sua história: a consciência política. Durante a juventude, o promotor foi vocalista e compositor de várias bandas, movido principalmente pela “vontade de fazer Justiça”. Justiça, sim, mas com lirismo: nas letras, Lima, um romântico confesso, associava o amor à libertação política, à moda de seu cantor preferido, Chico Buarque.

A banda de Paulo não se profissionalizou, mas chegou a ficar em terceiro lugar em um dos festivais de música do colégio Objetivo. Mas a carreira do cantor não deslanchou: “Para viver de música é preciso mais do que paixão. É preciso muita habilidade”, explica o promotor-cantor, que curiosamente nunca teve aulas de canto.

Mas o sonho de mudar o mundo – de alguma forma – não morreu. Como não seguiu a carreira artística, Lima resolveu mudar a realidade por meio do direito: “É o caminho natural para quem vive numa época de opressão e busca a liberdade”.

Coincidência ou não, a música acabou por ajudar a definir a opção pela carreira jurídica em um episódio marcante da vida de Lima. Foi por ocasião do julgamento de Lindomar Castilho, o “cantor das multidões”, condenado por ter matado a ex-mulher. “Nesse julgamento estavam presentes três dos maiores nomes do direito nacional: Márcio Thomaz Bastos, Antonio Visconti e Valdir Troncoso Perez, ‘o espanhol’.

Eu assisti ao vivo, foi um show. Depois disso, resolvi virar promotor”, lembra.



Paulo Marco dá uma canja durante a entrevista

O promotor fica nostálgico ao lembrar da época em que organizava bailes na garagem da casa de seus pais. O som, é claro, ficava por conta da sua banda. “Eu animava bem os shows, apesar de não ser um bom dançarino”, diverte-se.

Não se arrepende de ter trocado a vocação musical pelo direito? Ele revela uma queixa: “O direito frustra o romantismo, pois há uma incompatibilidade entre a linguagem da poesia e a do direito. Uma é muito subjetiva e a outra muito objetiva”, filosofa.

Quando faltam as palavras

“Eu adoro cantar e não tenho vergonha nenhuma”, diz, lembrando que, quando esteve na Itália para estudar, entouo Tom Jobim, Vinicius e outros medalhões da MPB aos colegas italianos. “Cantei 13 vezes para eles”, afirma. Até o cancionero italiano foi explorado e devidamente aplaudido.

“Os italianos achavam que saudade é nostalgia. Mas nostalgia é uma lembrança e saudade é a lembrança misturada à melancolia. Como eles não entendiam, eu cantei ‘Pedaço de mim’, do Chico [Buarque], que diz que a saudade é arrumar o quarto do filho que já morreu”. “Aí eles entenderam, pelos menos acho eu”, diz.

“Música para mim é isso. É integrar as pessoas quando as palavras faltam”, conclui o promotor, que hoje não tem nenhuma banda e não compõe mais canções. Mas canta sempre que pode.

USÃO Democracia Direitos JUSTIÇA
Responsabilidade Humanização
berdade Seguindo
qual Humanização

O SUS NÃO É UMA FARMÁCIA PÚBLICA

Lenir Santos*

Estamos em plena polêmica sobre o tema da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. São dois os embates: a quem deve ser garantida a assistência terapêutica (acesso universal e igualitário) e o que ela compreende (integralidade da assistência).

A dificuldade está em definir o que cabe e o que não cabe no direito à saúde, positivado no art. 196 da Constituição Federal, ou seja, quais são os contornos jurídicos da integralidade da assistência, além de se definir como deve ser o acesso universal aos serviços de assistência à saúde. Na realidade é essa definição que todos, autoridades sanitárias, Poder Judiciário, Ministério Público, cidadãos, tentamos obter.

Se entendermos que o art. 196 é amplo e não necessita de nenhuma regulamentação infraconstitucional, a Saúde, como setor, teria de garantir a todos, qualidade de vida suficiente para evitar o risco de adoecer, ou seja, adotar políticas sociais e econômicas que assegurassem a todos aquilo que interfere e condiciona a saúde individual e coletiva, como moradia, saneamento, renda, educação, lazer, alimentação, além dos serviços de saúde propriamente ditos. É essa a dicção do art. 196, em seu sentido lato.

Isso pode ser verdadeiro para o Estado Federal, ao definir suas políticas públicas, mas não é verdadeiro para a Administração Pública, organizada setorialmente. O Estado Federal deve, ao adotar políticas econômicas e sociais, fazê-lo de modo a evitar agravo à saúde da coletividade, promovendo-a. Entretanto, do ponto de vista setorial, a Saúde não pode ser responsável por tudo aquilo que interfere ou a condiciona. Regramentos devem existir.

O setor da saúde é responsável pelas atividades que o art. 200 da CF lhe reservou, além de outras definidas em lei, como é o caso do art. 6 da Lei 8.080/90. No campo de atuação do SUS, conforme previsto no art. 6º, I, d, da Lei 8.080/90, está a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica. Ali se assegura que a assistência farmacêutica é parte integrante da assistência terapêutica.

Compreende-se como assistência terapêutica integral, de acordo com o disposto no art. 7º, II, da mesma Lei, "o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".

Entende-se, desde logo, que a assistência integral pressupõe um conjunto articulado e contínuo de ações e de serviços de saúde – e não de procedimentos isolados entre si. Aqui há demarcação. O indivíduo tem direito aos serviços públicos de saúde, desde que os busque de forma integral e não fracionadamente.

Não pode um paciente tratar-se com um médico do setor privado e dirigir-se ao SUS como se este fosse um serviço complementar do privado, ou como se o sistema estivesse obrigado a garantir procedimentos isolados, medicamento ou um exame prescrito por terceiro.

O tratamento no SUS pressupõe uma integralidade de atendimento para um paciente que está no sistema. Ao contrário disso, teríamos um SUS complementar ao setor privado: realizador de cirurgias prescritas por profissionais de planos de saúde; fornecedor de insumos, exames, medicamentos prescritos por profissionais do setor privado.

O SUS não é uma farmácia nem um laboratório. O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados entre si que visam garantir a assistência ao paciente que o procura. O SUS não garante assistência farmacêutica isoladamente. Garante assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica.

Ora, em razão disso, o paciente deve ser alguém que procurou os serviços de saúde públicos integralmente. Não há no SUS assistência farmacêutica autônoma. O único programa federal que garante de forma isolada medicamentos, como uma farmácia, é o programa Farmácia Popular (Lei 10.858/2004). Esse programa garante a qualquer indivíduo, mediante receita de qualquer profissional de saúde, medicamentos a preço de custo.

Esse programa visa apenas o fornecimento de medicamentos, nada mais, disponibilizando medicamentos a baixo custo à população em geral. (Deveria, na realidade, estar vinculado à assistência social e não à saúde).

Tanto isso é fato que a Lei 10.858/2004 determina que a Farmácia Popular não prejudicará a rede pública nacional do SUS, numa clara demonstração que o programa nada tem a ver com o SUS, uma vez que os usuários do sistema devem obter, de forma gratuita, o medicamento ministrado pela rede SUS.

A Farmácia Popular é dirigida, fundamentalmente, àqueles que estão em tratamento no setor privado e

não podem obter medicamentos do SUS. Para esses, garantem-se alguns medicamentos a baixo custo.

Também a Lei Complementar Paulista 791/95 dispõe, em seu art. 24, § 8º, que as unidades básicas de saúde e os pronto-socorros públicos manterão em funcionamento em caráter permanente o serviço de farmácia para o fornecimento gratuito de medicamento aos pacientes neles atendidos.

Lembremos, ainda, o caso da Aids. Por motivos epidemiológicos, o legislador impôs ao Poder Público o dever de garantir a todas as pessoas com Aids medicamentos padronizados, independentemente de estarem ou não no SUS. Foi necessária uma lei especial (Lei n. 9.313) para assegurar o acesso a medicamentos aos portadores do vírus da Aids, usuários ou não do SUS.

A conclusão óbvia é que a assistência farmacêutica não é autônoma; está vinculada à assistência terapêutica, integrando-a. O SUS não é uma farmácia. Quanto à integralidade da assistência, ela também está pautada por vários dispositivos legais que lhe conferem contornos nítidos.

No SUS, somente medicamentos regulados em relação nacional ou estadual podem ser prescritos pelos médicos. A integralidade não é elástica como se pretende, devendo observar:

- a) Regulamentos técnicos e protocolos de conduta;
- b) Percentuais de recursos financeiros, conforme definição constitucional (EC 19/2000);
- c) Prevalência do critério epidemiológico para a alocação de recursos;
- d) Compatibilização das necessidades da população com os recursos disponíveis em planos de saúde;
- e) Plano de saúde, base de todas as atividades do SUS, aprovado por conselho de saúde, representante institucional da população.

O acesso ao SUS é universal, mas pressupõe a entrada do paciente na sua rede de serviços, de acordo com seus regramentos administrativos; e a integralidade da assistência se pauta por regulamentos técnicos, protocolos de conduta, recursos financeiros, planejamento centrado na epidemiologia e plano de saúde.

Liminares concedendo medicamentos para pacientes que não estão sob tratamento no SUS; concedendo medicamentos que não estão em protocolos, nem em registros transformam o SUS numa farmácia, pura e simplesmente. Farmácia que muitas vezes age de forma ilegal, ao ter que importar medicamento sem registro no país.

Saúde não é farmácia; saúde não é medicamento; saúde é um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de responsabilidade repartida entre as três esferas de governo, de acordo com as regras da regionalização e da organização de serviços – e não de acordo com o princípio da solidariedade conforme decisões judiciais.

Devemos travar nossa luta não na conquista, via judicial, de medicamentos, mas sim para que os planos de saúde atendam as necessidades coletivas da população e sejam discutidos e aprovados em conselhos de saúde. Devemos lutar, ainda, para que os protocolos farmacológicos, os protocolos de conduta sejam atualizados periodicamente, de acordo com o avanço tecnológico racional e que tudo aquilo que ali esteja previsto seja de fato cumprido.

Estaremos fracionando, *contrario sensu*, o SUS, tornando-o complementar do setor privado, além de transformá-lo numa caríssima farmácia pública, paraíso da indústria farmacêutica que terá um público cativo de 180 milhões de pessoas! E essa conta será paga por todos nós.

*Advogada, especialista em saúde pública, autora de diversas obras sobre direito sanitário e procuradora da Unicamp aposentada.

USÃO Democracia Direitos JUSTIÇA
Responsabilidade Humanização
liberdade Seguimento
qualidade Humanização

A LUTA PELA SAÚDE COLETIVA

Itana Viana*

Refletia sobre a função institucional do Ministério Público, de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição”, e rabiscava algumas linhas para este texto, focando em aspectos do funcionamento do sistema público de saúde quando, ao ler o discurso de posse do novo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, resolvi trilhar outro caminho, embora sem mudar de rumo.

Achei interessante o fato de Sua Excelência iniciar o seu discurso enumerando “cenas do cotidiano brasileiro” que se desenrolam nos vários setores do sistema e tecer considerações sobre as dificuldades e empecilhos de ordens administrativa, política, cultural, ideológica, social e econômica que atrapalham o processo de construção do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Concebido pelo legislador constituinte como direito de todos e dever do Estado para atender às necessidades de saúde dos indivíduos e da população, o Sistema Único de Saúde trouxe a forma sob a qual deveria funcionar: por meio de ações e serviços integrantes de uma rede organizada sob as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (arts. 196 e 198 da Constituição Federal).

Com um histórico de modelos de saúde caracterizados pela predominância da medicina liberal e/ou previdenciária, campanhas sanitárias e programas de controle de doenças, a população brasileira teve consignado no ápice da pirâmide do seu ordenamento jurídico o reconhecimento do direito à saúde sem qualquer restrição, observados os princípios da universalidade, igualdade e equidade, presentes em todo o texto constitucional como norteadores de um novo tempo no Brasil – e reforçados em alguns dos seus dispositivos específicos.

Ao impulsionar a redução das desigualdades sociais que resultam em condições de vida incompatíveis com a saúde, a parte final do artigo 196 estabeleceu que o direito à saúde fosse “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.



No seu discurso, o ministro demonstrou-se consciente do desafio que tem à sua frente, na contramão da política global, quando os países ricos já deixaram para trás o Estado de Bem-Estar Social e instigam o mundo para a implantação de uma política de saúde pobre, para os pobres, nos países periféricos.

Temporão tratou de dividir o desafio com a geração responsável pela colocação da saúde como uma questão social, um bem público e um marco civilizatório para a sociedade brasileira, convocando-a para, de modo proativo, instigar sua apropriação por outras áreas, a exemplo do que vem ocorrendo com a segurança, a educação e o meio ambiente.

O ministro mostrou-se conhecedor das contradições do SUS; desde a peregrinação das gestantes em um dos momentos mais importante da vida (o que não acontece somente na Baixada Fluminense e sim em todo o Brasil – observem-se os índices de mortalidade materna e de óbitos fetais cujas causas básicas de morte constantes das Declarações de Óbito são “anoxia intra-uterina”), até a escancarada negligência de gestores que expõem a riscos os usuários e dão péssimo exemplo, sem falar dos aspectos jurídico-penais, aos estudantes que prestam atendimento sem supervisão adequada (há notícias de estudantes atendendo sem supervisão nenhuma); e também, como uma reorientação de modelo de atenção faz a diferença, registrando uma cena ambientada na Amazônia.

COM A PALAVRA

Depois disso, o ministro convocou todos à luta pela continuidade de construção do Sistema de Saúde, que implica mais do que a assistência aos doentes – que jamais pode ser negligenciada (art. 198, II, CF).

Luta essa pelo chamamento dos outros setores governamentais à responsabilidade de propiciar condições de vida digna aos cidadãos brasileiros (aliás, a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos da República Federativa do Brasil – art. 2º, II e III), no sentido de agendar e implementar as políticas sociais e econômicas responsáveis pelas condições de vida que produzem saúde: renda, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura e outros.

Reportando-se a evidências científicas de melhores níveis de saúde em países que apresentam perfis de equidade quanto ao padrão de vida referido a classes, gênero e etnia, o ministro procurou demonstrar o quanto políticas de desenvolvimento que visam à redução da desigualdade social, da opressão, da discriminação e da marginalização são importantes componentes do processo de produção de melhores indicadores de saúde.

Externando suas observações sobre as transformações no processo de trabalho com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica, registrou o momento que o SUS atravessa com o atrelamento à dinâmica do Complexo Industrial da Saúde e a contradição e paradoxo que isso representa para uma política social norteadas pela universalidade e equidade.

A par disso, o discurso de Temporão registrou a influência da mídia e da estratégia mercadológica da indústria, em uma época em que a maioria das soluções propostas para a reorientação e aperfeiçoamento do sistema público de saúde não observa essa dinâmica e responde a padrões tradicionais de diagnósticos e de cor-

reção de rumos. E questionou sobre as nossas reais necessidades de saúde.

Por fim, antes de expor o elenco de propostas-compromisso para a sua gestão, o ministro declarou que o SUS é uma política de Estado e que cabe aos governos desenvolver políticas que permitam aperfeiçoá-lo e qualificá-lo.

O discurso do ministro não deixa dúvidas que o SUS é um projeto que demanda tempo para a sua total implantação; implica mudanças profundas que reclamam uma infra-estrutura que não se constrói apenas com a vigência da lei.

As normas jurídicas que reorientam modelos de atenção criam novos paradigmas, demandam recursos orçamentários e formação de recursos humanos especializados e, em sua maioria, não estabelecem prazos para as etapas de implantação, “entram em vigor na data da sua publicação”. Nesse acervo normativo temos vigência e validade. Mas, como fica a eficácia?

Retomando a minha reflexão inicial sobre as funções institucionais do Ministério Público no que tange aos direitos à saúde objeto do artigo 196 e seguintes da CF, inclino-me a recorrer à heurística contextual; tendo muito cuidado na interpretação das normas reguladoras do SUS, atentando para os seus objetivos em relação aos propósitos da sua criação, fruto da mobilização e competência política de um dos mais organizados movimentos sociais do país.

Falo do Movimento da Reforma Sanitária, integrado pela geração que colocou a saúde como um marco civilizatório para a sociedade brasileira e ora é convocada pelo ministro recém-empossado a retomar a mobilização em defesa da saúde coletiva.

Promotora de Justiça na Bahia, especialista em direito sanitário pela Universidade de Brasília, mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e membro do MPD.

Democracia, Direitos, JUSTIÇA, Responsabilidade, Humanização, Igualdade, Saúde

CPFL Energia. Além do que você pode ver.



O desafio de iluminar o mundo ao seu redor.

A CPFL ilumina a vida de 16,7 milhões de brasileiros em 523 municípios dos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, prestando serviços de qualidade diferenciada, antecipando-se às necessidades de seus clientes. A CPFL sabe da sua responsabilidade no desenvolvimento do país e aplica a sua reconhecida experiência de gestão para apoiar as comunidades em que atua, através de projetos culturais, sociais e ambientais.



LEW/LARA



Comprometimento com o futuro na geração de energia.

A CPFL trabalha com potência máxima para oferecer sempre a melhor energia para você. Com uma capacidade instalada de 1.072 MW, correspondente ao consumo residencial mensal de 6,6 milhões de habitantes, os seus investimentos não param de crescer. Em 2010, terá sua capacidade dobrada, com a conclusão das obras de quatro usinas hidrelétricas. São resultados que, aliados ao uso racional dos recursos naturais e a um planejamento voltado ao benefício da sociedade, dão à CPFL a honra de ser considerada uma referência no setor de energia elétrica e de poder contribuir para o desenvolvimento do país.



Uma parceria segura na hora de escolher e completa na hora de atender.

No segmento de comercialização de energia, a CPFL atua em todo o território nacional, destacando-se como gestora e provedora de soluções energéticas. A melhor opção para empresas que buscam mais lucratividade e segurança no fornecimento de energia a longo prazo.



Agradecemos as mensagens sobre a revista n. 12, "Desenvolvimento Sustentável", do desembargador e diretor da Escola Paulista de Magistratura Marcus Vinicius dos Santos Andrade, do deputado estadual Antonio Salim Curiati, de São Paulo; do deputado estadual Paulo Brum, do Rio Grande do Sul; do deputado estadual Belarmino Lins, do Amazonas; da vereadora Claudete Alves, de São Paulo, e da gerente da Área de Direito à Proteção Especial da Fundação Abrinq, Denise Maria Cesário.

10 DICAS PARA ENTENDER MELHOR A SAÚDE PÚBLICA

(Trecho da cartilha "Entendendo o SUS", do Ministério da Saúde)*

- 1)** Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde;
- 2)** A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada);
- 3)** O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território;
- 4)** Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual;
- 5)** O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território;
- 6)** A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas);
- 7)** O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios;
- 8)** Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde);
- 9)** Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos – incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição – são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde;
- 10)** Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação.

AMPASA: MP UNIDO POR UMA SAÚDE MELHOR

Criada há quase três anos, em Salvador, na Bahia, por promotores e procuradores que atuam na área da saúde pública, a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, ou Ampasa, congrega atualmente mais de uma centena de membros espalhados pelo Brasil. A sede administrativa é itinerante: fica onde atua o presidente. A promotora de Justiça Sonia Maria Demeda Groisman Piardi é a presidente da vez e trabalha em Florianópolis (SC). Para ela, um ponto positivo a ser destacado na atuação do MP na saúde é o fácil diálogo com os conselhos de saúde. Por outro lado, Sonia não esquece das dificuldades enfrentadas por seus pares no MP que lutam por uma saúde pública melhor: "Combater a corrupção, a improbidade administrativa, o descumprimento da emenda constitucional n. 29/2000 e a falta de preparo de muitos gestores municipais de saúde". Para quem deseja saber mais sobre a associação, basta clicar www.ampasa.org.br.

Qual é a atuação da Ampasa?

Promovemos debates, simpósios, seminários e encontros sobre os mais diversos temas relacionados à saúde pública. Já promovemos grandes encontros nacionais em Salvador (BA), Palmas (TO) e Florianópolis (SC). Nós nos reunimos, nos anos ímpares, nos congressos nacionais do MP num grande grupo de trabalho para discutir os assuntos que mais nos afligem no dia-a-dia. No último congresso, em Belo Horizonte (MG), foram discutidas e votadas as teses que trataram sobre "saúde". Pretendemos que no próximo congresso, em setembro, a discussão das teses inscritas continue acontecendo em nosso grupo de trabalho. E participamos de eventos promovidos pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, conselhos de saúde, conselhos profissionais e outras entidades, tanto como palestrantes ou como convidados.

Por quem a associação foi criada?

Foi criada por 76 promotores e procuradores de Justiça de todo o Brasil, com o objetivo central de promover a defesa do direito à saúde, notadamente o acesso às suas ações e serviços, garantidos na Constituição Federal e no ordenamento jurídico nacional, velando pela sua plena implementação, bem como pela observância dos princípios e diretrizes do SUS. Acompanhamos o trâmite de projetos de lei sobre saúde, contribuindo, quando

possível, para o seu aperfeiçoamento, e interagimos com a sociedade, com relação à capacitação e efetividade do controle social.

Quantos associados tem a Ampasa?

Cento e seis associados, 76 membros fundadores e 30 efetivos. Todos os ramos do MP brasileiro integram a Ampasa: os MPs estaduais, o MP federal, MP do trabalho, MP militar. O estado com mais associados é o Paraná.

Quais as diferenças entre a atuação dos promotores que trabalham com saúde pública nos diferentes estados?

A atuação do MP em geral é uníssona e defende os princípios da universalidade, da integralidade e a gratuidade da atenção à saúde para todos os residentes no país. O Ministério Público trabalha para que cada vez mais o controle social se qualifique e seja respeitado pelos gestores e procura contribuir com o aperfeiçoamento do aparato legal que disciplina a matéria. Existem aspectos regionais que devem ser priorizados. No Tocantins, a atividade ministerial para o combate eficaz da dengue é intensa, em face da epidemia que o assola. No Amazonas, sobressai a questão da atenção à saúde mental, diante da pequena estrutura ambulatorial e hospitalar existente para atender portadores de transtornos mentais. No Rio, os desvios dos recursos destinados à saúde são um ponto de exaustivo embate dos colegas que lá militam. No Piauí, a exagerada terceirização dos serviços de saúde está sendo combatida, e no Rio Grande do Sul, um belo trabalho para difundir é o "Programa de Planejamento Familiar".

Para os membros do MP da área da saúde, quais são os problemas mais fáceis e mais difíceis para enfrentar?

Fáceis: o diálogo com os conselhos de saúde e a sensibilização dos procuradores-gerais de Justiça quanto à importância da saúde pública no contexto das inúmeras atribuições exercidas pelo Ministério Público. Difíceis: combater a corrupção, a improbidade administrativa, o descumprimento da emenda constitucional n. 29/2000 e a falta de preparo de muitos gestores municipais de saúde.

Qual alternativa resume o maior problema da saúde no Brasil: a) má gestão ou b) falta de verbas?

Com certeza a má gestão. De pouco adianta ter grandes valores orçamentários destinados ao sistema de saúde se não houver uma gestão competente dos recursos dos fundos.

emocional, gratia, Direitos, JUSTIÇA, liberdade, humanização

O ESTADO LAICO EM DEBATE NA USP

“Laicidade do Estado, Políticas Públicas e Educação”, seminário realizado na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo em 8/5, aconteceu na semana da vinda do Papa Bento XVI ao Brasil. Como não poderia deixar de ser, falou-se sobre a “concordata” oferecida ao governo brasileiro pelo Vaticano. O acordo previa a obrigatoriedade do ensino religioso nas escolas da rede pública brasileiras, entre outras medidas.

No painel “Fronteiras e limites do espaço religioso”, o professor da Universidade Nacional Mayor de San Marcos (Peru) Marco Huaco afirmou que a laicidade “não é sinônimo de separação entre Estado e Igreja”, como pensa a maioria. A laicidade exige outros componentes, tais como o fundamento secular da legitimidade dos fins e valores do Estado e governo.

A brasileira Ana Sofia Schmidt de Oliveira, do IBCCrim, em sua fala, fez interessantes comparações entre o sistema penitenciário e a noção de bem e mal, tipicamente religiosa. “Até a palavra penitenciária tem essa conotação, de pagar penitência”, disse. Ana afirmou que o “espírito da Inquisição” permanece vivo no sistema penal brasileiro.

No mesmo painel, que teve a coordenação de Sueli Carneiro, da ONG Geledés, Luis Antonio Cunha (Faculdade de Educação/UFRJ) centrou sua principal crítica à situação das escolas públicas no Rio de Janeiro, onde professores com qualquer formação podem ministrar ensino religioso mediante concurso público, “contanto que autorizados por instituições religiosas”.

Da UFRGS, Fernando Seffner, no mesmo painel, afirmou ser importante a discussão sobre a escola pública “inclusiva”. “Não basta incluir a menina negra na escola pública se ela não puder aprender a história de Zumbi.”

Participou também do painel Fátima de Oliveira, da Rede Feminista da Saúde, que lembrou da dificuldade de avançar o debate sobre o aborto por conta da perseguição de setores da Igreja Católica.

Sobre o respeito às liberdades individuais, falou-se muito no primeiro painel do dia, “A garantia das liberdades laicas na Suprema Corte do Canadá”. Micheline Millot (Universidade do Quebec) dividiu a mesa com o professor Tercio Sampaio Ferraz Jr. (Faculdade de Direito da USP).

“A neutralidade exige que o Estado não favoreça ou desfavoreça convicções morais e religiosas”, afirmou Micheline, citando algumas decisões da Corte Suprema e



Seminário discute educação e Estado laico no Brasil

do governo canadense, como a aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo. “O Ministro da Justiça decidiu antes que a causa fosse para a Suprema Corte.”

Tercio concordou com algumas das idéias da professora e lembrou que “a questão religiosa acaba sempre sendo transmitida à Constituição como valor”.

Outros painéis do seminário foram “Diversidade, liberdade de consciência e Estado laico”, com Marcelo Semer (Associação Juízes para a Democracia), Daniel Mundukuru (Faculdade de Educação/USP), Hélio Schwartzman (jornalista da Folha de S.Paulo), Roseli Fischmann (Faculdade de Educação/USP); “Políticas Públicas e Estado Laico”, com Roberto Lorea (Associação dos Juízes do Estado do Rio Grande do Sul), Thomaz Gollop (professor de genética médica/USP), Ennio Candotti (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), Romualdo Portela de Oliveira (Faculdade de Educação/USP) e “Laicidade do Estado e Valores Democráticos”, com Celso Lafer (direito USP) e Roberto Blancarte (Colegio de México).

O evento foi organizado pela professora Roseli Fischmann, da Faculdade de Educação da USP e contou com o apoio do MPD, entre outras entidades.

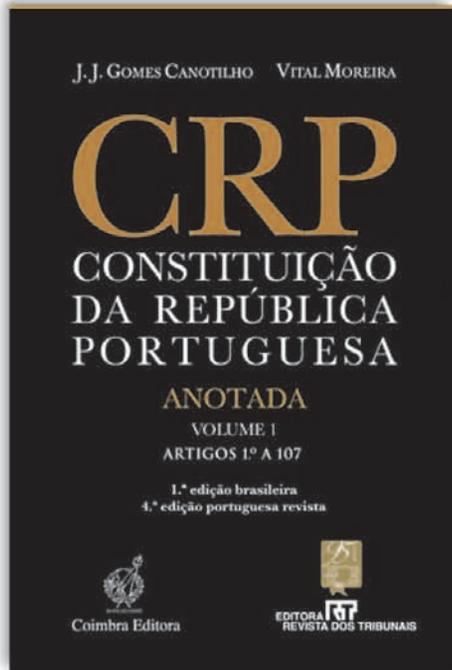
MPD APÓIA: “DIREITO POR UM PLANETA VERDE”

Entre os dias 27/5 e 1/6 o Instituto “O Direito por um Planeta Verde” promoveu, com o apoio do MPD, do Centro de Apoio Operacional do Urbanismo e Meio Ambiente (MPSP) e de outras entidades, uma série de congressos sobre direito ambiental. Serão realizados, entre outros, o 11º Congresso Internacional de Direito Ambiental e o 2º Congresso de Direito Ambiental dos Países de Língua Portuguesa e Espanhola. Mais informações: www.planetaverde.org ou pelo telefone (11) 5575 4255.





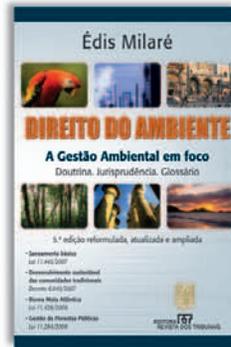
Atualize-se. Conheça os lançamentos RT.



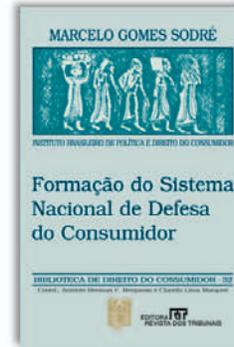
A OBRA MAIS FESTEJADA DA LITERATURA JURÍDICA PORTUGUESA AGORA NO BRASIL, FRUTO DA PARCERIA ENTRE AS EDITORAS RT E COIMBRA.

- Livro clássico de referência
- Artigos 1º a 107 comentados em trabalho doutrinário
- Análise normativa da Constituição Portuguesa e suas revisões

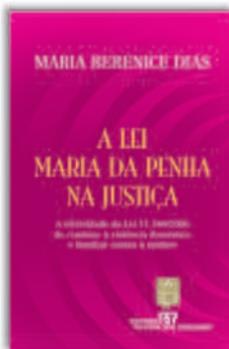
J.J. Gomes Canotilho
Vital Moreira
1.152 páginas - R\$ 230,00



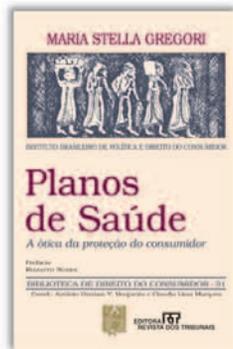
Édis Milaré
1.280 páginas - R\$ 198,00



Marcelo Gomes Sodré
302 páginas - R\$ 58,00



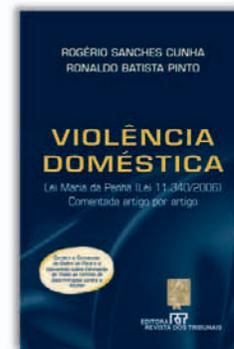
Maria Berenice Dias
160 páginas - R\$ 28,00



Maria Stella Gregori
208 páginas - R\$ 39,00



Teori Albino Zavascki
304 páginas - R\$ 54,00



Rogério Sanches Cunha
Ronaldo Batista Pinto
176 páginas - R\$ 32,00

Preços sugeridos para junho de 2007.

Você pode confiar nos lançamentos RT.
Afinal, esta marca já vem com
95 anos de experiência e tradição.



EDITORA **RT**
REVISTA DOS TRIBUNAIS
WWW.RT.COM.BR