

IMPRESSO ESPECIAL

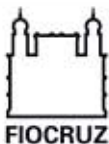
CONTRATO
Nº 050200462-2/2001

ECT/DR/RJ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



RADIS

comunicação em saúde



Nº 10 ♦ Junho de 2003

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Conasems de cara nova para enfrentar desafios do SUS

REFORMA DA PREVIDÊNCIA
No 'tudo ou nada',
diálogo dá lugar a ansiedade


CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
Seis décadas de história

País vive a 'síndrome
da virose suspeita'



As fotos do Radis

Em vinte anos de existência, o Radis nunca contou com um fotógrafo profissional atuando nessa função, na redação. Durante muito tempo, limitações técnicas, gráficas e orçamentárias impediram que nossas publicações se utilizassem, com flexibilidade e regularidade, de fotografias em suas matérias. No entanto, de um modo ou de outro, de

vez em quando conseguíamos driblar os obstáculos e fornecer ao leitor as imagens necessárias à compreensão, à ilustração e à complementação das reportagens e artigos. Seleccionamos três dessas fotos, pela força de sua imagem e pela repercussão que tiveram ao serem estampadas em nossas capas, coincidentemente da revista Dados. 



Um menino negro estirado numa grande avenida do Rio de Janeiro, enquanto um batalhão de carros desumanizados parece pronto a atropelá-lo, de novo e de novo. A foto, comprada do Jornal do Brasil e clicada pelo fotógrafo Carlos Mesquita, tornou-se capa da revista Dados 14 (Dezembro de 1990), sobre a violência nas regiões metropolitanas.



'O Retrato da Aids', foto de Olívio Lamas, adquirida da agência O Globo, causou polêmica na redação e entre leitores, por revelar a face de um homem em estado terminal em decorrência da Aids. A foto, publicada na revista Imprensa e vencedora de prêmio, foi estampada na Dados 11 (Março de 1988). O próprio jornal em que o fotógrafo trabalhava recusou-se a publicá-la, por achá-la "muito chocante". Conversando conosco, Olívio, defendendo a sua veiculação, perguntava: "Mas o que é muito chocante? A foto ou a Aids?"

A beleza e a serenidade do olhar da atriz Cássia Kiss, que acabou de protagonizar uma bem-sucedida campanha sobre o câncer de mama, ocupam a capa da revista Dados 15 (Junho de 1991), cujo tema era mortalidade por câncer no Brasil. Os direitos de imagem foram generosamente cedidos ao Radis pela própria atriz.



A Reforma e as reformas

A palavra do momento é 'reforma'. Além das reformas que estão na ordem do dia – a da Previdência e a Tributária – ainda há as 'reformas implícitas', aquelas que todos sabem que precisam ser feitas: reforma do Judiciário, reforma da segurança pública, reforma da Educação, reforma agrária. Para o povo da Saúde, quando a palavra 'reforma' cai nos ouvidos vem a imediata lembrança da Reforma Sanitária, a bandeira decisiva que fincamos no cume de nosso Everest passado, uma montanha de injustiças, desigualdades, omissões, paternalismos, clientelismos, segmentações e burocracias. Um olhar sobre a Reforma Sanitária, exemplo de reforma bem-sucedida e ainda em curso, é uma imensa lição para todas as 'reformas' que estão sendo propostas, impostas ou levadas a cabo em nosso país.

Para começar, a Reforma Sanitária tinha e tem um objetivo primordial, do qual jamais se afastou: assegurar e promover a saúde e a qualidade de vida do cidadão. Isso quer dizer que era e continua sendo o *cidadão* brasileiro o seu foco central, e não o próprio sistema. Em segundo lugar, a Reforma Sanitária tinha e tem princípios claros – universalidade, integralidade

e equidade – a nortear tudo o mais, princípios esses que mais tarde norteariam igualmente o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988.

Em terceiro lugar, a Reforma Sanitária tinha e tem o compromisso com a transparência e com o diálogo, e seu processo longo de discussões, debates e produção e compartilhamento de conhecimentos entre e com a sociedade, em diversos fóruns e de diversas formas, foi culminado na Assembleia Constituinte de 88 e está longe de terminar, como atesta a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde. E, por fim, a Reforma Sanitária tinha e tem por pressuposto o contínuo 'reformular' de si mesma, passo a passo, segundo os princípios e processos já estabelecidos. A lição dessa Reforma é muito simples e clara.

A distinção essencial entre a Reforma Sanitária e a reforma da Previdência, segundo os críticos desta, é exatamente seu ponto de partida, o objeto principal de uma e de outra: enquanto na Reforma Sanitária esse era o cidadão e seu bem estar, na da Previdência parece ser o equilíbrio das contas do governo. Isso faz toda a diferença do mundo.

CACO



Memória	2
♦ As fotos do Radis	
Editorial	3
♦ A Reforma e as reformas	
Caco	3
Cartas	4
Súmula da Imprensa	5
XIX Congresso do Conasems	7
♦ Conasems reforça os compromissos para a consolidação do SUS	
♦ Conselho elege nova diretoria	
♦ A Carta de Belo Horizonte	
Entrevista:	10
Sílvio Fernandes da Silva	
♦ Secretário municipal de Londrina diz que fortalecer o Conasems é fortalecer o SUS	
12ª Conferência Nacional de Saúde	11
♦ Cronologia das Conferências: seis décadas de história	
Epidemiologia	14
♦ País vive a 'síndrome da virose suspeita'	
Projeto Genoma Humano	15
♦ Concluído o mapa genético do homem	
Programa Saúde da Família	16
♦ Sobral mostra que saúde começa em casa	
Seguridade Social	17
♦ Reforma da Previdência: a pressa é inimiga da discussão	
Serviços	18
Pós-Tudo	19
♦ Fome Zero, por que não?	
Ora, Pímulas...	19

CARTAS



FOTOGRAFIA DA FOME

Quero parabenizá-los pelo maravilhoso trabalho que vocês fazem ao escrever esta revista. Trabalho na Secretaria de Saúde de meu município e aqui nem sempre acaba chegando a revista, porque às vezes alguém a segura pelos caminhos dos departamentos. Também sou professora de História, historiadora com muito orgulho e atualmente leciono no Ensino Fundamental de meu município. O texto de abertura da reportagem *Fotografia da Fome* (Radis 8 – abril/2003) me tocou lá no fundo. Chega a me dar um nó na garganta e acabo chorando, quando visualizo a foto. Com certeza a levarei aos meus alunos e pedirei a eles que interpretem a imagem. Afinal, em História também trabalhamos com as imagens. Cristiane Dezan (por e-mail)

Olá, pessoal da Radis. Tenho 18 anos, estou cursando a 3ª série do Nível Médio e é a primeira vez que escrevo para vocês. Eu não sabia que existia uma revista tão útil, até que dias atrás fui fazer um trabalho de escola na casa de uma amiga e ela tinha a revista nº 8 (abril/2003). Fizemos um trabalho excelente sobre a fome. Fiquei muito emocionada ao ver a fotografia da fome, aquela menina morta com um abutre esperando seu último suspiro para devorá-la. Chorei muito, pois sei que essa é a dura realidade de muitos países. Camila Ferreira Santos
Brotas de Macaúbas – BA

Car@s Caco e Ana Beatriz. Estava viajando e somente há poucos dias pude ler a Revista Radis que vocês enviaram, acerca do problema da Fome. Fiquei vivamente impressionado com a consistência e honestidade jornalística que vocês trabalharam. Assim, quero manifestar meus parabéns e agradecer pela contribuição que deram a esta causa comum da luta contra a fome no Brasil e da construção de melhores condições de segurança alimentar para todos. Chico Menezes – Membro do Consea e diretor do Ibase – RJ

A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO



É um imenso prazer escrever esta carta, poucas horas depois de ler a edição de abril, que estava na Câmara de Vereadores, à disposição da comunidade para leitura. Estou muito contente em conhecer uma publicação como essa e, principalmente, as informações sobre o tema da fome e sobre outros temas da saúde, dos quais temos pouco conhecimento. Gostaria de pedir para receber as revistas, pois pretendo usar as matérias e as belíssimas informações a partir dos próximos meses, quando,

graças a Deus, estarei iniciando minha faculdade de Educação Física.
Edinildo dos Santos Teixeira (por carta)
Bento Fernandes – RN

Tive conhecimento dessa excelente publicação, por acaso, ao folhear o material de um sindicato local. Parabenizo vocês pela qualidade das informações, sobretudo porque ainda somos um país no qual a leitura e o acesso a ela não estão significativamente democratizados. Gostaria de receber estas publicações, que serão muito importantes como fonte de pesquisa, como foi o caso da revista da Dengue, que utilizei em sala de aula para aprofundar as informações dos alunos.

Daniel Lima
Deserto – CE

SÉRIE ESPECIAL FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Olá pessoal da Radis! Sou estudante de Saúde Pública da Universidade Estadual do Piauí e aluna do Profae. Foi uma agradável surpresa descobrir a revista Radis, que tem uma excelente qualidade editorial. É com muita alegria e honra que agradeço a vocês por terem me atendido gentilmente. Gostaria que me enviassem as quatro revistas da série especial Formação em Saúde que não chegaram até a mim. Tenham certeza que todas elas serão de grande utilidade para o meu curso. Marilene de Souza Santos (por fax)
Oeiras – PI

♦ O envio de edições anteriores será feito de acordo com a disponibilidade de estoque.

EXPEDIENTE



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

Periodicidade: Mensal
Tiragem: 42 mil exemplares
Assinatura: Grátis

Presidente da Fiocruz: Paulo Buss
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha
Editor: Caco Xavier

Subeditora: Ana Beatriz de Noronha
Subeditor Gráfico: Aristides Dutra
Redação: Carlos Gustavo Trindade e Katia Machado

Estudos e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Administração: Carlos Paiva, Márcia Pena e Vanessa Santos

Endereço

Av. Brasil, 4036, sala 515 –
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ
CEP: 21040-361
Telefone: (21) 3882-9118
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: radis@ensp.fiocruz.br

Site: www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impressão e Fotolito

Ediouro Gráfica e Editora SA

O Nome do Cachorrinho

A promoção *Dê um Nome ao Cachorrinho da Fome* mobilizou tantos leitores a fim de 'batizar' o vira-latas mais famoso do Radis que as sugestões ainda não pararam de chegar. Por isso, decidimos estender um pouco mais o prazo de envio de sugestões. No próximo número, publicaremos as melhores sugestões, bem como o grande vencedor. Todas as sugestões que chegarem até o dia 10 de junho participarão da avaliação. Ainda há tempo. Envie três sugestões de nome para o cachorrinho, por carta, fax ou e-mail e candidate-se a ganhar um kit da Fiocruz e um desenho original do personagem que você ajudou a nomear.



SÚMULA DA IMPRENSA

EMPRESAS DÃO FORÇA AO FOME ZERO

O Programa Fome Zero, do governo federal, passa a contar com o apoio de empresas privadas na arrecadação de dinheiro. A indústria de chocolates paulista Cacau Show, por exemplo, criou algumas ações para facilitar doações de alimentos a famílias carentes. Já o grupo Cometa, em Chapecó, Santa Catarina, que comercializa motocicletas, veículos e autopeças e atua no setor de turismo, oferece descontos de 30% para consumidores que doarem cinco quilos de alimentos não-perecíveis no caso de revisões em motos. No setor público, a *holding* do setor elétrico Eletrobrás destina áreas para plantio que ficam próximas a hidrelétricas.

Existe uma tendência, tanto nas empresas públicas quanto privadas, de investimentos voltados para a responsabilidade social, aliando a preocupação com o social a perspectivas de ganhar maior simpatia e visibilidade junto ao público. Uma boa fonte de consultas para as empresas que desejam colaborar com o Programa Fome Zero é o Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Instituto Ethos: www.ethos.org.br

MINISTÉRIO QUER DESCRIMINALIZAR USO DE DROGAS

Se depender do Ministério da Saúde, o país adotará uma Política Nacional Antidrogas (Prnad) que resulte em um novo tipo de conduta das autoridades em relação aos usuários de drogas, a fim de que haja descriminalização. A base para a mudança está num documento denominado 'A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas'. As idéias apresentadas buscam a formulação de políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição. As propostas apresentadas independem de futuras alterações na legislação, que considera o uso de drogas como crime.

Uma das ações defendidas pelo Ministério da Saúde é a implementação em larga escala de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) para atendimentos e serviços diários para comunidades. Neles, procuraria-se desvincular o uso de drogas e álcool da idéia de delin-

quência e marginalidade, o que resultaria num acesso mais fácil a tratamento. O Ministério da Saúde considera que a atual política tem dado margem a campanhas publicitárias que reforçam o senso comum de que todo consumidor é perigoso para a sociedade.

MAIS RIGOR NAS PROPAGANDAS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

A Associação Brasileira de Bebidas (Abrabe) realiza uma verdadeira batalha jurídica contra a decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, em Porto Alegre, que obriga a adoção de mais critérios em propagandas sobre bebidas alcoólicas, entre os quais informações relativas ao teor alcoólico e alerta de que os produtos anunciados não devem ser ingeridos por gestantes, à possibilidade de dependência e à proibição quanto ao uso de menores. A Abrabe vai recorrer da decisão junto ao Superior Tribunal de Justiça (STJ). O rigor da Justiça vale também para o vinho e a cerveja, embora não tenham teor alcoólico superior ao limite de 13 graus Gay Lussac, definido na Lei 9.294/96, que faz restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas.

CRESCER O MERCADO DE ESTIMULANTES SEXUAIS

O Brasil passou a ter concorrência entre os fabricantes de medicamentos corretivos para disfunção erétil com a entrada no mercado, em maio, do Levitra e do Cialis. Até então os cerca de 12 milhões de brasileiros com problemas do gênero só tinham o Viagra como alternativa nas farmácias. O

Levitra é fabricado em parceria pelas indústrias Bayer e GlaxoSmithKline (GSK), que afirmam que o medicamento mostrou eficiência em 91% dos casos. Já a indústria americana Lilly, fabricante do Cialis, assegura que seu produto provou ser bem tolerado e eficaz para melhorar a função erétil em um bom número de pacientes. Os três medicamentos do tipo têm em comum o fato de fazerem efeito entre quatro e 36 horas. Novos medicamentos do gênero deverão ser lançados em breve no país, mas sem novidades, já que também devem se caracterizar por conterem inibidores da enzima PDE-5 (Fosfodiesterase).

SAÚDE QUE VEM DA TERRA

Cerca de três mil espécies de plantas e 100 espécies de fungo serão recolhidas e testadas por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para possíveis utilizações contra doenças como o câncer, leishmaniose e mal de Chagas. O trabalho, realizado pelo Centro de Pesquisas René Rachou, em Belo Horizonte, tem como fonte de consulta uma biblioteca de extratos vegetais que apresentaram bons resultados em relação a alguns tipos de tumores cancerígenos e ao micróbio *Trypanosoma cruzi*, causador do mal de Chagas. A fitoterapia, que tem cerca de seis mil anos, é a forma mais antiga de tratamento médico.

Entre mil e duas mil espécies de plantas a serem pesquisadas ainda não fazem parte do banco de extratos da Fiocruz, e o trabalho inova também ao incluir os fungos basidiomicetos, do mesmo tipo dos cogumelos. Os pesquisadores da Fiocruz farão ainda testes para melhorar a capacidade de con-

A Radis caiu na rede

Agora você pode encontrar na internet o conteúdo integral de nossa revista. Além da Radis, também está lá o último ano das revistas Tema e Súmula. É possível ler na tela do computador ou salvar os arquivos em disco.

Radis: informações fundamentais para o profissional de Saúde. Agora também on-line.

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

RADIS
comunicação em saúde

SAÚDE
FIOCRUZ
ENSP



trolar o sistema de defesa do organismo humano, o que pode contribuir para a diminuição da rejeição de transplantes. A pesquisa da Fiocruz com plantas e fungos tem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) e as participações da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Fundação Centro Tecnológico de Minas Gerais (Cetec).

MANAUS ENFRENTA GRANDE EPIDEMIA DE MALÁRIA

A cidade de Manaus vive a maior epidemia de malária de sua história, com 16.994 notificações só no primeiro trimestre deste ano, volume 815% superior ao registrado no mesmo período em 2002, conforme os dados da Secretaria de Estado de Saúde (Susam). A situação tem se agravado após a suspensão pela Susam do serviço de aplicação de inseticidas à noite, o aumento das chuvas e os desmatamentos ocorridos em invasões de terras. Agentes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) denunciaram, em novembro de 2002, a falta de infra-estrutura para combater a malária. Trata-se de uma doença parasitária originária da África causada por protozoários do gênero *Plasmodium*. Os sintomas mais comuns da malária são dores na cabeça e nas costas, vômitos, diarreia e febre. Até março foram registrados 20.252 casos de malária em todo o estado do Amazonas, sendo que em abril verificou-se redução no número de notificações em Manaus.

PLANOS DE SAÚDE MAIS CAROS

Os planos de saúde ficaram 9,27% mais caros, para tristeza das cerca de 11 milhões de pessoas que possuem contratos individuais. A cada mês de aniversário dos contratos de cada usuário acontecerão os acréscimos. O aumento, anunciado em maio pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), ficou próximo do valor máximo autorizado pelo governo no ano passado (9,39%), mas o reajuste médio em 2002 ficou em 7,69%. Baseadas nos balanços de custos, as empresas de medicina de grupo queriam aumento de 15% a 20%. Já a ANS explica que o aumento deste ano foi calculado com base no percentual médio de reajuste aplicado a 145 mil contratos de planos de saúde coletivos. No Brasil, existem cerca de duas mil empresas de medicina de grupo que atuam em diversos segmentos.

CAOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS



As precárias condições em que vivem seis comunidades onde existiram quilombos no Amapá, Pará e Maranhão são os principais fatores que resultam em problemas de saúde como desnutrição, anemia, verminose e até depressão. A constatação, feita em trabalho de campo por uma equipe de pesquisadores do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz em Manaus, resultou na inclusão das comunidades no programa Fome Zero.

O Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz doará remédios e suplementos vitamínicos para as comunidades. Na comunidade de Arapemã, que fica próxima ao rio Tapajós, no Pará, metade das crianças apresentam quadro de desnutrição grave com perda peso, atrofia muscular e retardo de crescimento. Está prevista já para este ano a ampliação da pesquisa, envolvendo famílias residentes em mais 48 comunidades quilombolas da região.

SEMINÁRIO DISCUTE MUDANÇAS NA SAÚDE

Adoção de uma política econômica Ano país que incentive investimentos em desenvolvimento tecnológico para fabricação de medicamentos e insumos foi o principal foco do seminário do 1º Seminário sobre o Complexo Industrial da Saúde, realizado no início de maio, no auditório do BNDES, Centro do Rio. Um dos objetivos é diminuir a dependência quanto a importações na área de saúde, que representam um déficit de US\$ 3,5 bilhões na balança comercial do Brasil.

O evento, que contou com as participações do presidente da Fiocruz, Paulo Buss, do ministro da Saúde, Humberto Costa, e do presidente do BNDES, Carlos Lessa, durou três dias e serviu para dar uma idéia de quais projetos o governo federal pode apoiar. A princípio, R\$ 30 milhões irão para a fabricação de vacinas contra a gripe no Instituto Butantã, em São Paulo.

Segundo Paulo Buss, outros seminários do gênero serão realizados

este ano, inclusive para discutir como lidar com as mudanças globais, sobretudo em relação a novos medicamentos que têm base na biotecnologia. Ele afirmou que até novembro estará pronto um documento, feito em conjunto pelo governo, empresas privadas, instituições de pesquisa e outros segmentos, para a realização de mudanças gradativas no setor até 2015.

TRABALHO INFANTIL E DESEMPREGO

São cerca de 5,4 bilhões de crianças que trabalham no país (dados do IBGE de 2001) e esse quadro é suficiente para que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) faça uma relação direta do trabalho infantil com o desemprego. A OIT até reconheceu que o Brasil tem avançado bastante na diminuição do problema, considerado um quadro comparativo de 1992 e 2001 que apresenta queda de 8,4 milhões para 5,4 milhões. Porém, preocupa bastante o grande número de crianças cujo trabalho é explorado nas áreas urbanas, que chega a 56,6% do total. No mundo são 8,5% na área rural e 21,8% nos centros urbanos.

Entre as principais preocupações da OIT em relação ao Brasil figura o crescimento da mão-de-obra infantil no narcotráfico. Segundo os dados do IBGE, mais de um milhão de crianças não frequentavam escolas em 2001 e 2,2 milhões na faixa dos 5 a 14 anos trabalhavam, o que é ilegal. Mais de 1/3 de crianças e adolescentes era submetido a tradicional jornada de trabalho de 40 horas semanais e metade enfrentava um sistema de escravidão, ou seja, não recebia remuneração. ■

O pequeno jornalista

Inauguramos, nesta edição, a 'voz da 12ª CNS'. Quando você vir, a partir de agora, este bonequinho espalhado pelas páginas desta e das próximas edições da Radis, já saberá que aí estará alguém falando a respeito de suas expectativas sobre a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em dezembro deste ano, em Brasília. Você deseja participar e ter também a sua voz na boca do pequeno jornalista? Escreva pro Radis e diga o que espera da Conferência. ■



SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

XIX CONGRESSO CONASEMS

Conasems reforça os compromissos para consolidação do SUS

Katia Machado

Os congressos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, organizados anualmente pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), têm como tradição discutir os rumos da saúde no país, reforçando os desafios colocados para os gestores municipais de saúde e o compromisso coletivo e empenho dos gestores no processo de construção do SUS. Foi nesse espírito que aconteceu o XIX Congresso, entre os dias 27 e 30 de abril, em Belo Horizonte, marcado ainda por duas particularidades: a comemoração de 15 anos do Conasems e a eleição da nova diretoria (ver box página 08).

Para Otaliba Libâneo, secretário municipal de saúde de Goiânia (GO), esse é um momento especial, possibilitando “traçar e articular as estratégias, políticas e diretrizes para o Conasems e para o SUS”. Assim também pensa Sílvio Mendes, que até este ano ocupou o cargo de presidente do Conasems.

— O Conasems foi decisivo em todos os momentos de construção do SUS, seja na formulação de políticas, na operacionalização das ações em serviços ou na implementação de estratégias. Nesse momento de mudanças de diretoria e de governo, a participação do Conselho é especialmente importante — completou.

O Congresso, que teve mais de 1.600 inscritos, teve como tema ‘Saúde é um direito de todos e dever do Estado’, apresentando quatro importantes discussões: descentralização; política de financiamento do SUS; construção da atenção integral à saúde; e gestão do trabalho no SUS. Esses debates resultaram na Carta de Belo Horizonte, aprovada no último dia do congresso (ver box na página 09). Para Beatriz Dobashi, secretária municipal de saúde de Campo Grande (MS), o fato de o congresso ter apresentado tão grande número de inscritos significa que as pessoas estão buscando cada vez mais os fóruns de debates para apontar suas dificuldades e idéias.

— Esse é, sobretudo, um momento de boas expectativas, pois estamos convivendo com um Ministério da Saúde formado por pessoas que participaram



FOTO: MARCUS VINICIUS SILVA

Humberto Costa, ministro da Saúde: “Não foi por acaso que nossas primeiras medidas fortalecem o município e a Atenção Básica”

do movimento municipalista e que tiveram uma forte militância na Reforma Sanitária e na construção do SUS. Nós, secretários municipais, estamos muito otimistas. Sabemos que temos restrições recursos, mas a política nos parece favorável — ressaltou a secretária.

Durante o debate, alguns desafios importantes na consolidação do SUS foram citados, como a implantação de uma política efetiva de recursos humanos para o setor Saúde e de processos de formulação das políticas públicas de Saúde no país, a reorganização dos investimentos no setor, e o resgate das leis e estratégias do SUS. Nesse sentido, segundo informou o ministro da Saúde, Humberto Costa, presente na abertura do Congresso, o município tem papel fundamental, visto como ator principal das ações e serviços em Saúde. “Não foi por acaso que nossas primeiras medidas fortalecem o município e a Atenção Básica”, esclareceu.

Como o ministro informou em sua apresentação, algumas ações já aconteceram: foi aprovada a implantação de mais quatro mil equipes de Saúde da Família para o ano de 2003 e mais três

mil equipes de Saúde Bucal como estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF); iniciada a execução do Plano de Expansão do PSF (Proesf) em cidades com mais de 100 mil habitantes; foram ampliados os recursos para a Atenção Básica; corrigidos os incentivos da Vigilância Sanitária, dos serviços de controle de doença e do Programa Farmácia Básica do ano de 2002 para a população; foi aumentado em 20% o comprometimento do Ministério da Saúde com o financiamento de cada equipe de PSF; e duplicados os recursos da Farmácia Básica para os municípios que fazem parte do Programa Fome Zero. Além das ações realizadas, outras foram como prioridades do Ministério da Saúde para os próximos quatro anos de gestão foram debatidas no Congresso.

DESCENTRALIZAÇÃO

O preceito de descentralização política e administrativa como direção única por esfera de governo é um dos fundamentos constitucionais do SUS, assim como as estratégias de regionalização e hierarquização das ações e serviços públicos de saúde.

A 12ª CNS deve ser uma formalização dos princípios realçados no XIX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde: o fortalecimento do comando único e da descentralização, a ampliação do financiamento e a construção de uma política de recursos humanos. O trem já foi colocado nos trilhos, vamos ver agora como ele vai andar.

Celso Mendonça, secretário municipal de São João Evangelista (MG)



Tal proposta visa a fortalecer o comando único do município, inserindo-o em uma rede hierarquizada e regionalizada de atenção à Saúde por meio de pactuações entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Tais discussões permearam a mesa redonda 'Descentralização'.

De acordo com Gastão Wagner, titular da secretaria executiva do Ministério da Saúde, a descentralização do sistema é apenas uma forma de organizá-lo e a maneira de "garantir a universalidade, a equidade e integralidade das ações". Assim também pensa Luiz Roberto Barradas, secretário estadual de saúde de São Paulo. Para ele, enquanto a universalização, a equidade e a integralidade devem estar qualificadas como princípios éticos ou doutrinários do SUS, a descentralização, a regionalização e a participação popular podem ser encaradas como princípios organizacionais do sistema.

Para Alcides Silva, ex-secretário de saúde dos municípios de Quixadá e Icapuí, o tema, do modo como está expresso na Constituição Federal, é uma "estratégia de horizonte":

– Dificilmente vamos encontrar divergências. A descentralização é conveniente porque é democrática, diminui custos e dá maior autonomia aos municípios. Do ponto de vista normativo, existe uma equivalência de poderes entre os três níveis de gestão, não havendo como estabelecer uma hierarquia no sentido de quem toma decisão. Eles podem conversar e pactuar em espaços como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – finalizou.

Mas se, por um lado, a descentralização dá maior autonomia aos gestores

municipais, por outro oferece o risco de cada um agir como achar melhor. "A maioria da nossa população e de nossas lideranças querem ter todos os serviços e ações no seu município, da vacina ao transplante. Sabemos que isso é impossível e a única forma de dar acesso a tudo é constituindo redes regionalizadas e hierarquizadas no serviço de saúde", concluiu Barradas. "Nós temos uma autonomia relativa à Constituição brasileira, à lei que regulamenta o SUS, ao Conselho Nacional de Saúde e aos contratos estabelecidos", afirmou Gastão Wagner, acrescentando que para que a descentralização não fragmente o SUS, deve-se aproveitar e ampliar os fóruns de discussões, como a CIT e a CIB Comissão Intergestores Bipartite).

POLÍTICA DE FINANCIAMENTO

Reorganizar e implantar uma política de financiamento efetiva tornou-se prioridade para a continuação do SUS, e o XIX Conasems tenta encaminhar soluções, proposições e uma agenda de ações objetivas, de forma a estabelecer as bases de compromisso entre os três níveis de governo, voltadas para um financiamento suficiente, estável e com ênfase na Atenção Básica.

Segundo Marcelo Gouveia, da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que estabelece a participação orçamentária mínima obrigatória da União, estados, municípios e Distrito Federal no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, é o marco na discussão sobre o tema porque "insere a responsabilidade dos três níveis de governo e associa o montante ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e à arrecadação tributária". Ele acrescenta que os recursos da EC 29 podem variar segundo o crescimento econômico, a previsibilidade e a possibilidade de redefinição dos percentuais mínimos de aplicação.

Segundo Sílvio Fernandes, secretário de saúde do município de Londrina (PR), se a Emenda fosse cumprida, em 2003, teríamos R\$ 9 bilhões disponíveis para o financiamento da Saúde e, em 2004, R\$ 20 bilhões (R\$ 9 bilhões de 2003 mais R\$ 11 bilhões de 2004). Cumprida tem sido, no entanto, o grande entrave, sobretudo para União e estados, assim como definir devidamente os gastos com a saúde. "No ano de 2002, a União gastou a menos cerca de R\$ 4 bilhões. O estado do Paraná, por exemplo, em 2001 gastou 7,62% da sua receita com a Saúde, após constatar o que são realmente gastos com saúde, esse percentual caiu para 3,5%. Fatos como esses são presentes em muitos outros estados", explicou Sílvio, ressaltando que o SUS tem efici-

ência econômica, apesar de não conseguir aplicar bem seus recursos.

Para resolver o problema, conforme esclareceu Marcelo Gouvêa, faz-se necessário regulamentar a Emenda, definindo sua base (se móvel ou fixa), mudar o percentual mínimo de aplicação, que hoje é de 12% para os estados e 15% para os municípios, e o tipo de repasse, que atualmente depende de um fluxo do tesouro. "Se hoje conquistássemos um repasse automático, os gestores municipais teriam maior autonomia", disse.

Tal proposta, portanto, depende ainda de estratégia de acompanhamento e controle. Como explicou Marcelo, é necessário reorganizar o Sistema de Informações de Operações em Saúde (Siops) e implantar ações integradas entre as instâncias de controle social e de difusão do debate acerca do financiamento. "Tudo isso depende ainda da mobilização dos atores sociais – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conasems, Conselho Nacional de Saúde (CNS), tribunais de conta e Ministério Público", concluiu.


ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

O principal objetivo da mesa-redonda 'Construindo a Atenção Integral à Saúde' foi avaliar os avanços e desafios no processo de implantação do SUS, no que diz respeito ao princípio da atenção integral à saúde, estabelecendo os desafios e avanços nos últimos anos com relação à implantação de um novo modelo assistencial voltado para a garantia de acesso, para a resolutividade e que articule ações individuais e coletivas, como também promocionais e preventivas.

Para o secretário de saúde de Goiânia Otaliba Libâneo, a integralidade é talvez o mais complexo princípio do SUS, pois implica em mexer no sistema como um todo – na Atenção Básica, na Atenção de Média e Alta Complexidade, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, entre outros fatores. De acordo com Sarah Escorel, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), discutir a atenção integral à saúde é falar sobre o acesso às ações e serviços em saúde – oferta e cobertura, atendimento e demanda programada e espontânea –, e também sobre a integração dos serviços de saúde, a resolutividade, os vínculos entre população atendida e trabalhadores de saúde, a humanização dos serviços e ações, os mecanismos de participação e controle social, a intersetorialidade e muitos outros fatores.

Nesse contexto, segundo ela, alguns avanços foram conquistados: o investimento e fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principal-

Nova diretoria do Conasems

Um aniversário de quinze anos é uma data marcante no imaginário da sociedade brasileira, e não poderia ser diferente para o Conasems. Foi, portanto, em clima de comemoração que a nova diretoria do Conselho que representa os quase 5.600 municípios desse país foi eleita. Após um acordo entre as duas chapas candidatas, o secretário municipal de saúde de Sobral (CE), Odorico Monteiro de Andrade, assumiu a presidência do Conselho, e Valter Lavinias Ribeiro, secretário municipal de Três Rios (RJ), a vice-presidência. Os dois, que estavam concorrendo à presidência do Conasems, foram aplaudidos pela plenária do XIX Congresso quando anunciaram a união das chapas. 

Carta de Belo Horizonte

Os documentos produzidos no final dos Congressos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde traduzem as expectativas e propostas dos gestores municipais para a consolidação do SUS. A Carta de Belo Horizonte, produzida no final do XIX Conasems, estabelece as seguintes prioridades de ação:

1) Avançar na consolidação do processo de descentralização do SUS: defendendo o princípio do comando único em cada nível do sistema de saúde; contribuindo com a estruturação hierarquizada e regionalizada do sistema; favorecendo a implantação e o fortalecimento dos fóruns de articulação e de pactuação regionais.

2) Direcionar esforços que garantam a integralidade de atenção à saúde aos brasileiros: articulando as ações dos três níveis de governo; qualificando e integrando as práticas de saúde pública com as práticas assistenciais; estimulando as abordagens intersetoriais de promoção da saúde; garantindo o princípio do multiprofissionalismo na promoção e na assistência;

3) Garantir o financiamento adequado nos três níveis do sistema como condição básica para a consolidação do SUS: defendendo a manutenção dos atuais percentuais mínimos orçamentários, constitucionais, para a saúde em cada nível

de governo; intervindo nas discussões e tramitação do projeto de lei complementar à Emenda Constitucional 29, bem como nos projetos de emendas constitucionais referentes a Reforma Tributária, Reforma da Previdência e Reforma das Relações de Trabalho; avançando na regulação, na pactuação e no aperfeiçoamento dos mecanismos de contratualização das ações assistenciais; defendendo e implementando o princípio da orçamentação ascendente; e aprofundando a participação do controle social no processo de elaboração e acompanhamento do orçamento.

4) Reconhecer a gestão de pessoas e as relações de trabalho como eixo central da atuação dos três níveis gestores do SUS: participando da definição do Plano Nacional de Capacitação dos Profissionais do SUS; defendendo a implementação de mudanças no processo de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, enfatizando o princípio do multiprofissionalismo e as competências e habilidades específicas; combatendo a precarização das relações de trabalho em todos os níveis do SUS; estimulando a implantação de PCCS em todos os municípios brasileiros; contribuindo para o reconhecimento de novas atuações profissionais voltadas para as necessidades do SUS. ■

mente nos serviços de atenção básica; o aumento da cobertura de serviços em todos os níveis de complexidade; a difusão e implementação de ações intersetoriais visando a promoção e proteção da saúde; e a ampliação dos procedimentos de atenção básica, tais como a imunização, cobertura às gestantes e à infância.

Para Jorge Solla, titular da Secretaria de Atenção à Saúde do MS (SAS), não há dúvidas de que nesses 15 anos se conseguiu ampliar o acesso à saúde. "Nos últimos oito anos, foram implantados 50 mil postos de Saúde da Família. Mas a oferta ainda não é suficiente", disse. Segundo ele, a estratégia da Saúde da Família é prioridade desse novo governo, pois constrói um caminho em direção à atenção integral à saúde. Nesse sentido, de acordo com Solla, a proposta é dobrar o número de equipes de PSF e fazer com que, até o final dessa gestão, 50% dos gastos com as equipes do programa sejam financiados pelo MS, 25% pelos estados e outros 25% pelos municípios. Se, por um lado, em muito se avançou, por outro

muitos são ainda os problemas existentes para se falar de uma atenção integral à saúde. "Se fôssemos fazer uma fotografia dos vários municípios, veremos que há estágios diferenciados entre eles", explicou Otaliba, ao citar alguns desses problemas:

— Entre os maiores impasses estão: a inadequação entre a oferta de procedimentos médicos e os perfis de morbimortalidade e da cobertura assistencial nas diferentes áreas da cidade; o acesso à atenção médica é baseado na demanda espontânea às unidades de saúde; serviços com baixa resolutividade, gerando multiplicidade e repetição de intervenções sobre um mesmo problema de saúde; distribuição desproporcional dos serviços de saúde em relação

à velocidade de crescimento urbano; despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais, particularmente os médicos; o PSF ainda se estrutura em muitos lugares como uma prática de medicina simplificada, dirigida às regiões e aos grupos sociais em situação de exclusão social e sanitária; falta de articulação com outros níveis de complexidade como as consultas especializadas, exames e internações hospitalares; e resistência corporativa às mudanças dos processos de trabalho por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Otaliba, diante desse quadro e para a construção da Atenção Integral, muitos desafios deverão ser enfrentados. No que diz respeito à infra-estrutura da rede de serviços de saúde, é necessário recuperar, readequar e ampliar as unidades básicas de saúde e as unidades de suporte e referência, garantir móveis e equipamentos adequados para a atenção nas unidades básicas de saúde e de referência. Quanto à gestão e planejamento, é necessário planejar as ações e serviços no âmbito das equipes de atenção básica, das unidades básicas de saúde, dos distritos e do município, definindo o perfil das unidades, do nível de complexidade das ações e serviços a serem ofertados em cada unidade e região de saúde, bem como a sua coerência com os problemas de saúde existentes na população. "Além disso", diz Libâneo, "nota-se grande importância em implementar, articular e integrar os instrumentos de gestão como o cartão nacional de saúde, superar a fragmentação e implementar rotinas de integração dos sistemas de informação em saúde que possibilitem analisar situações de saúde e identificar os problemas".

GESTÃO DO TRABALHO

Construir uma política de recursos humanos nunca antes estabelecida. Essa idéia foi unânime entre os participantes da mesa-redonda 'Gestão do Trabalho no SUS', presentes nas discussões sobre os desafios, perspectivas e

A 8ª Conferência foi marcante para a área da Saúde, quando conseguimos oficializar o SUS. Acho que a 9ª, a 10ª e a 11ª CNS acabaram sendo um pouco repetitivas, pois não foi feito um balanço do que foi conseguido na conferência anterior. Nesse sentido, é muito interessante a proposta da 12ª CNS de fazer um balanço do que foi feito até agora e um momento de superar os problemas existentes.



Aparecida Pimenta, secretária municipal de saúde de Amparo (SP)

Silvio Fernandes da Silva, secretário municipal de Londrina (PR): “Fortalecer o Conasems é fortalecer o SUS”

Na década de 80, criamos as bases de construção do SUS. Na década de 90, especialmente no início dela, a nossa luta era para ampliar a descentralização, aprovar a Lei Orgânica 8080 e colocar em prática as diretrizes e princípios do SUS. De meados da década de 90 para cá, o processo de implementação do SUS, especificamente o de descentralização da Saúde, ocorreu em um ambiente de governabilidade restrita aos municípios. A diretriz era a de avançar na descentralização. As dificuldades enfrentadas eram, sobretudo, em relação ao financiamento. Por não encontrarmos soluções para resolver tais entraves, passamos a ter uma pulverização do poder de gestão dos municípios e uma centralização de alguns aspectos da política que foram prejudiciais aos SUS. Além desse, um outro problema impede o avanço do SUS: a falta de uma política de recursos humanos adequada.

Essas dificuldades resultaram em um certo enfraquecimento do Conasems, que sempre foi um ator

político forte no processo de construção do SUS, no sentido de formular e propor idéias. Por isso, nesse momento, um dos fatores que poderá fortalecer nosso sistema de saúde é o fortalecimento do Conasems, ao se construir uma agenda municipalista nas arenas políticas do SUS. A superação de tais obstáculos diz respeito ao nosso fortalecimento como gestores municipais e atores políticos formuladores de propostas.

Resolver os problemas que impedem o avanço do SUS não depende, no entanto, única e exclusivamente dos municípios, mas de um movimento da sociedade brasileira, dos estados e do governo federal. Aqui se torna de suma importância a 12ª Conferência Nacional de Saúde para reforçar todas as conquistas na construção do SUS. É o momento também de discutir de forma mais profunda as causas de nossas dificuldades e questões fundamentais como a reorganização da Atenção Básica, o fortalecimento da descentralização, o reforço do comando único e o avanço

da política de recursos humanos. Eu entendo que, quando discutimos os aspectos mais amplos das condições de saúde da população, temos que incluir os elementos da macro-política econômica e outras grandes dificuldades que acabam refletindo na saúde como o crescimento da violência, o desemprego, entre outros.

Em relação aos congressos promovidos pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), talvez esse tenha sido o de maior participação dos gestores de saúde. Minha expectativa, por isso, é das mais positivas. Vejo com muito otimismo as mudanças que estão ocorrendo no Ministério da Saúde, composto por secretários e ministro que tiveram experiências municipalistas recentes. Isso já representa um avanço do SUS, ou seja, a possibilidade de se recuperar algumas bandeiras um pouco ‘amareladas’, como a questão do comando único, da ampliação da autonomia de gestão dos municípios e do reforço da descentralização. ■

limites para a construção de uma agenda de ações objetivas visando estabelecer as bases de compromissos entre os três níveis de governo. “O nosso maior desafio nesse momento diz respeito à questão dos trabalhadores de saúde. Se o SUS se faz com gente, o ponto fundamental é o trabalhador da Saúde”, afirmou Maria Luiza Jaeger, titular da Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde.

Segundo Rogério Carvalho Santos, secretário municipal de saúde de Aracaju (SE), não há como negar o grande ‘buraco’ que se formou na área de recursos humanos. Para ele, no que diz respeito ao financiamento de pessoal, os municípios esbarram em muitos problemas, como o limite fiscal, a rigidez do gasto com o pessoal no setor público, a descentralização de pessoal cujos

acordos não prevêem substituição ou repasses financeiros, o desconhecimento dos gestores públicos a respeito da dinamicidade do mercado de trabalho na área, as tecnologias de avaliação de desempenho do servidor público ultrapassadas, a precarização de contratos e uma completa indefinição de regras públicas nas relações de trabalho e de regras futuras sobre a previdência.

Quanto à formação, na qual está inserida a graduação, a residência e outras especializações, o mestrado profissionalizante e a especialização técnica, Rogério disse que muitos entraves precisam ser superados, como “o sistema anacrônico de autorização de cursos de graduação, discursos sobre reformas curriculares pelo qual o aluno tem que ser exposto a todas as práticas de trabalho, uma interação burocráti-

ca e vazia entre Ministério da Saúde e Mec e a falta de uma política governamental de distribuição de escolas e programas”. Mas esses não são os únicos problemas enfrentados pelos municípios. Conforme explicou o secretário, a situação atual da educação permanente vive ainda o caos de um financiamento insuficiente e irregular e com poucos centros formadores.

De acordo com Maria Luiza, o governo vem trabalhando para estabelecer uma ação coordenada e com responsabilidade na área, em conjunto com os governos estaduais e municipais. Nesse sentido, planeja produzir um diagnóstico dos profissionais em atuação no SUS, discutir um plano de carreira de forma que os profissionais possam circular entre os três níveis de gestão sem que haja disparidades entre os salários, rever a lei de responsabilidade fiscal, fortalecer a relação com as executivas de estudantes, estabelecer uma relação permanente com o Conass e o Conasems e estimular um processo de educação permanente. “Além disso”, completou Maria Luiza, “é preciso mexer na Pós-graduação e nas residências médicas, organizando-as em função do SUS e do Saúde da Família, discutir a questão dos mestrados profissionalizantes, romper nossa relação com as universidades no que diz respeito a compra de serviço e rever o ensino médio”. ■

O RADIS ADVERTE:

Criar cachorrinhos faz bem para a saúde emocional e são muitas as recordações deixadas pelo meio do caminho. Virou até moda adquirir raças nobres para alimentá-los. Você não precisa trocar o seu bichinho por uma criança pobre, como cantava o Eduardo Dusek, mas quando estiver puxando a coleira, pare e pense: o país tem um programa chamado Fome Zero.



12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE



Seis décadas de história

Ana Beatriz de Noronha

No dia 5 de maio, foi oficialmente convocada a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que deverá, segundo o decreto, ocorrer de 7 a 11 de dezembro deste ano, em Brasília. Mais uma vez, diversos setores da sociedade se movimentam e se preparam para viver outro importante momento de amplos e democráticos debates sobre as questões de saúde. Engana-se, no entanto, quem pensa que a história foi sempre assim. Na verdade, as Conferências mudaram bastante, fazendo com que muito pouco haja em comum, por exemplo, entre a 1ª Conferência, realizada em 1941, com cerca de 70 participantes, e a lendária 'Oitava', que ocorreu em 1986, com a presença de mais de 4 mil pessoas. Ao longo do tempo, e sempre refletindo o contexto político, elas se transformaram e ganharam novos sentidos até se firmarem como um fórum privilegiado de discussões sobre os rumos da saúde no país.

UM COMEÇO NADA DEMOCRÁTICO

A Lei que instituiu as Conferências de Saúde foi promulgada em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, apenas dez meses antes do golpe que deu origem ao Estado Novo, período caracterizado pela centralização do poder no Executivo, aumento da ação intervencionista do Estado e falta de liberdade política. Ela surge, de acordo com Gilberto Hochman, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e autor do livro *A era do saneamento* (Hucitec/Anpocs, 1998), num período de grande reformulação do Ministério da Educação e Saúde, sob o comando de Gustavo Capanema, que foi ministro de 1934 a 1945.

— As Conferências são, em sua origem, parte de um processo de extrema centralização político-administrativa no Estado brasileiro. Além disso, elas foram pensadas inicialmente como um encontro de técnicos e administradores do ministério e dos estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde — explica Gilberto, lembrando que o golpe de 1937 abortou qualquer idéia

de os técnicos presentes discutirem as políticas de saúde durante a 1ª Conferência, realizada em 1941.

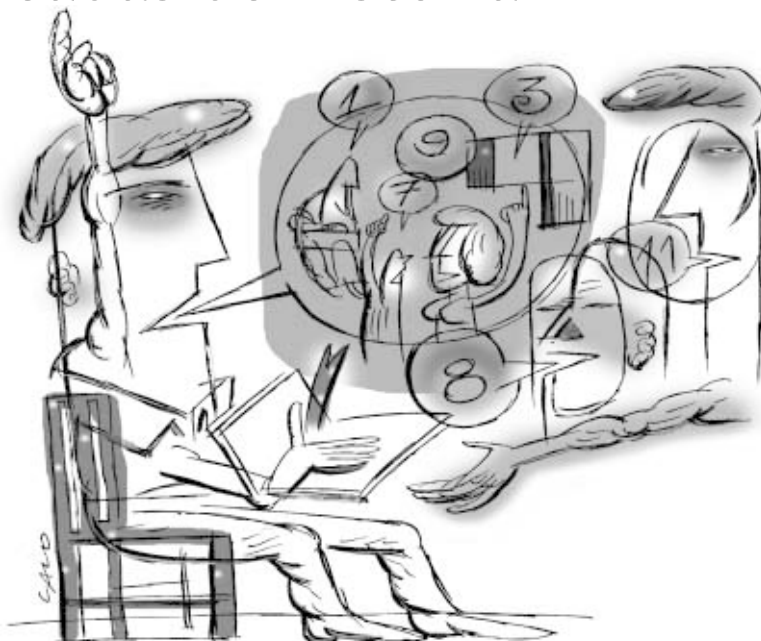
Os quatro anos passados entre a promulgação da Lei e a realização da 1ª CNS também serviram para acrescentar novos e importantes dados ao contexto inicial. Por conta da 2ª Guerra Mundial, por exemplo, houve uma aproximação com os aliados e, conseqüentemente, com os Estados Unidos, o que gerou uma série de acordos, dentre eles o que deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que durou até a década de 90. Internamente, era o período de uma segunda grande reforma ministerial no campo da saúde com a criação dos Serviços Nacionais (da Tuberculose, da Lepra, etc.), cujo objetivo era o de organizar ações de combate aos principais problemas sanitários do país, por meio de estruturas centralizadas do ponto de vista da coordenação no governo federal, segmentada por doenças específicas e pensada dentro de uma concepção curativa e não preventiva.

— Além de ser a primeira, essa conferência é importante porque, apesar de não discutir problemas de assistência, legítima uma reforma que teve um impacto muito longo na história da saúde do Brasil, criando uma cultura política e técnica que, de certa forma,

permaneceu pelo menos até o final dos anos 80. Apesar de ter sido um encontro despolitizado, é possível identificar em seus anais algumas demandas históricas, como por exemplo, por um ministério da saúde, que existe desde o início da república, e outra pela reelaboração das relações entre os entes federados, que tendia à centralização, até por conta da falta de capacidade técnica da quase totalidade dos municípios para resolver seus problemas sanitários — acredita o pesquisador.

A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PALAVRA DE ORDEM

A despeito de a lei estabelecer um tempo máximo de dois anos entre uma conferência e outra, a 2ª CNS só ocorreu em 1950. Apesar de ter deixado poucas lembranças, essa conferência foi importante no estabelecimento da legislação referente à



A 12ª Conferência Nacional de Saúde pretende rediscutir o modelo do nosso sistema de Saúde, buscando avançar concretamente com a Reforma Sanitária e assegurar a integralidade. Ela representa um território provedor de saúde.



Gilson Cantarino, secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro

higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.

Segundo Gilberto Hochman, a 3ª CNS, realizada em 1963, durante o governo de João Goulart, também pode ser considerada um marco na história das Conferências de Saúde, principalmente por ter sido a primeira conferência realizada após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, pelo contexto em que ocorreu e por representar a primeira proposta efetiva de descentralização na área da saúde. "A exposição de motivos que acompanha o anteprojeto define claramente os objetivos da reforma e faz aguda análise dos principais defeitos da organização sanitária federal. Visando fazer do Ministério o centro propulsor de toda a atividade médico-sanitária do país, propugna-se pela descentralização progressiva da execução das tarefas assistenciais, com o reforço dos serviços dos estados e municípios que serão convenientemente assistidos, financeira e tecnicamente, tornando-se um órgão preferencialmente normativo e coordenador", afirmou o então ministro da Saúde, Wilson Fadul, no discurso de abertura do evento. Dentre as recomendações da 3ª CNS, podemos destacar: as que afirmam a necessidade de integração dos programas de saúde pública ao programa global de desenvolvimento e das atividades preventivas e curativas às unidades sanitárias; o incremento de uma política farmacêutica, com a intensificação na fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais; e o apoio aos programas de pesquisa que busquem traçar o diagnóstico dos problemas peculiares às moléstias existentes no país.

Durante os governos militares, foram realizadas quatro conferências, que voltaram a ter um perfil predominantemente técnico e burocrata. A 4ª Conferência teve como tema central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas da saúde no país. A expectativa, expressa no discurso do ministro Leonel Miranda, era que, ao final da conferência e para o bem da política de saúde, "os educadores saíssem do encontro mais sanitaristas e os sanitaristas mais educadores".

A 5ª Conferência, ocorrida em 1975, foi a primeira realizada em Brasília. As discussões sobre cinco temas principais — sistema nacional de saúde, programa de saúde materno-infantil, sistema de vigilância epidemiológica, controle das grandes endemias e extensão das ações

de saúde às populações rurais — ocorreram em 14 grupos de trabalhos, compostos por, no máximo, 15 membros, e visavam fornecer subsídios para a elaboração de uma Política Nacional de Saúde a ser submetida ao Conselho do Desenvolvimento Social. A 6ª CNS, realizada em 1977, tratou principalmente do controle das grandes endemias e da interiorização dos serviços de saúde.

Em março de 1980, a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) determinaram os debates da 7ª CNS, que também tratou da regionalização e organização dos serviços de saúde nas Universidades Federais e da articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde.

UMA CONQUISTA DA SOCIEDADE

Em 1985, com o fim do regime militar e instauração da 'Nova República', ganha força o 'movimento sanitário', formado por profissionais da saúde, cujas bandeiras e propostas ganham mais legitimidade à medida que pioram as condições de vida da população e fracassam diversas iniciativas ligadas à política de saúde vigente. A ele se juntam diversas outras forças sociais e políticas e multiplicam-se as discussões e os debates sobre a saúde. A idéia de um sistema único de saúde ganha consistência e começa a se desencadear um processo político, no qual representantes do 'movimento sanitário' assumem postos decisivos no governo e começam a viabilizar as propostas feitas ao longo do tempo.

Com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre saúde na Constituinte, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, dentro de um espírito muito diferente das anteriores. São estimuladas as pré-conferências municipais e estaduais, que se transformam em espaços de participação democrática de representantes de todos os segmentos do setor e da sociedade. Finalmente, em março de 1986, no Ginásio de Esportes de Brasília, mais de quatro mil pessoas se reúnem para discutir tanto as diretrizes gerais da política de saúde quanto alguns temas específicos, dentre os quais a descentralização dos serviços de saúde, considerada, pelo então ministro Roberto Figueira Santos, como remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo exercida pelos antigos governos. A participação popular nos serviços de saúde e o

controle social também foram temas que mereceram destaque. A pré-Constituinte da Saúde, como ficou conhecida a 8ª CNS, acabou legitimando a idéia de uma Reforma Sanitária que criasse uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde — promoção, proteção e recuperação — e fosse muito além de meras reformas administrativas e aumento do financiamento para o setor.

Prevista inicialmente para acontecer em 1990, a 9ª Conferência sofre três adiamentos, acabando por ocorrer apenas em agosto de 1992, quase seis anos depois da Oitava e dois anos depois de publicada a Lei nº 8.142 — que dispõe, entre outras coisas, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera o intervalo previsto entre uma Conferência e outra para quatro anos. A demora pode ser atribuída ao cuidado com a organização do evento, com o objetivo de garantir uma participação cada vez mais consciente da sociedade nas discussões sobre a Saúde, principalmente devido à enorme crise ética e política que assolava o país no governo Collor e aumentava, cada vez mais, a distância entre o SUS previsto na Constituição de 88 e o sistema que estava sendo implantado. Entre as propostas aprovadas na conferência estava a de garantia de efetiva implantação dos Conselhos de Saúde e sua composição paritária e a de destinação orçamentária para a Saúde (entre 10% e 15% do orçamento total dos municípios, estados e União). Também mereceram destaque as questões referentes à democratização da informação e à comunicação em saúde, consideradas fundamentais para o controle social.


Sem o 'charme' da Oitava e a polêmica que envolveu a Nona, a 10ª Conferência, cujo tema central era 'SUS — Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida', foi realizada em 1996, época em que o SUS enfrentava sérios problemas orçamentários. "Na conjuntura de 1996, pode ser que a grande resistência institucional e ideológica ao SUS esteja concentrada no desvirtuamento e na montagem e execução do orçamento da Seguridade Social, tanto ao nível da retração das bases financeiras previstas na Constituição, como ao nível da desqualificação dos valores éticos da solidariedade social", afirmou, na abertura do evento, o ministro Adib Jatene. Dentre as resoluções aprovadas na Carta da 10ª Conferência, estava a de deflagração de uma ampla mobilização popular pela aprovação do Projeto de Emenda à Constituição (PEC 169), que garantia 30% dos

recursos da Seguridade Social e no mínimo 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde, e a ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social como fontes permanentes de recursos.

A 11ª Conferência foi realizada em 2000, com o tema 'Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social'. Apesar da grande expectativa, o encontro enfrentou inúmeros problemas e gerou certa decepção entre os presentes, como mostra o depoimento dado ao Radis e publicado na revista Tema 29 (fev/2001) de Elaine Cruz, delegada por São Paulo:

— A Conferência começou errada, quando foi definido o que seria discutido. O tema ficou amplo demais. Na Oitava, debatemos o SUS. Na Nona, debatemos descentralização e municipalização. Na Décima, financiamento. Mas o que estamos debatendo nesta? Está sem foco. Mas esta Conferência tem algo diferente: muita gente nova. Isso significa que, apesar de todas as dificuldades, tem muita gente querendo discutir o SUS. Muita gente inexperiente, que desconhece a história, mas é importante porque oxigena de fato".

Quando o setor da Saúde se prepara para uma nova Conferência, é importante que se tenha em mente que as conferências surgiram como instrumentos de um regime totalitário e que, portanto, não são necessariamente democráticas em si, como alerta o pesquisador Gilberto Hochman e como bem lembrou o ex-ministro Adib Jatene, na abertura da 10ª CNS:

— Os brasileiros podem se orgulhar de terem construído, no setor da saúde e no sistema de saúde, algumas das mais ativas instâncias de participação social em saúde no continente, instâncias únicas de participação na administração pública brasileira, que são as Conferências e os Conselhos de Saúde. São instâncias privilegiadas de poder, conquistadas pela sociedade brasileira, das quais devemos nos orgulhar e extrair delas todas as possibilidades políticas que oferecem. 

Mais informações: **História das Conferências Nacionais de Saúde** (www.fiocruz.br/histconferencias/histconferencias.htm)

Cronologia das Conferências

A tabela abaixo, que lista a legislação federal referente às Conferências Nacionais de Saúde, está organizada por governos.

Ano	Data	Evento	Presidente ♦ Ministro da Saúde
1937	13/01	Lei 378 – Institui as Conferências Nacionais de Saúde e estabelece um período de dois anos entre elas.	<i>Getúlio Vargas</i> ♦ Gustavo Capanema
1941	30/01	Dec. 6.788 – Convoca a 1ª CNS	
	19/05	Dec. 7.196 – Adia a realização da 1ª CNS	
	22/10	Dec. 8.090 – Fixa a data de realização da 1ª CNS	
	de 10/11 a 15/11	1ª Conferência Nacional de Saúde	
1950	27/07	Dec. 28.429 – Convoca a 2ª CNS	<i>Eurico Gaspar Dutra</i> ♦ Eduardo Rios Filho
	2ª quinz./nov	2ª Conferência Nacional de Saúde	
1953	25/07	Lei 1.920 – Cria o Ministério da Saúde	<i>Getúlio Vargas</i>
1963	24/07	Dec. 52.301 – Convoca a 3ª CNS	<i>João Goulart</i> ♦ Wilson Fadul
	de 9/12 a 15/12	3ª Conferência Nacional de Saúde	
1966	27/04	Dec. 58.226 – Convoca a 4ª CNS	<i>Castelo Branco</i> ♦ Raymundo de Britto
1967	21/02 de 30/08 a 04/09	Dec. 60.251 – Adia a 4ª CNS 4ª Conferência Nacional de Saúde	
1975	25/02	Dec. 75.409 – Convoca a 5ª CNS	<i>Ernesto Geisel</i> ♦ Paulo de Almeida Machado
	de 05/08 a 08/08	5ª Conferência Nacional de Saúde	
1977	01/03	Dec. 79.318 – Convoca a 6ª CNS	
	de 01/08 a 05/08	6ª Conferência Nacional de Saúde	
1979	20/09	Dec. 84.016 – Convoca a 7ª CNS	<i>João Figueiredo</i> ♦ Mário Augusto de Castro Lima ♦ Waldyr Mendes Arcoverde
	21/11	Dec. 84.232 – Transfere a 7ª CNS	
1980	de 24/03 a 28/03	7ª Conferência Nacional de Saúde	
1985	23/07	Dec. 91.466 – Convoca a 8ª CNS	<i>José Sarney</i> ♦ Carlos Sant'Anna
	04/11	Dec. 91.874 – Transfere a convocação da 8ª CNS	
1986	de 17/03 a 21/03	8ª Conferência Nacional de Saúde	♦ Roberto Figueira Santos
1990	07/03	Dec. 99.045 – Convoca a 9ª CNS	♦ Seigo Tsuzuki
1990	09/08	Dec. 99.445 – Transfere a realização da 9ª CNS	<i>Fernando Collor</i> ♦ Alcení Guerra
	28/12	Lei 8.142 – Altera para quatro anos o período entre as Conferências	
1991	11/06	Dec. 00.000* – Adia a realização da 9ª CNS	
1992	23/06	Dec. 00.000* – Reconvoca a 9ª CNS	♦ Adib Jatene
	de 09/08 a 14/08	9ª Conferência Nacional de Saúde	
1995	04/12	Dec. 1.727 – Convoca a 10ª CNS	<i>Fernando Henrique Cardoso</i> ♦ Adib Jatene
1996	21/03 de 02/09 a 06/09	Dec. 1.841 – Altera a data da 10ª CNS 10ª Conferência Nacional de Saúde	
2000	28/07	Dec. 00.000* – Convoca a 11ª CNS	♦ José Serra
	09/08	Dec. 00.000* – Altera a data da 11ª CNS	
	de 15/12 a 19/12	11ª Conferência Nacional de Saúde	
2003	05/05	Dec. 00.000* – Convoca a 12ª CNS	<i>Luis Inácio Lula da Silva</i> ♦ Humberto Costa

* Decretos sem numeração, cuja referência é dada pela data.

Fonte sobre a legislação: Base de dados do Senado Federal (www.senado.gov.br/legisla.htm)

EPIDEMIOLOGIA

País vive a 'síndrome da virose suspeita'

Carlos Gustavo Trindade

Desde a divulgação, no final da década de 70, da existência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), quaisquer informações em relação a desconhecidas doenças têm alarmado a sociedade. Para os epidemiologistas, as novas viroses e o desaparecimento e reaparecimento de velhas é algo natural no mundo, por causa das modificações que ocorrem no universo de microorganismos. O que interessa saber é se os microorganismos estão realmente cada vez mais poderosos, devido a alguns fatores como pressões demográficas, mudanças de comportamento, globalização, questões ecológicas e redução de recursos e infra-estrutura para controle das doenças, ou se simplesmente são os efeitos na sociedade da maneira rápida e genérica como chegam as informações num mundo globalizado.

A fama imediata das viroses desconhecidas ignora os caminhos traçados pela ciência. Para enfrentar o receio das doenças infecciosas que aparecem como grandes incógnitas, vale a fantasia baseada em estranhas denominações logo popularizadas pela mídia. Um bom bife significa, na percepção de muitos, a imagem de uma ferosa 'vaca louca', tantos foram os comentários sobre o 'Mal da Vaca Louca', a Encefalopatia Espongiforme Bovina que ataca o gado e origina nos seres humanos a Síndrome de Creutzfeldt-Jacob, que destrói o sistema nervoso. Mesmo a Aids chegou a ser tratada como uma espécie de 'câncer gay'.

As denominações populares ganharam, recentemente, tom 'heróico' com a chamada 'superpneumonia', que nada mais é do que a Síndrome Respiratória Aguda Severa (Sars, sigla da expressão em inglês). A divulgação, no dia 17 de abril, da descoberta de um agente patogênico, um coronavírus jamais observado em seres humanos e que pode ter origem animal, ajudou a sociedade a ter mais noção sobre o mal. O chefe do departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Paulo Sabroza, acha natural as denominações de viroses base-



adas em referências culturais locais enquanto não definidas por especialistas. "Os dados epidemiológicos são passados com uma rapidez inédita, muitas vezes sem que a ciência tenha encontrado explicação sobre o ocorrido", diz.

A grande questão, na opinião de Sabroza, é que as análises relativas a viroses não se resumam apenas aos fatores que desencadeiam o aumento de doenças infecciosas, e sim ao risco real que representa o fato de a maioria dos casos serem assintomáticos. É preciso conhecer a história natural do parasita para que o trabalho tenha eficácia. Por isso, o pesquisador observa que existe falta de segurança num país onde o serviço de vigilância sanitária baseia as medidas preventivas contra a Sars apenas nos isolamentos alfandegários, e alerta sobre a urgência de ser criada uma técnica de detecção imunológica para saber como é o comportamento do vírus na população, pois até então os históricos têm sido feitos apenas em relação aos casos mais graves. "Criar apenas barreiras alfandegárias em casos assintomáticos pode produzir resultados catastróficos", alerta.

O maior número de informações veiculadas sobre novas viroses pode ser um bom sinal. Segundo o professor de epidemiologia da Ensp Guido Palmeira, isso é uma mostra de que a Vigilância Sanitária está atenta e notifica cada caso suspeito. Lamenta, no entanto, que a imprensa faça sensacionalismo e difunda pânico em casos suspeitos, como os da Sars, por ignorar que para ser suspeito basta uma pessoa estar

Cada um de um grupo de vírus, que pode causar infecções em aves, camundongos, suínos, cães e também no homem. Vistos no microscópio, tais vírus têm a forma de uma coroa (em latim, *corona*), daí o seu nome.

Doenças infecciosas

O infectologista Vicente Amato Neto, da Universidade de São Paulo, propôs um quadro sobre os tipos de doenças infecciosas:

Emergentes: Enfermidades novas (Sars, Aids)

Reemergentes: Aquelas que ressurgem, depois de terem desaparecido (cólera, dengue, febre amarela)

Permanentes: Já existem há algum tempo e prosseguem (Doença de Chagas, hanseníase, malária)

Recrudescentes: Não desapareceram, mas não aumentaram (tuberculose, leptospirose)

Transparentes: Existiam, mas não eram identificadas (hepatites B e C)

com febre ou ter passado por um lugar onde o vírus circula. Palmeira está entre os que acham natural o aparecimento de novas e velhas doenças pelo próprio processo de modificação que existe nelas, mas acha que a globalização aumenta os riscos de difusão de viroses nos organismos. "Existe maior facilidade de acesso aos meios de transportes", diz.

A adequação das informações à ciência tem gerado discussões sobre o papel da imprensa. Marcelo Leite, editor de Ciência do jornal Folha de São Paulo, acha que a imprensa tem papel mais positivo do que negativo na cobertura dos casos de doenças como a Sars, e lembra que a difusão rápida das informações evitou que o surto se propagasse de forma rápida. Ressalta que o mesmo deveria acontecer na Ásia, o que ajudaria a evitar a passagem da doença da China para Hong Kong. Ele admite que algumas revistas semanais fazem sensacionalismo e que matérias sobre casos não concretos da Sars geraram pânico. Mas lembra, no entanto, que na Folha existem critérios para levar adiante as notícias: o de trabalhar sempre com informações significativas da comunidade científica e sem ênfase nos casos de suspeita de doença. Quanto aos rótulos populares sobre as doenças, Leite diz que não há problema, desde que explicados e que não despertem falsas expectativas. ■

PROJETO GENOMA HUMANO

Concluído o mapa genético do homem



Caco Xavier

Do segredo mais íntimo da vida ao ponto mais alto da Terra em apenas um mês. Em abril de 1953, os cientistas James Watson e Francis Crick descobrem o modelo da estrutura dupla-hélice da molécula do DNA (abreviação em inglês de Ácido Desoxirribo-Nucléico), principal componente dos cromossomos e responsável pelas instruções por meio das quais cada ser vivo vem a ser aquilo que é, inclusive o ser humano. Em maio do mesmo ano, os alpinistas Edmond Hilary e Tenzing Norgay Sherpa, sem hélice alguma, alcançam o cume da montanha mais alta do planeta, a 8.850 metros acima do nível do mar.

Os cientistas que descobriram o DNA receberam o Prêmio Nobel pelo feito, e os alpinistas que fincaram bandeiras no cume gelado do monte Everest também tiveram seu quinhão de glória: um tornou-se Cavaleiro do Império Britânico e o outro herói nacional. As implicações de um feito e de outro, no entanto, são bem diferentes. Enquanto a conquista do Everest foi um 'fim', a descoberta do DNA foi apenas o início.

Cinquenta anos depois, cientistas anunciam a 'receita do ser humano', a conclusão do mais ambicioso e abrangente consórcio internacional de pesquisa jamais realizado: o Projeto Genoma Humano. "Depois de três bilhões de anos de evolução, temos diante dos olhos as instruções que levam cada um de nós do óvulo à vida adulta e à sepultura", diz o cientista Robert Waterston, da Universidade de Washington. O genoma humano é

composto de cerca de três bilhões de bases de DNA, em 23 pares de cromossomos, entre 30 mil a 40 mil genes, e todas essas 'letras químicas' que compõem o código genético do homem foram identificadas. Isso significa que a Ciência já tem a receita e os ingredientes da vida humana. O próximo passo é aprender como esses ingredientes se misturam.

O seqüenciamento do genoma é de fato uma conquista importantíssima, mas já evidencia a relativização das idéias iniciais de que a definição dessa 'escritura' significaria quase automaticamente a vitória contra inúmeras doenças. O fato é que, em genética, nada se parece muito com uma proposição lógica simples do tipo "se isso, então aquilo", $p \rightarrow q$. Ao contrário, existem às vezes centenas de genes envolvidos no aparecimento de um tipo peculiar de câncer, por exemplo, e as relações entre eles são imensamente complexas. Além disso, fatores externos, como o meio ambiente e hábitos, podem incidir de maneira decisiva na proliferação de um tumor.


A HUMILHAÇÃO DO HOMEM E O CAMINHO EVOLUTIVO

Não foi nada agradável, para a autoimagem da humanidade, saber que o homem compartilha mais de 99% de seu DNA com os chimpanzés, e que tem apenas 300 genes a mais do que um camundongo. Estudos como o de Sean Carroll, da Universidade de Wisconsin e publicado na revista *Nature*, sobre as características genéticas que diferem o homem do chimpanzé, mostram que as pesquisas têm um longo caminho pela frente, já que apontam para o fato de que a inteligência e a fala, por exemplo, dependem de complexas combinações de genes e uma forte interação destes com o meio ambiente.

Em artigo na Folha de São Paulo (07/03/2003), o filósofo Alberto Tassinari lembra que, desde a descoberta do DNA, "a hegemonia do pensamento sobre a sociedade

As informações contidas no DNA estão escritas em seqüências de bases químicas, A (adenina), T (timina), C (citosina) e G (guanina). Genes são as partes do genoma que, ao combinarem-se entre si, codificam proteínas.

deslocou-se da sociedade entendida como um mundo da cultura para a sociedade entendida como uma das extensões da natureza". Tassinari assegura que essa compreensão, certamente, não provém de uma evolução biológica do homem nos últimos anos, e sim de uma mudança cultural. "A prova de que o homem é essencialmente um ser cultural está na própria biologia", diz ele, já que "o homem é o único animal que estuda a vida e persegue o conhecimento de sua natureza biológica".

Para Francis Collins, diretor de genoma nos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA, a seqüência do genoma é "um presente incrível para toda a humanidade", e ainda uma "plataforma fundamental para a compreensão de nós mesmos". Se a conquista do Everest, cujos 50 anos celebramos ao mesmo tempo que a descoberta do DNA, trouxe uma compreensão decisiva de quão alto o homem pode ir, a publicação do código genético, ao contrário, mostra que, por mais 'fundo' que mergulhemos dentro de nós mesmos, só o que conseguimos saber é que parece não ter limite o que ainda nos falta saber. 

Esperamos que a 12ª CNS represente um espaço no qual possamos avaliar os 15 anos de SUS, o que conseguimos de avanços, o que precisamos melhorar e, principalmente, desatar os nós críticos para implementação do SUS. Queremos nesse espaço formular diretrizes e implementar uma nova política de saúde no país.



José Sinval Clemente da Silva, secretário municipal de saúde de Jacaré dos Homens (AL)

O projeto tem três fases:

- 1. Seqüenciamento:** Identificar as letras químicas que compõem cada gene do genoma humano.
- 2. Conjugação:** Situar as letras químicas em sua ordem correspondente. Essa ordem é o código genético.
- 3. Identificação:** Ler as informações de cada gene, identificar cada um dos genes e averiguar sua função.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Sobral mostra que saúde começa em casa



Katia Machado

Com a proposta de apresentar trabalhos e ações que tiveram como base a estratégia Saúde da Família, a Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral junto com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia organizaram em março a I Mostra Sobralense de Saúde da Família. O evento ocorreu não apenas para mostrar, como também discutir e compartilhar idéias que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS). "A mostra é fruto de um grupo de trabalhadores motivados. É um trabalho que vem desde 1997, quando foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em Sobral", disse Thomas Martins Júnior, diretor-presidente da Escola.

A mostra foi dividida em três momentos de debates. O primeiro marcado pela aula inaugural do Curso de Mestrado em Educação em Ciências para Saúde, promovido pela Escola Visconde de Sabóia em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba, cujo tema foi 'O processo de trabalho na estratégia Saúde da Família'. "Esse mestrado faz parte do desafio de construir o Saúde da Família em Sobral como estratégia estruturante", disse Odorico Monteiro de Andrade, secretário de saúde da cidade. Durante a aula, Carlile Lavor, consultor da Escola de Sobral, explicou que o PSF permite uma relação mais humana e mais próxima com os seus profissionais. "Por isso a necessidade de pensar em uma Lei

Orgânica nova para fortalecer essa iniciativa", concluiu.

O segundo momento do evento colocou em pauta o tema 'Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família'. Para Miguel Malo, coordenador da área de Promoção da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a saúde deve ser vista como recursos da vida. Segundo ele, alguns aspectos motivam o tema. Entre eles: as evidências epidemiológicas dos determinantes sócio-econômicos de doença, a revalorização de outras medicinas, a perspectiva biomédica que gera serviços e políticas de saúde que não conseguem enfrentar a complexidade dos problemas na área, uma crescente necessidade de recursos para satisfazer a expansão de tecnologias, a perspectiva da saúde positiva, o reconhecimento da relação entre problema de saúde e estilo de vida e o desejo de melhorar e controlar a própria saúde.

Por fim, o encontro foi marcado pela solenidade de lançamento do Curso Seqüencial dos Agentes de Saúde, oferecido pela Escola Visconde de Sabóia. Com o objetivo de gerar competências no Agente Comunitário de Saúde, fortalecendo a experiência acumulada e somando novos conhecimentos, o curso foi iniciado em 2003 com 33 agentes comunitários. Nesse sentido, ele congrega profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, serviço social, psicologia, fisioterapia, nutrição, educação física, informática, terapia ocupacional, farmácia, comunicação, pedagogia e ciências sociais para que possam definir nas suas respectivas áreas o que os agentes poderão aprender e usar no seu dia-a-dia. Direcionado aos agentes com segundo grau completo, o curso tem duração de dois anos.

EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS

Alguns outros trabalhos puderam ser conferidos na I Mostra Sobralense. Entre eles, o projeto 'Trevo Quatro Folhas', cujo objetivo é o de reduzir a mortalidade materno e infantil. Recebe esse nome pois suas atividades compreendem

o acompanhamento e assistência durante quatro fases: a gestação, o parto, o nascimento e o primeiro ano de vida da criança. Nesse trabalho, dois atores são de suma importância: a mãe social e a madrinha social. A primeira surge da necessidade de garantir à gestante a possibilidade de se preocupar mais com a gravidez e com a saúde de seu filho. Nesse sentido, o papel da mãe social é cumprido por uma pessoa da comunidade que recebe um benefício por dia trabalhado para auxiliar a gestante em suas tarefas, tanto nos trabalhos domésticos quanto no cuidado da família. A segunda, a madrinha social, é aquela que sustenta a mãe social, acolhendo uma criança como afilhada por meio de uma contribuição mensal. "Esse trabalho contribuiu para que Sobral reduzisse sua taxa de mortalidade infantil que, em 1996, era de 43% a cada mil nascidos-vivos para 18,7%, em 2002. O trevo é muito sedutor. Serve para qualquer lugar do mundo", ressaltou Odorico.

A residência em Saúde da Família também chamou a atenção no evento. A atividade faz parte do programa da Escola Visconde de Sabóia, cujo maior desafio é o de fomentar e desenvolver processos educacionais que viabilizem a qualificação dos profissionais de saúde da família, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú. Ela está voltada para formar e capacitar profissionais de saúde para atuarem na construção de um modelo de atenção à saúde centrado na promoção. "A estratégia Saúde da Família supera todas as outras implantadas no país, inclusive a experiência de sistemas locais de saúde. A residência, portanto, pretende fortalecer cada vez mais essa idéia", finalizou o secretário de saúde de Sobral. ■

Poderíamos utilizar a 12ª Conferência para repactuar nossos compromissos. A 8ª Conferência foi um marco, pois houve grande consenso. Temos que buscar novamente esse mesmo consenso.



José Carlos Silva, assessor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

SEGURIDADE SOCIAL

Reforma da Previdência: A pressa é inimiga da discussão



Ana Beatriz de Noronha

Desde que começaram a ser veiculadas notícias sobre a reforma da Previdência, uma idéia é repetida constantemente: a de que se o projeto do governo, enviado para Congresso no dia 30 de abril, não for aprovado até julho, não haverá solução para o país. Com ajuda dos meios de comunicação e de estatísticas tidas como absolutas, criou-se um clima de 'tudo ou nada' e a discussão se polariza, como diz o editorial da Folha de São Paulo do dia 4 de abril, de forma pouco democrática, dando a impressão de que quem está contra as reformas propostas pelo governo está contra o Brasil.

Ainda que poucos discordem da necessidade de se reformar a Previdência, para alguns, o estardalhaço da mídia acaba abafando debates sérios sobre questões realmente importantes. "Temas que deveriam ser obrigatórios numa discussão com tamanho impacto permanecem na penumbra. Não há, por exemplo, apenas uma única maneira de identificar as causas, de estimar a medida do déficit previdenciário e de propor soluções para saná-lo", afirma o mesmo editorial.

— A Previdência é dever do Estado e não pode ser tratada como uma questão meramente financeira, sob a ótica do lucro. É preciso saber o que estamos falando: Como surgiu a Previdência? Ela tem cumprido o seu papel social? Quais as suas fontes de financiamento? Como são utilizados os recursos arrecadados? Quais os critérios para isenções, renúncias fiscais, anistias e refinanciamento de débitos? Nenhuma dessas e nem outras tantas questões são tratadas na proposta do governo, que se limita a discutir o Projeto de Lei Complementar nº 9/99, que altera a previdência dos servidores públicos — explica a auditora fiscal da Receita Federal Maria Lucia Fattorelli Carneiro, no texto "Mentiras e verdades sobre a 'Reforma da Previdência'", disponível em www.apub.org.br/fattorelli.pdf

DÉFICIT OU SUPERÁVIT, EIS A QUESTÃO

Na atual guerra de informações, que vitima principalmente o cidadão comum, a primeira dificuldade está em se definir se existe ou não déficit da previdência e, se existe, qual é o seu valor.

Para o governo, o déficit, que em 2002 chegou a R\$ 53 bilhões deve, em 2003, atingir o valor de aproximadamente R\$ 65 bilhões e isso justifica a pressa. Para os críticos do governo, o déficit só existe se esquecermos que a Previdência Social é parte da Seguridade Social, definida na constituição como: "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Seria como se avaliássemos as contas de uma família, considerando apenas o salário de um dos cônjuges.

Entretanto, de acordo com Maria Lucia Fattorelli, se forem consideradas todas as receitas previstas na Constituição Federal para o financiamento da seguridade, o 'déficit' se transforma num superávit de cerca de R\$ 20 bilhões.

PREVIDÊNCIA X CONTAS PÚBLICAS: QUANDO 2+2=5

O governo diz que é impossível equilibrar as contas públicas se a reforma não for feita e transforma a Previdência na grande vilã da crise econômico-financeira do país. Outros alegam que o que ocorre é justamente o contrário e que parte do rombo da Previdência é causado pelo uso do dinheiro arrecadado para a seguridade no pagamento de juros das dívidas interna e externa. O pior para a sociedade é que, geralmente, todos utilizam balanços de pagamentos, estatísticas e muitos números, na maioria das vezes totalmente incompreensíveis aos

olhos do(e) leitor, para defender e legitimar seus pontos de vista.

"A reforma não é para fazer favor para uns, não é para prejudicar outros. A reforma é para conseguirmos fazer com que o país deixe definitivamente de ser um país emergente, em vias de desenvolvimento e passe a ser um país desenvolvido, e que conquiste os espaços que já deveria ter conquistado no mundo globalizado", disse o presidente Lula da Silva ao encaminhar a proposta de governo ao Congresso.

— A sociedade brasileira sabe que não foi a Previdência que levou o país à situação em que se encontra, mas sim uma lógica econômica que propicia um lucro enorme aos bancos enquanto faz aumentar a miséria do povo — contesta a deputada federal Jandira Fegahli (PC do B/RJ)

SERVIDORES PÚBLICOS: CULPADOS OU INOCENTES?

Uma das principais polêmicas causadas pela proposta do governo está em mexer principalmente na previdência dos servidores públicos, acabando com o que uns chamam de privilégios e outros chamam de direitos. A reclamação daqueles que se opõem à proposta do governo é que a mídia e o governo só falam no quanto recebem os servidores, mas nunca sobre o quanto eles pagam a mais do que os trabalhadores da iniciativa privada.

Esses foram apenas três pequenos exemplos da miscelânea de informações com que o leitor se depara pela manhã quando abre os jornais e com as quais também não se depara, porque a grande mídia faz questão de ocultar.

Se muitas pessoas estão a favor da proposta de governo e outras tantas, contra, há também muitas delas que só gostariam de ter mais tempo para se informar, discutir e decidir, principalmente por acreditarem nos ditos populares de que 'a pressa é inimiga da perfeição', 'o apressado come cru' e 'tarefa apressada é tarefa estragada'. ■

No início de um governo, uma conferência representa um espaço para que se possa definir os rumos por onde a Saúde estará caminhando nos próximos quatro anos de gestão. É um momento privilegiado de lançar discussões nos municípios e estados por meio das etapas municipais e estaduais da conferência e definir, no âmbito nacional, quais são as questões centrais que devem nortear a construção de uma política efetiva de Saúde, aumentando a oferta e qualidade dos serviços do SUS.

Otaliba Libâneo, secretário municipal de saúde de Goiânia (GO)



SERVIÇOS

EVENTOS

XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE ANÁLISES CLÍNICAS E III CONGRESSO BRASILEIRO DE CITOLOGIA CLÍNICA

Organizado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), o congresso acontecerá entre os dias 08 e 12 de junho no Centro de Convenções Rio Centro, no Rio de Janeiro/RJ. O evento contará com a participação de especialistas em Microbiologia Clínica, Hematologia, Imunologia e Bioquímica.

Mais informações:

Tel.: (21) 2234-4881 / 2234-2053

E-mail: congresso@sbac.org.br

Site: www.cbac.org.br

CURSOS NA ENSP

ESPECIALIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE



Curso, que se inicia no dia 08 de setembro e termina no dia 10 de outubro, tem como objetivo ampliar a capacidade de utilização das informações em saúde, capacitar os alunos a analisar o impacto das novas tecnologias de informação e suas alternativas, identificar métodos de tratamento, modelagem e visualização de dados gráficos e não-gráficos e desenvolver habilidades que contribuam para ampliar a utilização das infor-

mações. Os interessados deverão se inscrever até o dia 04 de julho na Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Objetivo do curso é oferecer subsídios para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e práticas institucionais de comunicação no campo da Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento e consolidação desse campo de atuação. As inscrições poderão ser feitas até o dia 04 de julho. Os interessados deverão procurar a Secretaria Acadêmica da Ensp, levando uma carta de intenções, uma carta de apresentação da instituição à qual pertence, curriculum vitae e documentos pessoais. No ato da inscrição, será cobrado uma taxa de R\$ 20,00.

Mais informações:

Secretaria Acadêmica da ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 317

Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ

CEP: 21041-210

Tel.: (21) 2598-2557 / 2598-2558 /

0800-230085

Fax: (21) 2598-2727

E-mail: seca@ensp.fiocruz.br

PRÊMIO

PRÊMIO PARA EXCELÊNCIA EM BIBLIOGRAFIA DE SAÚDE

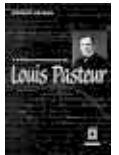
A Fundação Pan-americana de Saúde e Educação está oferecendo o Prêmio Fred L. Soper 2003 para trabalhos publicados no ano de 2002 que abordem situações sanitárias,

tendências na área da saúde, doenças, sistemas de tratamento e benefícios de serviços. Os interessados em participar da seleção deverão se inscrever até o dia 30 de junho. O resultado será anunciado até o dia 01 de dezembro deste ano e o vencedor receberá um diploma ao mérito e mais US\$ 2.500. Os trabalhos devem ser encaminhados para a Fundação Pan-americana de Saúde e Educação no endereço: 525 23rd Street NW Washington, DC 20037 Tel.: 202-974-3416 / Fax: 202-974-3636 Mais informações: www.paho.org/Spanish/PAHEF/soper.htm Email: pahef@paho.org

LANÇAMENTOS

EDITORA FIOCRUZ


A **Ciência Particular de Louis Pasteur**, de Gerald Geison, traz uma biografia detalhada de Pasteur, reconhecido como herói nacional da França e responsável por avanços que permitiram o desenvolvimento de soros e vacinas, a descoberta de fenômenos bioquímicos e a demonstração experimental da teoria dos genes como causadores de doenças. O livro tem como base os últimos escritos do pesquisador doados à Biblioteca Nacional de Paris.



Mais informações: Editora Fiocruz Avenida Brasil, 4036 / sala 112 Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ CEP: 21040-361 Tel.: (21) 3882-9041 Fax: (21) 3882-9006

CAMPANHA

SAÚDE BUCAL NO RIO

A Sociedade Brasileira de Estomatologia realizará, de 26 a 27 de junho, grande campanha, no município do Rio, de prevenção a problemas de saúde bucal. Estão previstas orientações e exames em 10 postos de atendimento. A iniciativa conta com o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e todas as faculdades de odontologia do Rio de Janeiro e cidades periféricas. 

Hoje em dia, nem município, nem estado, nem União fazem Saúde sozinhos. Essa questão deverá estar refletida na 12ª CNS. O SUS já está posto, conhecemos bem o papel das três esferas de governo, as possibilidades de financiamento, os caminhos de modelo de atenção e os canais que a população usa de controle social. Essa conferência, portanto, representará o amadurecimento dessas questões, assim como dos gestores de saúde, pois se traduz em um debate muito mais operacional e de consolidação do SUS.

Beatriz Dobashi, secretária municipal de saúde de Campo Grande (MS)



PÓS-TUDO

Fome Zero, por que não?

Fatima Amaral (Fafinha)*

Tenho 47 anos. Graças a Deus e à solidariedade de muita gente, não senti a dor da fome na carne, mas sei muito bem o quanto pode machucar. Ainda muito pequena, eu morava em Alfenas, Minas Gerais, e minha mãe lavava roupas para o proprietário da casa onde morávamos, como forma de pagamento do aluguel. As amigas de minha mãe nos mandavam leite gordo e gostoso. Na época, papai estava quase que sempre desempregado e a saúde não era nada boa. Sofríamos, mas éramos muito apegados uns aos outros. Cinco irmãos, e eu era a filha 'do meio'. Éramos felizes, à nossa maneira.

Eu pedia dinheiro aos nossos conhecidos e, com ele, comprava pão todos os dias. Eu pegava uma cédula e partia ao meio e, com muito jeito, enrolava bem as duas metades.



Eu acreditava que de uma cédula fazia duas e assim, todos os dias na parte da manhã, ia até a padaria com apenas uma parte da cédula. No balcão, toda metida, pedia o pão. O dono do estabelecimento me entregava o pão e eu entregava a ele a nota partida e enrolada. Eu acreditava que ele não ia perceber que pagava o pão com um pedaço da cédula e assim foi até o dia em que mudamos de Alfenas. Não faz muito tempo, fazendo um retrospecto do meu passado, só então percebi que eu apenas pensava que estava enganando o comerciante. Mas não, era ele que me enganava. Na minha inocência, eu pensava que ele não iria desenrolar a cédula partida com a qual eu pagava o pão. Acontece que, no dia seguinte, eu voltava com a outra parte, para comprar outro pão. É óbvio que ele passou muito tempo 'juntando' as duas metades das notas com que eu pagava o pão todos os dias. O bondoso comerciante permitiu que, durante um bom tempo, eu levasse dois pães pelo preço de um.

Mudamos para o campo, duzentos quilômetros distante de Alfenas. Fomos morar em uma fazenda muito e muito pobre, mas, apesar da pobreza, algo me encantava nas noites com luzes de lamparina em que, fora da casa, eu corria atrás de vaga-lumes. Eu notava o fascinante brilho das estrelas



no céu e ouvia o galo cantar. Parece que eu percebia quando todos os seres despertavam. Mais tarde, mudamos novamente, para onde estamos até hoje, em São Sebastião do Paraíso. A cidade nos adotou. Hoje, nesta minha cidade adotiva, existe almoço em benefício dos menos favorecidos, mas mesmo assim ainda tem muita gente com fome. Eu tive e tenho ótimos exemplos na vida. Aprendi a receber e também a doar, e me sinto muito amada, feliz porque tento sempre transformar os obstáculos em experiências produtivas. Nossa felicidade está em nossa capacidade de ser! Quero me convencer de que a fome vai acabar e que o Brasil ainda vai ser muito feliz! Acredito que o primeiro pronunciamento do presidente Luiz Inácio Lula da Silva vai se concretizar! Que possamos acreditar e ter esperança. O Brasil vai melhorar. ■

* Fafinha é leitora do Radis

ora, pilulas...

