

RADIS

comunicação em saúde



Nº 19 ♦ Março de 2004

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

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

050200462-2/2001-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



Atendimento diferenciado

12ª CNS condena porta dupla nos hospitais públicos em nome da equidade na saúde

AIDS | REFORMA PSIQUIÁTRICA | FOME ZERO

Esta página é um espaço aberto à teoria e à prática da Comunicação em Saúde.

Vale tudo: análises de campanhas de saúde nas mídias, comentários sobre as mais recentes teses acadêmicas, mosaico de experiências exitosas (e também de experiências 'hesitosas') da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.

Nova convocação dos craques olímpicos

Atenção, atletas-estudantes, preparem a criatividade: a 2ª Olimpíada Brasileira de Saúde e Meio Ambiente vai abrir inscrições em 3 de maio de 2004. Alunos do Ensino Médio e da 7ª e 8ª série do Ensino Fundamental, de escolas públicas ou particulares, estão convidados a inscrever seus trabalhos – vale abusar da imaginação para divulgar o conceito de promoção à saúde e sua interrelação com o meio ambiente.

Quem não se lembra da primeira Olimpíada? Foi um sucesso! Iniciada no segundo semestre de 2002 e encerrada em junho de 2003, a edição inaugural recebeu 742 trabalhos, dos

2ª Olimpíada Brasileira de Saúde e Meio Ambiente

quais 66% vieram do interior do Brasil – um resultado inédito entre as iniciativas de olimpíadas educacionais.

A competição é promovida pela Casa Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e pela Associação Brasileira de Pós-Gra-

duação em Saúde Coletiva (Abrasco). Para mais detalhes acesse o site ou entre em contato.

Site www.olimpiada.fiocruz.br
E-mail olimpiada@coc.fiocruz.br
Telefone (21) 2598-4343

Festa da saúde em Laguna

A Secretaria Municipal de Saúde de Laguna, Santa Catarina, compreendeu direitinho um dos objetivos deste espaço, e enviou o relato de suas experiências de Comunicação em Saúde. A secretária interina, Regina Ramos dos Santos, informa que a terra natal da heroína Anita Garibaldi tem 48.400 habitantes, gestão plena do Sistema Municipal de Saúde desde 1998 e 12 equipes do Programa Saúde da Família, que já cobrem 85,5% da população.

No Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue, em novembro, a secretaria promoveu uma série de eventos, em parceria com o hospital local, o Sesc, a Rede Feminina de Combate ao Câncer e o Colégio Stella Maris. Foram apresentadas três peças: *Tuberculose tem cura*, por profissionais de saúde; a leitura dramática da carta de



Na peça *Tuberculose tem cura*: Heloisa (à esquerda), Adélia, Dego, Rosilda, Elizabeth, Neusa e Elizete

uma portadora de câncer de mama; e *A dengue ataca o Sítio do Pica-Pau Amarelo*, por alunos, mães e professoras do Stella Maris. Em 11/12, a secretaria voltou a movimentar a cidade, com o 2º Seminário de Avaliação da Estratégia de Saúde da Família.

Laguna recorre muito à música para passar o recado da promoção à saúde: uma equipe do PSF compôs, por exemplo, *Saúde da Família na Re-*

gião Ribeirinha, cuja letra, de Fátima Duarte Carvalho, contém a estratégia do programa. Um trecho: "O crescimento do pequeno/a pesagem, a vacina/o seu desenvolvimento/deixa a agente bem ativa/se por acaso/baixo peso apresentar/lá vai a multimistura/pro bebê recuperar."

Outra música, *Tuberculose tem cura*, letra da enfermeira Heloi-

sa Fernandes: "E o que causa essa doença/é um bichinho muito esperto/um bacilo resistente/mas o tratamento é certo/Doença danada/só vai se instalar/se o tratamento não continuar..."

Contato com a SMSL

Av. Colombo M. Salles, 145, Shop. Tordesilhas, 3º piso
Centro, Laguna-SC – CEP 88790-000
Fone: (48) 646-0533 / r. 230
E-mail: saudelaguna@bol.com.br

Igualdade na cidadania

Apresentada a cobertura dos bastidores e das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, na edição anterior, a Revista RADIS inicia, neste número, uma série de reportagens e entrevistas com o selo "Ecos da 12", em que pretendemos aprofundar temas relevantes presentes na conferência e acompanhar o encaminhamento do que foi aprovado.

Os delegados da Doze foram categóricos em condenar o atendimento diferenciado a beneficiários de planos de saúde e particulares em unidades do Sistema Único de Saúde e hospitais universitários.

Dirigentes dos HUs argumentam que o que se pratica é uma "dupla porta", em que a única diferença é a hotelaria oferecida ao paciente. Quem representa os usuários no Conselho Nacional de Saúde contesta dizendo que a "fila dupla" cria cidadãos de primeira e segunda linha nos hospitais públicos. Por força da interpretação que se faz da autonomia universitária, o Ministério da Saúde não vê como proibir a prática nos hospitais universitários. E o exemplo do Instituto do Coração, em São Paulo, reforça a defesa das vantagens de uma receita extra para os hospitais. Mas o sucesso da experiência do Complexo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, mos-

tra que é possível acabar com o atendimento diferenciado.

Este é o "estado da arte" de um debate aberto para a sociedade e os gestores da saúde: como transformar em diretriz de saúde a clara sinalização dos participantes da conferência de que as dificuldades de financiamento dos hospitais públicos não podem ser resolvidas em detrimento da equidade no atendimento aos cidadãos, um dos princípios sagrados da criação do SUS pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde.

Seguindo nossa linha editorial de esmiuçar fatos e opiniões sobre saúde que aparecem na mídia e não deixar sem continuidade o que abordamos na revista, três importantes assuntos estão de volta. Trazemos novos comentários e avaliações metodológicas acerca da pesquisa da BBC inglesa sobre a visão dos brasileiros sobre a Aids. O governo fala dos novos passos da política antimanicomial que está sendo implementada no SUS. Com a ajuda de Chico Menezes, da organização não-governamental Ibase e nosso especialista de plantão em Fome Zero, apresentamos um balanço do primeiro ano do programa social prioritário do governo Lula.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

CARTUM



INSPIRADO EM QUINO

Comunicação em Saúde

- ♦ Nova convocação dos craques olímpicos 2
- ♦ Festa da saúde em Laguna 2

Editorial

- ♦ Igualdade na cidadania 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula da Imprensa

5

Toques da Redação

7

Dupla porta nos hospitais públicos

- ♦ Diferença de hotelaria ou de cidadania? 8
- ♦ A CPI que talvez não acabe em pizza 12

Tratamento de Aids

- ♦ Otimismo ajuda na prevenção? 13

Reforma Psiquiátrica

- ♦ Reestruturação da assistência beneficia hospitais menores 14

Segurança Alimentar

- ♦ Fome Zero, Ano I 16

Entrevista: João Motta

- ♦ "É viável sobreviver sem os convênios privados" 17

Serviços

18

Pós-Tudo

- ♦ Monteiro Lobato e a gênese do Jeca Tatu 19

Capa e ilustrações: Aristides Dutra

Agradecimentos a Gustavo Alves e à Confeitaria Colombo

CARTAS

SAÚDE E SANEAMENTO

Curso Geografia na Universidade Estadual da Paraíba. Já sou assinante da Radis há um ano e meio, sempre leio as revistas, e posso dizer que elas têm me ajudado muito, inclusive nos trabalhos da universidade.

Tenho estudado a expansão das grandes, médias e pequenas cidades brasileiras, assunto que me deixou entusiasmado, e acho que esse vai ser o tema de minha monografia de conclusão de curso. Tive a idéia de pedir a vocês que façam artigo ou reportagem sobre os problemas de saúde pública advindos da expansão urbana (saneamento básico, falta de estrutura das habitações). Ficarei muito honrado se vocês aceitarem minha idéia.

♦ William Cananêia Pereira
Esperança, PB

CONSTRUTORES DO CONHECIMENTO

Olá, tenho 14 anos e em 2004 vou cursar o ensino médio. No colégio em que estudo o professor Leandro Scarparo desenvolveu um projeto chamado Construtores do Conhecimento Científico. Só participam alunos de 8ª série e 1º ano. Alguns foram cortados, outros pularam fora quando viram que se tratava de algo sério.

Eu desenvolvi um projeto sobre astronomia, uma maquete de como



seria uma cidade lunar (...) Para 2004 já apresentei meu tema, e será sobre saúde, com histórico das grandes pessoas que fizeram e fazem parte da história da saúde no Brasil e no mundo, pois o objetivo do projeto é levar até as pessoas mais informações na área da saúde.

♦ Luiz Gabriel Antão Barboza
Nova Olímpia, PR

SEDUZIDA PELA RADIS

Há muito tempo me sinto devedora com vocês. Afinal, são diversos anos que recebo em minha residência as publicações produzidas por esta conceituada instituição. Confesso que, em meio a tantos referenciais disponíveis aos interessados em temas relacionados à saúde, a Radis é para mim uma leitura obrigatória. E são várias as razões que me seduzem: a objetividade

de das matérias, a diagramação, a análise crítico-reflexiva dos textos, a diversidade, bem como a oportunidade para participação dos leitores.

Atualmente, sou docente no curso de graduação em Enfermagem numa faculdade particular em Curitiba, a Faculdade Evangélica do Paraná. Quero registrar minha admiração e orgulho pela qualidade da revista, que tem me auxiliado a divulgar entre meus alunos, amigos e parentes um pouco do que se produz na Fiocruz.

♦ Carolina Bocchi Maia
Curitiba, PR

RADIS INCONSTANTE

É com imenso prazer que, sempre que conseguimos receber a revista Radis, lemos de "cabo a rabo", e isto nos tem dado muita informação para discussão dos temas abordados, até então desconhecidos. Portanto, estamos mandando endereço atualizado, para que possamos receber com frequência certa e em dia. Para nós vai ser de grande importância.

♦ Erondi Souza de Almeida, 3ª Delegacia Regional de Saúde
Vilhena, RO

O CENTRO DE ESTUDOS AGRADECE

Parabéns pelo maravilhoso trabalho. É muito bem feito e útil. Trabalho como médica numa unidade básica de saúde em Niterói e, após ler as revistas, farei doações ao centro de estudo da unidade.

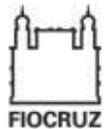
♦ Rosângela Ribeiro da Silva
Niterói, RJ

FELICIDADE PELO CORREIO

Olá, pessoal, gostaria de agradecer pela felicidade que vocês me proporcionaram ao receber a revista Radis. Estarei terminando minha graduação em Enfermagem neste ano de 2004, e podem ter certeza de que cada leitura que faço da revista me estimula e me incentiva a participar ativamente na construção do SUS e a dinamizar a promoção da saúde humanisticamente. Atenciosamente,

♦ Daiane Martins

EXPEDIENTE



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

Periodicidade Mensal
Tiragem 42 mil exemplares
Assinatura Grátis

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Edição Marinilda Carvalho

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

Reportagem Cláudio Cordovil
(subeditor), Jesuan Xavier e Katia Machado

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Hélio Nogueira

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

Secretaria de Administração e Infra-Estrutura Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Cícero Carneiro, Cleonice Vieira, Osvaldo José Filho (informática) e Ita Goes (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, 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

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

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A revista Radis solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone.

SÚMULA

O FIM DA PÓLIO NO MUNDO ESTÁ PRÓXIMO

A maior campanha de saúde pública da história, a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, está perto de cumprir seu objetivo, anuncia a Agência de Informação Solidária (www.infosolidaria.org), grupo de jornalistas espanhóis independentes que divulga textos sobre temas que a grande imprensa não tem interesse em publicar.

Após 15 anos de esforços, mais de US\$ 3 bilhões de investimento e trabalho conjunto de mais de 200 países, 2005 será, se houver um pequeno esforço extra, o ano da erradicação da poliomielite (inflamação da substância cinzenta da medula espinhal) no planeta Terra. A pólio continua uma doença endêmica em apenas seis países: Nigéria, Índia, Paquistão, Níger, Afeganistão e Egito). Em 15 de janeiro seus governos assinaram, na sede da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Genebra (Suíça), o compromisso de acabar com a transmissão do vírus da pólio até fins de 2004.

Desde que teve início, em 1988, a campanha maciça de vacinação mundial, que constitui o coração da Iniciativa, o número de casos declarados de pólio diminuiu de 350 mil em 1988 para cerca de 1.200 em 2003. Mesmo nos países endêmicos, os casos registrados caíram de 125 para 7. Vacinar as crianças abaixo de 5 anos será a ação-chave para o êxito desta operação, depois do alerta das epidemias da Índia, em 2002, e da Nigéria, em 2003.

A pólio é uma doença infecciosa altamente contagiosa causada pelo poliovírus, que afeta principalmente crianças menores de 3 anos (50% dos novos casos). O vírus produz paralisia, quase sempre permanente, provocada pela destruição dos neurônios (células nervosas) motores, que ativam os músculos.

Nos anos 1930 e 40, a pólio foi o problema principal de saúde pública nos países industrializados, que promoveram campanhas extensivas de vacinação em fins dos anos 50, erradicando a doença. O pesquisador Albert Sabin, descobridor da vacina moderna, de vírus vivos atenua-

dos, doou a fórmula das gotinhas milagrosas à OMS, para possibilitar seu acesso universal. Seu sonho, portanto, está a ponto de cumprir-se. Este final (quase) feliz demonstra que uma aliança entre governos, agências internacionais e setor privado para acabar com uma enfermidade grave consegue os efeitos esperados, comenta a autora do artigo, Arancha Desojo, farmacêutica e especialista em cooperação sanitária.

No Brasil, houve referências a casos esporádicos de poliomielite nas últimas décadas do século 19, mas a primeira descrição de um surto foi feita por Fernandes Figueira em 1911. A maior epidemia registrada no país ocorreu no Rio de Janeiro, em 1953. A partir da descoberta da vacina Salk e, mais tarde, da Sabin, programas de controle da doença foram adotados, sendo iniciativa da OPAS/OMS a política de erradicação do poliovírus selvagem nas Américas. "Assim, o Brasil recebeu o certificado de erradicação da poliomielite em outubro de 1994", informa a pesquisadora Dilene Raimundo do Nascimento, que coordenou o projeto coletivo *História da poliomielite e de sua erradicação no Brasil*, da Casa de Oswaldo Cruz.

LIPASPIRAÇÃO COM MAIS RIGOR



O Brasil realiza 400 mil lipoaspirações por ano, mas agora há regras mais rígidas para o procedimento, informou *O Estado de S. Paulo* em 15/1/2004. Isso porque o Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou novos parâmetros de segurança para a cirurgia.

Por exemplo, os médicos não podem mais oferecer a lipoaspiração

como solução para o paciente emagrecer. A indicação deve ser precisa: apenas para correção do contorno corporal, ou seja, retirada de pequenas quantidades de gordura localizada.

Para conter os exageros, o CFM estipulou limites de gordura que podem ser retirados do paciente numa lipo: 7% do peso corporal quando for usada a técnica infiltrativa (que produz menos sangramento) e 5% para a não-infiltrativa. E seja qual for a técnica, a lipo não pode ser feita em mais de 40% da área do corpo. "Dentro desses limites, o benefício do procedimento é maior do que o risco", disse Antônio Pinheiro, coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM. "Acima deles, a lipo se torna muito arriscada."

Agora vigoram também regras claras sobre as instalações em que a lipoaspiração pode ser feita e sobre a presença de um anestesista durante a cirurgia, que tem de participar de lipoaspirações quando o paciente é sedado, recebe anestesia geral ou de bloqueio, como a peridural. O anestesista só é dispensável nos casos de cirurgias de pequeno porte, realizadas com anestesia local.

O objetivo do CFM foi criar parâmetros de segurança para pacientes e médicos. O trabalho levou um ano e meio para ser concluído e contou com a participação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). "As regras valorizam o trabalho do cirurgião plástico e sua formação", disse ao *Estadão* o presidente da SBCP, Sérgio Carreirão.

A iniciativa do CFM foi bem recebida pela Associação das Vítimas de Erros Médicos. "É tudo o que sempre quisemos para que o atendimento melhore", afirmou Antonieta Kulaif, presidente da entidade. "Se as normas forem cumpridas, os pacientes terão mais segurança." Em torno de 9% dos 500 casos registrados na associação são problemas com cirurgias plásticas — alguns com mortes, outros com seqüelas irreversíveis.

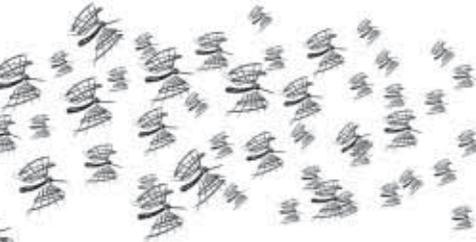
ENSP AVALIA PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM 10 CIDADES

A Revista de Manguinhos, da Fiocruz, publicou artigo que apresenta os principais resultados de uma

pesquisa sobre a implantação do Programa de Saúde da Família em 10 cidades brasileiras: Aracaju, Brasília, Camaragibe (PE), Campinas (SP), Goiânia, Manaus, Palmas, São Gonçalo (RJ), Vitória e Vitória da Conquista (BA).

Os pesquisadores do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), fizeram mais de quatro mil entrevistas com gestores, conselheiros, integrantes do PSF, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e famílias

Os resultados foram repassados ao Ministério da Saúde. "Analisamos quais aspectos facilitaram ou dificultaram a implementação do PSF nessas cidades, quais experiências foram bem sucedidas, quais não e por que", disse a coordenadora-geral da pesquisa, Sarah Escorel. "Esses dados servirão de subsídio para as decisões do ministério."



A pesquisa custou R\$ 385 mil, dados pelo governo japonês. O estudo concluiu que a forma de financiamento do PSF ainda é um obstáculo importante para o sucesso do programa. O incentivo financeiro que o Ministério da Saúde repassa aos municípios para o PSF é relacionado à cobertura que a cidade alcança. "Para ter o incentivo máximo, é preciso chegar a 70% de população atendida", disse Sarah.

Das cidades pesquisadas, Camaragibe, Campinas e Vitória da Conquista foram consideradas bem-sucedidas no maior número de aspectos. Embora alvo de estudo parcial (não houve avaliação das equipes e das famílias), Campinas é exemplo de "boas práticas" no que se refere a dois aspectos: o processo de implementação em município com uma rede estruturada de atenção básica pré-existente e a estratégia de obtenção de apoio da população e dos profissionais numa situação em que existiam muitas resistências por experiências mal conduzidas anteriormente.

A rede básica não foi desestruturada, mas integrada ao novo sistema. As equipes que já estavam nas

unidades básicas (pediatras, ginecologistas, dermatologistas) passaram a dar apoio às novas equipes do PSF, coordenadas por médicos generalistas, na tarefa de fazer a triagem e o acompanhamento dos pacientes.

"A cidade também montou um sistema de premiação interessante", contou Sarah. "Quanto pior o índice de desenvolvimento humano do local, maior é a porcentagem acrescentada ao salário dos profissionais que participam do programa" (que tem o nome local de Paidéia)", disse a pesquisadora da Ensp. Assim, os profissionais que enfrentam maiores dificuldades recebem mais.

Endereços na internet

Revista de Manguinhos

www.fiocruz.br/ccs/revista/revista03.htm

Íntegra da matéria

www.fiocruz.br/ccs/revista/n3_nov03/retrato_familia.htm

O SUOR E O MOSQUITO DA MALÁRIA



O mosquito anófele, principal transmissor da malária, é atraído por um componente do suor humano, segundo pesquisa da Universidade de Yale, nos Estados Unidos, publicada na edição de 15/1/2004 da revista científica britânica Nature. A fêmea do mosquito *Anopheles gambiae* tem uma proteína receptora chamada AgOr1, para captar o odor, o que poderia explicar por que o corpo humano atrai o inseto, segundo a pesquisa coordenada por John Carlson, informou notícia da France Presse reproduzida na Folha Online.

A descoberta pode permitir a elaboração de um meio para bloquear ou ativar essa proteína, o que abre perspectivas para a criação tanto de inseticidas como de repelentes mais eficazes. Na pesquisa, os cientistas utilizaram moscas drosófilas geneticamente modificadas para que tivessem um receptor de odores AgOr1 próprio da fêmea do anófele.

GRIFE DO FRANGO PREOCUPA OMS

A chamada gripe do frango se espalhou pela Ásia, com vários casos fatais confirmados, especialmente no Vietnã.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou que a gripe do frango pode representar uma crise sanitária maior para a Ásia do que a Síndrome Respiratória Aguda Severa (Sars), e tem sintomas parecidos com os da pneumonia atípica — que voltou a fazer vítimas na China. "Se o vírus H5N1 (da gripe do frango) se incorporar ao vírus da gripe comum em humanos e se for transmitido efetivamente, ele tem o potencial de causar muitos danos", disse Peter Cordingley, porta-voz da OMS asiática, sediada em Manila, capital das Filipinas. "O vírus da gripe humana tem um poder de contágio muito maior do que o da Sars, porque se propaga pelo ar, e não pelas secreções, como o da Sars."

Coréia do Sul e Japão ordenaram um abate seletivo de milhares de frangos e patos para conter a propagação do vírus. Mas a situação mais preocupante é mesmo a do Vietnã, único país onde se comprovou a transmissão do vírus entre pessoas e onde o governo mandou destruir milhões de aves contaminadas.

No Brasil, produtores de aves e autoridades sanitárias e agrícolas vêm tomando uma série de medidas para evitar a entrada da doença no país. Foi determinada quarentena de 72 horas para pessoas vindas da Ásia, que consiste na proibição de que visitem granjas, abatedouros ou incubadoras nesse período.

No dia 6 de fevereiro, a OMS notificou o resultado do seqüenciamento genético do vírus H5N1 de duas irmãs num grupo familiar no Vietnã, segundo boletim da Anvisa (www.anvisa.gov.br). Os dois vírus eram inteiramente de origem aviária, sem genes humanos, indicando que o H5N1 não teria mudado para se tornar facilmente transmissível de um humano a outro.

A boa notícia não impediu, entretanto, que até meados de fevereiro a gripe do frango tenha afetado 23 pessoas, com 18 óbitos.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DE CARA NOVA

Não foi em Porto Alegre, mas fez um baita sucesso. De 16 a 21 de janeiro, a quarta edição do Fórum Social Mundial (FSM), em Mumbai, na Índia, reuniu 75 mil pessoas de mais de 100 países, e, claro, reservou du-



toques da redação

ras críticas às políticas internacional e econômica dos Estados Unidos. Na cerimônia de abertura, de que participaram nove palestrantes, a política internacional americana foi responsabilizada pela perda de milhares de vidas no Afeganistão, no Iraque e na Palestina. Entre as temáticas do encontro destacaram-se as discussões sobre "terra, água e segurança alimentar", "militarismo, guerra e paz" e "exclusão e opressão religiosa, étnica e lingüística". O FSM é importante espaço para o debate do modelo no qual crescimento econômico e igualdade social caminhem juntos.

Pela primeira vez o evento não teve lugar em Porto Alegre, onde surgiu há três anos. Para Sérgio Hadad, diretor da Associação Brasileira de Ongs (Abong), o deslocamento do FSM para a Índia literalmente deu uma "nova cara" ao fórum, concentrando a diversidade cultural asiática em Mumbai. "Se nas edições anteriores o fórum falava português, inglês, espanhol e francês, este ano 13 foram os idiomas oficiais — hindi, marathi, tamil, telugu, bengali, malayalam, espanhol, inglês, francês, coreano, bahasa, indonésio, tailandês e japonês", ressaltou.

Segundo Hadad, esse fórum veio confirmar a sensação de que o evento se faz muito mais nos pequenos painéis, nas oficinas, na troca de experiências entre os participantes, nos debates nos corredores, com o "povo de Seattle" sentado no chão (os ativistas anticapitalismo são chamados assim desde que, em novembro de 1999, pela primeira vez impediram reunião da Organização Mundial do Comércio naquela cidade americana).

"Em Mumbai, mais do que em Porto Alegre, as grandes conferências, protagonizadas por intelectuais e lideranças internacionalmente reconhecidas, foram pouco participativas, embora algumas tivessem estimulado debates interessantes", disse o diretor da Abong.

Vale lembrar que o FSM estará de volta a Porto Alegre em 2005. E talvez se transforme em evento bienal. "Depois de Mumbai, Porto Alegre não poderá refazer o mesmo", disse. "Temos de avançar em novas propostas, que superem os antigos limites e que incorporem as novidades do FSM indiano." ■

O GRANDE DILEMA DO MILITANTE NO PODER — Nosso denodado repórter Fontes Fidedignas, que acompanha de longa data a Reforma Psiquiátrica brasileira, resolveu fazer uma pergunta singela ao coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado: "Como é estar sentado nesta cadeira?" Pedro militou ativamente por mais de 30 anos em movimentos sociais de psiquiatria democrática. Que lições tiraria de sua atual experiência de gestor?

— Primeiro, aprendi que é muito importante manter firme no ar a utopia. Ficar preso no pragmatismo, em realidade, é uma forma de cegueira. Depois, como nos lembra Bachelard, é muito importante transitar bem entre o pensamento, a ação e o sonho. O que se aprende quando se chega a um cargo destes é que no campo da militância fazemos análises que não levam em conta diversas variáveis com que nos defrontamos como gestores. É preciso ter humildade diante do real.

UM DUPLO CHOQUE DE REALIDADE — Por falar em "humildade diante do real", o mês de janeiro foi pleno de armadilhas para os que se descuidaram. A ex-ministra Emília Fernandes, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, e depois o ex-ministro da Educação Cristovam Buarque defenderam nos jornais o atrelamento dos benefícios do programa Bolsa-Família à aceitação de informações sobre planejamento familiar. Para quê! Um debate acalorado pela imprensa adentrou fevereiro, opondo defensores e críticos da tese de que o alto índice de fertilidade dos pobres é a causa primeira da violência. A discussão se estendeu ao aborto, ao controle da natalidade e polêmicas afins. Militantes dos direitos reprodutivos botaram os pingos nos is: violência, pobreza e taxa de fecundidade não são relações causais. Depois dessa "fritura pública", coincidência ou não, na reforma ministerial os dois ministros perderam o cargo. Ao assumir, o novo

ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Patrus Ananias, clareou a posição do governo: "Vivemos num Estado laico, democrático. Portanto, as famílias devem ter acesso às informações e aos métodos contraceptivos legais. (...) Mas o problema central não é esse, e sim o desenvolvimento e a distribuição de renda." As feministas suspiraram de alívio.

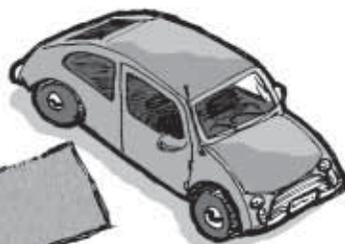
RECADO AO GESTOR — É impressionante a necessidade do cidadão de se fazer ouvir, de ter um canal de voz que o represente — coisa que a grande mídia em geral lhe nega. Ao primeiro flash do bravo repórter fotográfico da Radis, durante apuração de matéria num hospital do Rio de Janeiro, usuários que aguardavam em fila a marcação de exames não economizaram nas reclamações. "Vocês precisam fotografar os banheiros, estão cheios de infiltrações", bradava uma senhora. "Queremos cadeira pra sentar", queixava-se um senhor. Esse vácuo social poderia ser preenchido com ouvidorias ou conselhos de usuários que funcionem efetivamente. Anotou, gestor?

AROUCA (SEMPRE) NA MEMÓRIA — Completados seis meses da morte do sanitarista Sergio Arouca, não custa lembrar algumas (e justas!) homenagens que lhe têm sido feitas: a mais prosaica, embora não menos sincera, foi do bloco carnavalesco Discípulos de Oswaldo, que reúne servidores da Fiocruz e moradores das comunidades da região de Manguinhos, no Rio. O enredo: "Deu Arouca no Carnaval 2004". Antes, a Escola Nacional de Saúde Pública acrescentou Sergio Arouca a seu nome, como também a pequena Policlínica Comunitária de Santa Rosa, em Niterói (RJ). A Doze virou Conferência Sergio Arouca (ver a cobertura da Fiocruz em www.fiocruz.br/ccs/xiiconferencia/xiiconferencia.htm), e a última edição da Revista de Manguinhos (www.fiocruz.br/ccs/revista/revista03.htm) lhe dedicou a capa, além de reportagem de 20 páginas sobre a trajetória do sanitarista e a última entrevista concedida antes de sua morte, em agosto. ■

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

DUPLA PORTA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS

Diferença de hotelaria ou de cidadania?



Jesuan Xavier

Hospital Universitário Clementino Fraga, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) entram pela lateral do prédio, e fazem fila, de pé, para encaminhar pedido de exames ou marcar consulta. Usuários de planos de saúde são recebidos na porta principal e aguardam em sala climatizada com cadeiras confortáveis.

O hospital, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, segue ao pé da letra a chamada "dupla porta" de recepção de pacientes em hospitais públicos, especialmente universitários, que muitos chamam de "duplo atendimento".

A Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro, aprovou a proibição do "atendimento diferenciado" a beneficiários de planos de saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários.

Será simples assim extinguir a chamada *dupla fila* – outro nome para o procedimento, acusado pelos críticos de dividir os brasileiros em duas categorias de cidadãos, os que têm e os que não têm plano de saúde? Os hospitais universitários, por exemplo, gozam de ampla autonomia administrativa, garantida pela Constituição Federal.

"Ninguém fura a fila", rechaça o diretor do Clementino Fraga, Amâncio Paulino de Carvalho, que também preside a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue).



H O S P I T A L P Ú B L I C O

PLANOS DE SAÚDE

ATENDIMENTO SUS



Expressão utilizada para definir os procedimentos de acomodação do paciente nos hospitais. Os usuários de planos de saúde geralmente garantem quartos individuais com ar-condicionado e direito a acompanhante.

“Embora as entradas sejam diferentes, as pessoas são cadastradas no sistema ao mesmo tempo”, garante. “O problema é que a demanda de quem não tem plano de saúde é muito grande, ocasionando uma fila maior”.

Amâncio faz questão de dizer que os hospitais universitários não realizam atendimento diferenciado, e rejeita a expressão *duplo atendimento*. “Temos aqui a *dupla porta*, e a única diferença que se faz é em relação à hotelaria”.

O assunto desperta polêmica pelo menos desde o início da década de 90, porque mexe diretamente com dois dos mais críticos problemas dos hospitais públicos: recursos e atenção ao paciente. Apesar das divergências de opinião quanto ao princípio ético de atendimento diferenciado em hospitais públicos – entre quem tem ou não dinheiro para pagar –, é consenso que os repasses financeiros do governo, sozinhos, não têm sido suficientes para garantir o bom atendimento a todos.

Na falta de recursos oficiais, os hospitais universitários buscam alternativas de financiamento. “A questão é delicada, porque estamos lidando com um tema delicado, que é a saúde da população”, diz Mário Scheffer, representante dos usuários no Conse-

Artigo 207 da Constituição Federal estabelece: As universidades federais [das quais são parte integrante os hospitais universitários] gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecem ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.



lho Nacional de Saúde (CNS).

Para ele, a fila dupla é uma das faces mais cruéis do setor público de saúde: “Estamos criando cidadãos de primeira e segunda linha nos hospitais públicos. Isso é inadmissível”. Scheffer acredita que a sociedade precisa discutir esse problema sem hipocrisia. “Criou-se uma noção errada de que existem dois sistemas de saúde, que não se relacionam, e isso tem que ser proibido”.

O representante dos usuários vai além. “A fila dupla é uma prática comum, que cresce a cada dia, sob o falso pretexto de que a arrecadação complementar do hospital reverte em atendimento aos usuários sem planos. Na prática isso não acontece”.

Ele é veementemente rebatido pelo presidente da Abrahue. “O atendimento aos usuários dos planos gera recursos adicionais que servem para melhorar o atendimento como um todo”, destaca Amâncio, para quem um convênio chega a pagar de três a quatro vezes mais do que o SUS. “Essa verba já está integrada ao orçamento de alguns hospitais universitários. É a lógica da complementação de um dinheiro que não é suficiente”.

Amâncio, que dirige o Hospital Universitário da UFRJ, admite a dupla porta mas rechaça o fura-fila

Amâncio não parece preocupado com a decisão da conferência: “A universidade goza de autonomia garantida pela Lei Orgânica da Saúde, pode fechar contrato com a empresa que quiser”. Segundo ele, o hospital pode estabelecer parcerias que sejam de interesse público e pode fazer atendimento por convênios que gerem benefícios à sociedade.

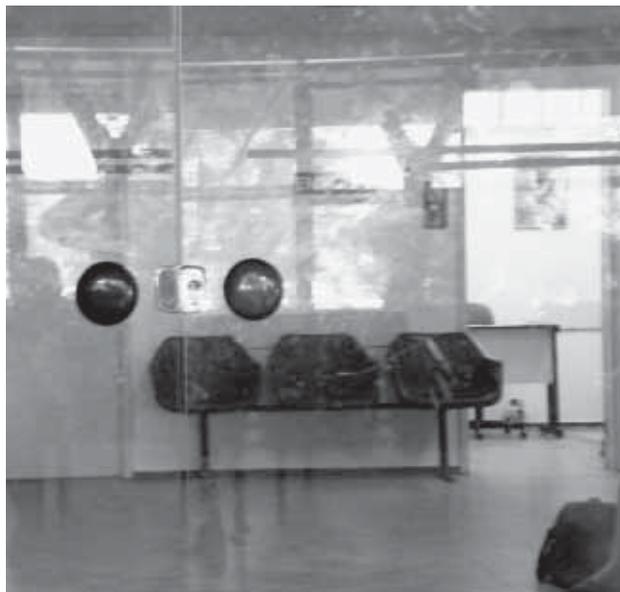
O secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, confirma: “Quem faz a programação de um hospital universitário é o próprio hospital. É um hospital diferenciado.”

Artigo 45 da Lei 8.080/90 diz que os serviços de saúde dos hospitais universitários integram-se ao SUS, mediante convênio, preservada sua autonomia administrativa, em relação a patrimônio, recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.





Usuários do SUS aguardam na fila do guichê...



...enquanto os dos planos têm sala climatizada

DÍVIDA ULTRAPASSA R\$ 300 MILHÕES

Amâncio cita a dívida dos hospitais universitários federais como exemplo da carência financeira do setor. "Segundo dados do próprio Ministério da Educação, a dívida dos 41 hospitais universitários federais que estão cadastrados no SUS gira em torno de R\$ 317 milhões". Mas ele lembra que isso é até pouco, perto dos hospitais filantrópicos de ensino (cerca de 2.600), cuja dívida já chega a R\$ 1,3 bilhão. "A Santa Casa de São Paulo, sozinha, acumula dívidas de R\$ 150 milhões", enfatiza.

Amâncio salienta que tal crise acaba acarretando desabastecimento e sucateamento dos hospitais universitários. "As empresas credoras não entregam os pedidos, e muitos hospitais cortam despesa na manutenção dos equipamentos. Isso gera graves problemas lá na frente".

Scheffer aposta em que, no momento, nenhum parlamentar terá coragem de ir à frente com o Projeto de Lei 449/99, do ex-senador e atual governador do Ceará, Lúcio Alcântara (PSDB), que garantiria o direito ao duplo atendimento, permitindo aos

hospitais universitários captação de recursos com internação de até 25% dos leitos. O projeto altera o Artigo 43 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). "De imediato, a decisão da Conferência servirá para barrar a tramitação desse projeto, que já tinha sido aprovado em plenário pelo Senado". Só não foi adiante porque a senadora Heloísa Helena (Sem partido-AL), contrária ao projeto, apresentou recurso para que fosse ouvida a Comissão de Economia, da qual faz parte, e é hoje relatora da matéria.

O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida, diz que na verdade se está fazendo muita confusão entre *dupla porta* e *duplo atendimento*. "Duplo atendimento não existe", garante. "Na emergência, então, não há nem dupla porta, seria omissão de socorro, um absurdo; não há como apoiar". Para ele, entretanto, o hospital não pode fazer convênio com planos de saúde sem oferecer certas condições aos usuários.

INCOR É MODELO

"Para os planos de saúde, o impacto seria zero", diz Almeida sobre

a decisão da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Líder de uma associação que reúne cerca de 300 empresas, ele acha que se a proposta for acatada será pior para os hospitais públicos. "É claro, os planos de saúde poderiam sofrer alguma perda de qualidade sem um hospital de excelência como o Incor, por exemplo, mas recorreriam a outros hospitais."

Arlindo entende que prejuízo maior teriam os próprios hospitais universitários. O Incor (Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da

OS NÚMEROS DA POLÊMICA

R\$ 317 milhões é a dívida dos 41 hospitais universitários federais

R\$ 1,3 bilhão é a dívida dos 2.600 hospitais filantrópicos

R\$ 150 milhões é a dívida da Santa Casa de São Paulo

62% do faturamento do Incor vêm dos planos de saúde

82% do faturamento do Hospital do Câncer-SP vêm dos planos de saúde



Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) perderia 62% de seu faturamento, e o Hospital do Câncer de São Paulo, mais ainda, 82%, afirma.

O deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), presidente da Frente Parlamentar de Saúde, que congrega 240 congressistas de vários partidos, também só aceita a *dupla porta* na chamada hotelaria do hospital. "Ou seja, o paciente que tem plano de saúde paga pelo apartamento particular, pelo acompanhante, mas pega sua guia de internação na Central de Vagas, como todo mundo, nada além disso", defende. "O atendimento não pode ser discriminatório, já que o SUS não é universal para a enfermagem, é universal para todos. A equidade é fundamental."

Guerra atribui toda essa polêmica à proibição da internação de pacientes do SUS em apartamentos, no início dos anos 1990. "Antes dela, apenas 10% da população tinham plano de saúde; agora já são 25%", diz. O deputado federal Henrique Fontana (PT-RS), que apresentou à Câmara o requerimento de instalação da CPI dos Planos de Saúde e presidiu seus trabalhos, apóia a decisão da Plenária da conferência, mas ainda não vê a universalidade e a integralidade no horizonte de um país como o nosso. "Como a saúde não é uma mercadoria, é preciso ter uma regulamentação rígida, que coíba o privilegiamento: por exemplo, a reserva de um andar inteiro de hospital para os planos de saúde".

Amâncio, presidente da Abrahue, também cita o Incor como exemplo de eficiência no modelo que atende simultaneamente usuários do SUS e de planos de saúde. "O Incor hoje é um hospital público que cumpre sua função social melhor do que qualquer outro: faz 10 cirurgias cardíacas por dia, enquanto o segundo hospital público do país [o Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo] faz apenas quatro".

De acordo com dados do próprio Incor, o hospital divide seu atendimento entre pacientes do SUS (82%),

Em Porto Alegre, 100% SUS

Citado como modelo pelos defensores da não-diferenciação no atendimento público de saúde, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre deixou de receber pacientes com convênios privados desde setembro do ano passado. De imediato, a medida disponibilizou mais 32 leitos aos pacientes do SUS, segundo o diretor-superintendente do GHC, João Motta (ver entrevista na página 17).

Vinculado ao Ministério da Saúde, o Grupo constituiu uma sociedade anônima em 1975, quando a União interveio e desapropriou os hospitais privados Nossa Senhora da Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina.

O GHC, que teve orçamento de R\$ 350 milhões em 2003, forma um terço dos especialistas em Medicina no Rio Grande do Sul, e ainda propicia estágio para alunos de

24 faculdades da área de saúde. "É um exemplo de que é possível sobreviver seguindo as diretrizes do SUS", diz Mário Scheffer, representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

O GHC contabiliza hoje 1.800 leitos, incluindo UTIs e emergência, que apresentam internação média de 5.300 pessoas por mês, 5 mil consultas/dia, 900 partos e mais de 3 mil cirurgias por mês. Quanto à população atendida, 50% provêm da cidade de Porto Alegre, 40% da Região Metropolitana e 10% de outros municípios do estado e do Brasil. E 100% dos serviços prestados são aos usuários do SUS.

Atualmente, o diretor do GHC trabalha na implantação de um projeto do Ministério da Saúde para o período pós-hospitalar. "É um atendimento domiciliar pelo qual os pacientes serão monitorados após deixarem o hospital".

beneficiários de convênios e seguros médicos (15%) e pacientes particulares (3%). "Apesar de o atendimento a não-usuários do SUS girar em torno de 20%, a receita gerada por eles é de 60% do total arrecado pelo hospital", enfatiza Amâncio.

Mesmo os críticos mais ferrenhos do modelo de duplo atendimento elogiam o Incor. "O Incor é realmente o grande paradigma dessa história toda. Ganha *xis* dos planos de saúde, muito mais do que é repassado pelo SUS. É uma exceção", ressalta Scheffer.

SOBREVIVÊNCIA POSSÍVEL

De outro lado, lembra ele, no Rio Grande do Sul há hospitais públicos que trabalham perfeitamente sem os planos de saúde. Jorge Solla, do Ministério da Saúde, identifica um deles: o Grupo Hospital Conceição de Porto Alegre, que atende exclusiva-

mente usuários do SUS (ver box).

Mesmo ciente de que será difícil proibir na prática o "atendimento diferenciado" em hospitais universitários, o representante dos usuários no CNS, Mário Scheffer, acredita que a decisão da conferência embasará muitas ações na Justiça.

Segundo ele, as pessoas que se sentirem prejudicadas no atendimento de um hospital público, em relação a beneficiários de planos de saúde, devem tomar as devidas providências jurídicas. "Os princípios do SUS (equidade, universalidade, gratuidade e integralidade) devem ser seguidos e respeitados por todos", defende. "Uma deliberação como essa da conferência, que reflete o desejo da sociedade brasileira, ajudará o Judiciário a tomar decisões contra os hospitais que insistem em fazer atendimento diferenciado".





A CPI que talvez não acabe em pizza

Marinilda Carvalho

Dizem que CPI sempre acaba em pizza, mas o presidente da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde, Henrique Fontana (PT-RS), avisa que esta já resultou, pelo menos, em três proposições legislativas, protocoladas na secretaria da Câmara dos Deputados em 4 de fevereiro: a Indicação 1.703/2004, o Projeto de Lei 2.934/04 e a Proposta de Legislação Complementar 128/2004. Por trás desses nomes sem graça há iniciativas que ampliam ou alteram a Lei dos Planos de Saúde (nº 9.656/1998).

Entre elas, porém, não está a proibição da chamada "fila dupla" nos hospitais públicos: a maioria rejeitou a inclusão do item no relatório final. Fontana compreende. "Não se pode fazer uma discussão muito maniqueísta sobre o assunto, diante das dificuldades dos hospitais públicos, especialmente os universitários", aconselha. "É uma fonte de financiamento parcial importante". O que o deputado não compreende é o ressarcimento "irrisório" dos planos de saúde ao SUS. "Um mercado que movimentou em 2003 R\$ 29 bilhões não poderia ter pago apenas R\$ 45 milhões". O relatório da CPI lembra que a União, para cuidar da saúde dos usuários do SUS – um número quatro vezes maior – teve os mesmos R\$ 29 bilhões em 2003. Dos R\$ 225 milhões devidos pelas operadoras, o SUS só recebeu R\$ 45 milhões.

Arlindo de Almeida, presidente da Abramge, defende as empresas que lidera. "Há uma série de problemas com o ressarcimento: cobranças inconstitucionais ou indevidas, fraude – como parto de homem –, cobertura inexistente,

casos de homônimos", enumera. As cobranças são sujeitas a recurso, e as empresas recorrem. "Tivemos que criar verdadeiros departamentos jurídicos, só para recursos". Para simplificar essa imensa teia jurídica, ele defende a identificação do paciente à entrada do hospital, enquanto a CPI sugeria a criação de uma Taxa de Ressarcimento ao SUS, a ser paga pelas operadoras à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com destinação final ao Fundo Nacional de Saúde.

Atualmente, o ressarcimento ao SUS se restringe a casos de internação e atendimento de urgência e emergência, mas somente em procedimentos com cobertura prevista nos contratos. Atendimento ambulatorial, inclusive os de alto custo e alta complexidade e internações eletivas, não são ressarcidos.

UM SETOR PODEROSO

Mas a tabela da ANS é "bem superior" à do SUS, reclama Arlindo. "Se a saúde é um direito de todos", ironiza, "não deveria haver tal diferença". O setor dos planos de saúde reúne 2.304 operadoras registradas na ANS, com 37 milhões de usuários. As 50 maiores empresas de planos de saúde concentram 51% dos beneficiários e 77% do total faturado.

A CPI foi instalada em 10/6/2003, para investigar denúncias de irregularidades. Concluiu os trabalhos em 25/12, com a aprovação do relatório final, entregue ao Ministério da Saúde em dezembro. A próxima etapa é o encaminhamento a exame e votação das três proposições, que incluem a proibição do cheque-caução, a criminalização dos falsos planos, a obrigatoriedade de contratos entre operadoras e prestadores, a redução da carência de 24 para 18 meses em doenças preexistentes, o direito

a trocar de plano sem carência, assistência farmacêutica e atendimento domiciliar, regulamentação dos institutos de assistência a servidores.

Além da proibição da "fila dupla", ficou de fora do relatório o principal ponto de divergência na CPI, o reajuste por faixa etária, que previa diferença de no máximo 100% entre a primeira e a última faixa etária dos planos. Hoje, a variação é de até 500%. "Tivemos falhas na CPI, mas acho que precisamos amadurecer mais a questão da saúde suplementar", pondera o deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), da Frente Parlamentar de Saúde. "Ela não pode quebrar o galho do SUS, o governo é que tem que bancar o SUS".

Mais informações

Síntese do Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde na internet: http://conselho.saude.gov.br/CNS-URGENTE/CPI_PLANOS_SAUDE_CAMARA_DEPUTADOS.doc

OS NÚMEROS DA CPI

2.304 planos de saúde são registrados na ANS

R\$ 29 bilhões foi o faturamento dos planos de saúde em 2003

37 milhões foi o número de usuários de planos de saúde

R\$ 29 bilhões foi o orçamento da saúde em 2003

140 milhões é o número de usuários do SUS

R\$ 225 milhões era o valor do ressarcimento devido ao SUS em 2003

R\$ 45 milhões foi o repasse efetivo em 2003



TRATAMENTO DE AIDS

Otimismo ajuda na prevenção?

Cláudio Cordovil

A BBC, um dos mais importantes conglomerados públicos de comunicação do mundo, divulgou, em dezembro do ano passado, pesquisa que deu o que falar nos jornais brasileiros. Nela havia a informação de que 61% dos entrevistados desconheciam que a Aids mata. Para não perder o *punch* da notícia, muitos jornais anunciaram em títulos sensacionalistas que "61% dos brasileiros" não acreditam que Aids mate. O Programa Nacional de DST-Aids, na ocasião, divulgou nota dizendo que "o dado apresentado na pesquisa" era "resultado do sucesso da política de tratamento iniciada pelo governo em 1996, com a distribuição de medicamentos anti-retrovirais para pacientes com Aids". Mas alguns analistas temem que o otimismo manifestado pelo controle da infecção com coquetéis anti-retrovirais possa levar a uma queda substancial nas atitudes de prevenção da doença. Este fenômeno já se observa por exemplo entre grupos de homossexuais na Austrália e na Grã-Bretanha, como atestam estudos de Van de Ven e Elford, respectivamente.

A pesquisa "global" da BBC, visando "avaliar o conhecimento e as atitudes com relação ao HIV/Aids", foi aplicada em 15 países. No resumo da pesquisa, disponibilizado na web (http://news.bbc.co.uk/1/shared/spl/hi/health/03/aids/pdf/survey_report.pdf), uma importante nota sobre a interpretação dos dados. Ali diz-se que em países como o Brasil a amostra não é nacionalmente representativa. E que ela somente é representativa nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha, na Ucrânia e na Rússia. No Brasil, foram ouvidas por telefone 1.007 pessoas, distribuídas entre as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Porto Alegre.

"Um assunto desta magnitude em saúde pública deveria ter sido pesquisado com amostras representativas, o que não seria difícil, porque se poderiam utilizar amostras já trabalhadas pelo Ibope, por exemplo", ressalva Francisco Inácio Bastos, pesquisador da Fiocruz. No caso foi empregada a chamada "amostra de conveniência", uma amostra sem preocupação metodológica mais séria.

"Não se pode afirmar categoricamente que 61% dos brasileiros acham que a Aids não mata", entende Américo Martins, diretor da BBC Brasil. Para ele, o que é possível é dizer que 61% dos entrevistados acham que a Aids não é fatal. E isso justamente porque a pesquisa foi feita em poucos municípios, não oferecendo um panorama representativo de toda a população do país. "Mesmo assim, o dado é muito significativo e importante", diz. "Vale ressaltar que as entrevistas foram feitas em grandes regiões metropolitanas — que hoje representam a maioria da população brasileira — e que, teoricamente, estão mais expostas às campanhas de Aids e aos meios de comunicação em geral."

Mas, dada a reação otimista do governo aos resultados da pesquisa, limitada ou não, uma questão se coloca. Se as pessoas deixam de acreditar que a doença mata, não podem descuidar das medidas de prevenção? Esta pergunta representa um dilema e nos leva de volta ao início da epidemia. "Para que as pessoas tivessem

mais adesão ao tratamento foi fundamental desconectar Aids de morte", lembra Cristina Pimenta, coordenadora-geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, do Rio de Janeiro. "Há 15 anos vimos fazendo campanhas com este enfoque, mas o dado suscitado pela pesquisa não deixa de ser preocupante".

Para Teresinha Cristina Reis Pinto, vice-presidente da Associação de Prevenção e Tratamento da Aids, de São Paulo, "este dado precisaria ser aprofundado". "O Brasil até hoje não avaliou seu Programa Nacional de Aids". Cristina Pimenta acredita que seria preciso desenvolver campanhas que mostrassem a realidade do tratamento com o coquetel de anti-retrovirais, com cerca de 20 comprimidos por dia. "Não é uma coisa fácil, são muitos efeitos colaterais".

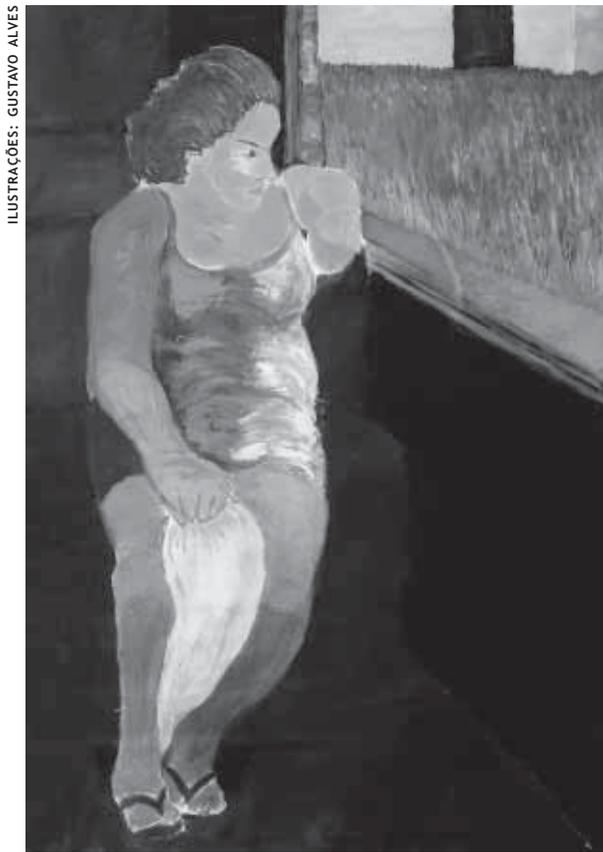
"Fazemos pesquisas periódicas em diferentes segmentos sobre se as pessoas conhecem as vias de infecção e se sabem como prevenir a doença. Ficou claro que nossa escolha de comunicação tem sido bem-sucedida", afirma Denise Doneda, responsável pela prevenção no Programa Nacional DST-Aids.

Pesquisadores que trabalham com o otimismo terapêutico suscitado pelos novos tratamentos de Aids já manifestam preocupação com o que se observa em certos grupos de homossexuais no tratamento com coquetel. É comum descuidarem-se de práticas de prevenção por se acharem "curados".



REFORMA PSIQUIÁTRICA

Reestruturação da assistência beneficia hospitais menores



ILUSTRAÇÕES: GUSTAVO ALVES

no em 1991, porque se entende que leitos não promovem a reabilitação total do paciente. Estão sendo gradualmente substituídos por Caps (Centros de Atenção Psicossocial), que são serviços de atenção diária, inseridos na comunidade. Existem Caps voltados para adultos com transtornos mentais e para crianças e adolescentes (Capsi). Dependentes de álcool e drogas podem ser tratados nos Caps AD. Outro modo de substituição de leitos é a criação de lares terapêuticos, residências alugadas com recursos públicos, onde os pacientes dividem uma moradia ou vivem sob a tutela das famílias. Atualmente há 200 residências terapêuticas em funciona-

mento, espalhadas por cidades como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Barbacena (MG), Sobral (CE), Recife e Curitiba.

Hospitais de maior porte (acima de 600 leitos) podem receber acréscimos de 3,77% na diária. Já os menores (com até 160 leitos) se habilitam a aumentos de 24,62%. Tais reajustes visam cobrir defasagens no preço das diárias e sinalizam a prioridade que o governo dá às instituições de menor porte, por sua facilidade em se integrar à rede de atendimento extra-hospitalar.

O programa De Volta para Casa também é instrumental na promoção da diminuição do número de leitos hospitalares. Em vigor desde novem-

bro de 2003, ele é mais um aliado na desospitalização gradual dos pacientes. Em tese, os recursos que eram aplicados na internação do paciente no SUS migrariam com ele para financiar as novas modalidades de assistência. Com este programa, o paciente recebe do governo federal bolsa de R\$ 240, denominada Auxílio-Reabilitação Psicossocial, durante um ano, renovável.

Mas o fato é que a reforma não caminha no tempo almejado. Esperava-se que até dezembro de 2003 o programa beneficiasse 650 pessoas. No entanto, somente 226 pacientes foram beneficiados no período. O ano de 2004 deveria terminar com 3.600 beneficiados. O governo, numa conta mais pragmática, já fala em até 2.600 pacientes cadastrados no fim deste ano.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, Douglas Parra, presidente da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) de Sorocaba e Região e delegado-usuário de São Paulo, perguntou publicamente ao secretário Jorge Solla para onde estava indo o dinheiro do fechamento dos leitos psiquiátricos, sem receber resposta. A AFDM historicamente sempre se posicionou contra a reforma psiquiátrica por entender que o fechamento dos hospitais traria sobrecarga às famílias.

Realmente, a máxima "o dinheiro deve acompanhar o paciente", que preconiza que o recurso do leito fechado siga o usuário, não está sendo cumprida à risca. Quem admite é o próprio governo. "Pelo meu gosto, teríamos uma pactuação que

garantisse que o recurso do fechamento de um leito fosse integralmente empregado como recurso extra-hospitalar", diz Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde. Segundo ele, isto não está totalmente garantido ainda. "Existe um modo de funcionamento do SUS por pactuações sucessivas

Cláudio Cordovil

O Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do Ministério da Saúde, que começou a vigorar em 1º de fevereiro, revela uma certa correção de rumo nas políticas de redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar. Agora, unidades hospitalares de menor porte serão as maiores beneficiadas. Cada vez que um hospital reduzir 40 leitos ganhará um aumento no valor da diária paga pelo SUS. A reestruturação passará por um período inicial de avaliação de um ano, no qual o governo discutirá com gestores municipais e estaduais o andamento das medidas.

A redução de leitos hospitalares transformou-se em política de gover-





que tem que ser respeitado. O Ministério da Saúde não pode fazer isso por Portaria, como quer o Ministério Público”, justifica.

Visando “ampliar a racionalidade” do sistema de saúde mental, o Ministério da Saúde, através de sua Coordenação de Saúde Mental, agendou uma reunião para o dia 9 de março com secretários municipais de saúde de 82 municípios que têm hospitais psiquiátricos e que reduzirão seus leitos em 2004. Ele prevê que deste compromisso saiam recursos que serão integralmente aplicados à assistência extra-hospitalar. “Vamos fechar algo entre 2 mil e 3 mil leitos e manter o recurso no teto municipal ou estadual”, adianta Pedro. No Brasil, 139 municípios mantêm hospitais psiquiátricos.

Sem querer discutir os números apresentados pela AFDM, Pedro Gabriel afirma que “esta preocupação com a desospitalização irresponsável é exatamente a preocupação do Ministério da Saúde”. E acrescenta: “Eu não estou de acordo com os números que eles apresentam, mas de fato precisamos aperfeiçoar procedimentos que garantam que o recurso hospitalar seja integralmente aplicado a dispositivos extra-hospitalares”.

Pedro Gabriel atribui a morosidade no ritmo da reforma às dificuldades específicas da desinstitucionalização. “O ritmo tem sido lento, há uma dificuldade admitida pelo Ministério da

Saúde de os municípios fazerem reintegração psicossocial”, diz, pois há desafios específicos quando se reintegra pacientes com 15 anos de internação. “Existe resistência em alguns lugares, principalmente naqueles cujo imaginário social é dominado pela figura do hospital psiquiátrico”.

Pedro Gabriel analisa que a Reforma Psiquiátrica está colocada para o Brasil, mas não está completa. E festeja a redução de 2 mil leitos psiquiátricos em 2003 e a mudança do modelo de saúde mental no país. “Apesar das dificuldades, construímos um caminho e o estamos trilhando.”

SOBRAM VAGAS NO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro reduziu leitos psiquiátricos e ainda sobram vagas. Este foi um dos benefícios da implantação do Sisreg-Web, um software que o Departamento de Informática do SUS (Datusus) desenvolveu e que já é utilizado por alguns municípios, como Teresópolis (RJ), para o controle de tomografias e casos de dengue, e para colocação de marcapasso, no Rio.

Empregado em psiquiatria desde maio de 2003, o Sisreg-Web permite que o médico que está em busca de uma vaga obtenha autorização e informações sobre o local para onde o paciente pode ser encaminhado em tempo real, fornecidas pela Central de Vagas. “Isto nos permite contro-

lar os leitos em todos os hospitais psiquiátricos da cidade, sejam eles públicos, privados, universitários ou filantrópicos. Eu não interno no setor privado se eu tenho leito público disponível”, informa Hugo Fagundes, coordenador de saúde mental do Rio.

Hugo recorda o que eram as internações antes do Sisreg. Até 1982, qualquer unidade de saúde podia solicitar internação. Em 1982, o Inamps e a Secretaria Estadual de Saúde instituíram cinco pólos de emergência. “De um dia para o outro houve uma redução de 40% dos leitos na cidade: os hospitais eram loteados pelos pólos”, lembra. “Os leitos disponíveis já estavam lotados. Acabava a cota de internação e eles não tinham o que fazer”.

O Rio também tem seu programa de incentivo à desospitalização. Trata-se da Bolsa-Incentivo, para fins de “assistência, acompanhamento e integração, fora da unidade hospitalar, de paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional”, com período de internação maior ou igual a três anos. A Bolsa-Incentivo é no valor de R\$ 480, desde que o paciente vá morar com a família ou em lares não financiados pelo setor público, como os “lares abrigados”. Nestes casos, a Bolsa cai para R\$ 240. No Rio de Janeiro, 19 pessoas são beneficiadas pelo programa federal De Volta para Casa. Já o Bolsa-Incentivo atende 25 pessoas. 

SEGURANÇA ALIMENTAR

Fome Zero, Ano I

O Programa Fome Zero completou um ano em 3 de fevereiro, com um saldo de 1.227 municípios atendidos. A partir deste ano, o recém-criado Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, comandado por Patrus Ananias, deverá levar o programa aos municípios com mais de 500 mil habitantes de todas as regiões do país.

O governo federal distribuiu o Cartão-Alimentação a 1 milhão de famílias, em ações de emergência. O programa recebeu R\$ 7,5 milhões em doações, usados na construção de cisternas para captação da água da chuva no semi-árido nordestino – até outubro de 2003, 3.100 cisternas já estavam prontas e outras 3.531 estavam em construção. A meta da Articulação do Semi-Árido é construir 1 milhão de cisternas até 2007. Quanto às ações estruturais, o Fome Zero vem comprando safras locais para incentivar a agricultura familiar e a produção e o consumo de leite. Como resultado das ações estruturais, os municípios atendidos tiveram índices positivos a comemorar. Em Guaribas e Monsenhor Hipólito, no Piauí, e em São Bento do Norte e Tenente Laurentino Cruz, no Rio Grande do Norte, não houve nenhum óbito de criança menor de 1 ano. A cidade potiguar Campo Redondo e as piauienses Guaribas e Vera Mendes apresentaram melhoras em todos os indicadores nutricionais.

O Conselho Nacional de segurança Alimentar (Consea), que reúne representantes da sociedade e do Estado, estimulou a formação de conselhos

estaduais e municipais. Até outubro, já tinham sido instalados 20 Conseas estaduais e 66 municipais. A unificação dos programas sociais de transferência de renda triplicou a média dos benefícios pagos às famílias, que hoje é de R\$ 75. Em dezembro, o programa alcançou a marca de 10 milhões de pessoas pobres atendidas, ou 3,6 milhões de famílias, em 5.447 municípios. Para este ano, os recursos previstos para o programa são de R\$ 5,3 bilhões. Em contrapartida ao benefício recebido, a família deve manter em dia o cartão de vacinação das crianças, não deixar que faltem à escola, promover alfabetização caso haja adulto analfabeto em casa e, em caso de gravidez, fazer os exames recomendados, como o pré-natal.

“O Fome Zero no seu primeiro ano fez muito mais do que a estrutura do próprio ministério permitia que fosse feito. Fez porque a sociedade civil acreditou”, disse o presidente Lula, na cerimônia de comemoração do aniversário do Fome Zero. Lula disse que organizar a sociedade não é fácil.

“Só pensa que é fácil quem nunca trabalhou com organização da sociedade. Não teve nenhum momento na história do Brasil em que a sociedade esteve tão ávida a participar do programa como no Fome Zero. Houve momento em que a gente não tinha estrutura para acompanhar a demanda de contribuição para que o programa desse resultado”, lembrou. Lula contou que os cadastros referentes aos programas sociais do país, herdados da gestão anterior, mostravam disparidade na distribuição de benefícios, e o governo tomou a decisão de unificar os programas. “Tinha gente que não recebia nenhum benefício porque outros recebiam demais. Arrumar esse cadastro deu trabalho, mas valeu a pena”, disse o presidente.

O presidente repetiu o compromisso do Fome Zero de atender 11 milhões de famílias até o fim de seu mandato. “Nós vamos chegar lá. Vamos chegar lá porque é determina-



REPRODUÇÃO DA ILUSTRAÇÃO DOS ESTÚDIOS MAURÍCIO DE SOUZA PARA A CARTILHA POPULAR DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL

ção do governo, porque a sociedade está trabalhando e porque não estamos sozinhos nessa luta.”

“No dia 27 de dezembro, pudemos fechar o primeiro lote beneficiado, 1,2 milhão de famílias saindo de um benefício de R\$ 22 em média em 2002 para R\$ 72,50 este ano, três vezes mais do que recebiam. Não é pouca coisa para fazer em pouco tempo, mas é pouco se analisarmos o que ainda precisa ser feito”, afirmou Lula.

“Acho que o Fome Zero despertou enormes expectativas que, de um lado, tornaram possível que esse tema ganhasse novamente um grande espaço de debate na sociedade. Mas, ao mesmo tempo, gerou-se uma grande ansiedade por resultados. Isto trouxe dificuldades no início de um processo e o governo não estava organizado para honrar estas expectativas”, avalia Chico Menezes, coordenador de processos sociais de inclusão do Ibase (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas).

Para Chico Menezes, o resultado ao fim de um ano “é positivo”. “Isto se compreendemos o Fome Zero como um processo em permanente construção, no qual a parte dele referente ao programa de transferência de renda, que era feito pelo Cartão-Alimentação, foi unificada com outros programas, gerando o Bolsa-Família, que representa um avanço na concepção original do programa”. (C.C.)

O RADIS ADVERTE



É importante comemorar as conquistas do primeiro ano, mas também lembrar que o Fome Zero é um processo em permanente construção.

ENTREVISTA



João Motta

“É viável sobreviver sem os convênios privados”

Jesuan Xavier

A frente do Grupo Hospital Conceição (GHC) de Porto Alegre, que agrega quatro grandes hospitais públicos da região metropolitana, João Motta vem demonstrando que é possível sobreviver sem os planos privados de saúde. Diretor-superintendente desse enorme complexo, o médico, de apenas 46 anos, assumiu o cargo em março de 2003. Em menos de um ano, conseguiu sanar as contas do GHC. “O importante é não funcionar como uma ilha”, enfatiza.

Em entrevista à Radis, ele conta como consegue administrar os hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além de mais 12 postos de saúde comunitária da cidade, que juntos atendem, em média, a cerca de 5.500 pessoas por dia. Com orçamento anual de R\$ 350 milhões, o GHC é a rede de hospitais vinculados ao Ministério da Saúde com o maior número de leitos (1.430). O diretor traça ainda os planos para o futuro e detalha a *quebra* com os convênios particulares. “Temos compromisso apenas com as diretrizes do SUS”, enfatiza.

Na contramão do que vários diretores de hospitais públicos pregam, o GHC acabou rompendo com os planos privados. É possível trabalhar sem contar com os convênios privados?

Na nossa opinião sim. Desde setembro do ano passado, passamos a aceitar apenas pacientes do SUS. Para isso, foi necessária uma nova repactuação em todos os níveis do sistema. Unificamos serviços e deixamos de operar isolados. Desse jeito, temos tido um aproveitamento quase total da capacidade ociosa, que aflige a um conjunto enorme de hospitais do país.

Na prática, como funciona essa repactuação?

Vou dar como exemplo o projeto *Como é bom nascer aqui*. Assumimos o compromisso, com o gestor municipal, de atender, de forma regulada, 2 mil partos, de oito unidades da rede do município de Porto Alegre. É evidente que, para isso, tivemos que reestruturar alguns setores do GHC. Mas será positivo para todos os envolvidos: para nós, que garantimos o atendimento, para a população, que ficará tranquila quanto à prestação do serviço, e para o gestor, que desafoga todo o sistema.

O GHC passa por dificuldades orçamentárias? Qual a atual situação financeira do Grupo?

Ao assumir, em março do ano passado, o Grupo trabalhava com um déficit mensal de R\$ 1 milhão. Devemos fechar o balanço do primeiro ano de gestão com as contas equilibradas. Acho que isso é um motivo para festejar. Vale lembrar que o GHC é uma sociedade anônima, vinculada ao Ministério da Saúde, cujo acionista majoritário (93,04%) é a União Federal.

Como a população reage ao novo modelo de gestão empregado no GHC?

Melhor impossível. Imagine que, diante dessa penúria total da saúde pública, disponibilizamos de imediato mais 30 leitos aos usuários do SUS. Leitos esses que estavam, em princípio, *reservados* a quem tinha convênio particular. Lançamos agora a campanha institucional “GHC 100% SUS”. A idéia é informar aos usuários do SUS sobre seus direitos, em cartilhas explicativas. Estamos distribuindo inicialmente 10 mil exemplares a funcionários, pacientes e familiares nos hospitais.

O GHC tem convênios com faculdades? Participa na formação de profissionais da área de saúde?

Com diversas (24 ao total). Atualmente contamos com cerca de 2 mil pessoas fazendo estágios em diferentes setores do Grupo. O número na área de ensino é tão representativo



que somos responsáveis hoje pela formação de um terço dos especialistas em medicina no Rio Grande do Sul.

Quais são os planos para o futuro?

Vamos lançar agora um projeto do Ministério da Saúde que visa o período pós-hospitalar. A intenção é fazer um acolhimento referenciado ainda no setor de emergência e dar atenção domiciliar também após o paciente ganhar alta. Queremos monitorá-los pelo período que o médico achar suficiente. Como maior prestador de serviços à população do Rio Grande do Sul e uma organização pública federal, vinculada ao Ministério da Saúde, o GHC deve assumir o papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionado seus serviços às necessidades da população, sem substituir o papel dos gestores. Do ponto de vista interno, explorar ao máximo suas potencialidades, com colaboração mútua e utilização de sistemas comuns entre suas unidades. Aproveitar as vantagens qualitativas da sua dimensão e de suas áreas de *expertise*. ■

SERVIÇO

EVENTOS

I CONGRESSO INTERAMERICANO DE SAÚDE AMBIENTAL

O evento apresenta como tema central "Saúde ambiental e desenvolvimento sustentável: perspectivas e conseqüências". O congresso abordará os seguintes temas: a epidemiologia dos riscos ambientais, o ambiente construído e seu efeito na saúde, periferia urbana e reflexos na saúde, resíduos do setor Saúde, saúde e avaliação da qualidade ambiental, produção de alimentos e reflexos na saúde e no ambiente, crianças e idosos e exposição ambiental, avaliação dos impactos do saneamento ambiental no setor Saúde, saúde no ambiente de trabalho, proteção da saúde como responsabilidade social e política nacional de saúde e meio ambiente.

Data: 27 a 29 de abril de 2004

Local: Centro de Eventos do Hotel Plaza São Rafael, Porto Alegre (RS)

Mais informações: tel. (51) 3226-3111 / 3220-7000 / 0800-512244, e-mail saudeambiental@officemarketing.com.br ou site www.abes-rs.org.br

I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO BRASIL DE PESQUISA QUALITATIVA

Iniciativa de profissionais dedicados à pesquisa qualitativa, o evento abordará metodologias e técnicas como grounded theory methodology, analytic induction, softwares de pesquisa, pesquisa de avaliação, fenomenologia, focus groups, etnografia, pesquisa clínica, entre outras. A conferência é fruto de parceria entre o Núcleo de Estudos da Família e Comunidade da PUC-SP (Nufac), o Núcleo de Pesquisa da Família da Universidade de Taubaté e a School of Social Work da Universidade de Minnesota, de Twin Cities, nos Estados Unidos.

Data: 24 a 27 de março

Local: Taubaté, SP

Mais informações: www.cibrapeq.com

6º CONGRESSO PAULISTA DE DIABETES E METABOLISMO

Dirigido a grupos de pesquisa básica e clínica e a clínicos e especialistas interessados em apresentar e dis-

cutir temas relacionados ao diabetes melito, o evento apresenta como tema central a "Heterogeneidade do Diabetes Melito: da pesquisa para a clínica".

Data: 29 de abril a 2 de maio de 2004

Local: Campos do Jordão Arts & Convention Center, Campos do Jordão, SP

Mais informações:

www.eventus.com.br/diabetes

PUBLICAÇÕES

CASA DE OSWALDO CRUZ — CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU

Inovando a Tradição: Zigman Brener e a parasitologia no Brasil, organizado por Lisabel Klein, Nara Azevedo, Simone Kropf, Wanda Hamilton, do Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz em Minas Gerais), conta a vida e a trajetória científica de um dos maiores especialistas do mundo em doença de Chagas, Zigman Brener, o primeiro pesquisador a demonstrar que apenas o tratamento medicamentoso prolongado curaria a infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. No Centro de Pesquisas René Rachou, em Belo Horizonte, Brener teve a companhia de pesquisadores como Amílcar Viana Martins, José Pellegrino, João Carlos Pinto Dias e Naftale Katz, entre outros. O pesquisador nasceu em São Paulo (1928) e morreu em setembro de 2002.

Casa de Oswaldo Cruz: (21) 3882-9124

Centro de Pesquisas René Rachou:

(31) 3295-3566

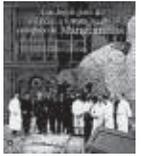
EDITORA FIOCRUZ

Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro é resultado de ampla pesquisa na qual a autora,

Luiza Garnelo, apresenta os diversos aspectos que compõem o complexo mundo baniwa, a importância que a doença tem para esse povo, suas especificidades, sua cultura, seu modo estóico de vida, suas inter-relações com outros grupos étnicos do Alto Rio Negro, no Amazonas. O livro retrata os principais problemas vividos hoje

pelos povos indígenas no Brasil em diversas áreas, revelando a distância que há entre as necessidades desse grupo étnico e os escassos serviços de saúde disponíveis a eles.

Um Lugar para a Ciência: a formação do campus de Manguinhos, de Renato da Gama-Rosa Costa e Alexandre José de Souza Pessoa,



coordenado por Benedito Tadeu de Oliveira, é um livro que oferece importante contribuição à cultura e à historiografia da arquitetura. A publicação oferece um panorama de como se deu a formação e a ocupação do campus de Manguinhos, durante o primeiro século de existência da Fundação Oswaldo Cruz, a partir de levantamento histórico dos edifícios da Fiocruz.

Editora Fiocruz: Av. Brasil, 4.036, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ

CEP 21040-361

Mais informações: tel. (21) 3882-9039

site www.fiocruz.br

ou www2.fiocruz.br/editora_fiocruz/index.htm

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Epidemiologia e Serviços de Saúde é uma publicação trimestral distribuída gratuitamente



pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. A edição nº 2, de

abril a junho de 2003, apresenta artigos que abordam temas como as mudanças nos padrões de morbidade da população brasileira, o controle da filariose linfática no país, a dinâmica de circulação do vírus da dengue em área metropolitana do Brasil e os anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis, segundo sexo, em Fortaleza.

Para receber a revista, basta escrever para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, no endereço Esplanada dos Ministérios, Bl. G / Edifício Sede do Ministério da Saúde, 1º andar, Brasília, DF. CEP 70058-900

A revista também está disponível no site www.saude.gov.br/svs

PÓS-TUDO

Monteiro Lobato e a gênese do Jeca Tatu

Ana Palma*

As expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz, no início do século 20, permitiram um maior conhecimento das moléstias que assolavam o país. O Brasil é um país doente, diziam os pesquisadores de Manguinhos. E provavam. O retrato sem retoques da miséria, da desnutrição e das moléstias de nosso povo jogava por terra o idealismo romântico de nossos intelectuais, influenciando a vertente realista que surgia. Essa influência se fez sentir em maior grau em Monteiro Lobato. Seu contato com os pesquisadores de Manguinhos, principalmente Belisário Pena e Arthur Neiva, levou o criador de Emília a alterar completamente a concepção de um de seus famosos personagens, o Jeca Tatu, e engajar-se numa campanha pelo saneamento do país.

“O Jeca não é assim: está assim”

Jovem promotor mal remunerado, Monteiro Lobato improvisa-se de fazendeiro ao herdar terras do avô. Em fins de 1914, uma seca terrível assolava a região. O problema era agravado pelas queimadas; Lobato, indignado, descobre que não pode punir os incendiários, “pois eleitor da roça, em paga da fidelidade partidária, gozava do direito de queimar o mato próprio e o alheio.” Escreve então carta de protesto ao jornal O Estado de S. Paulo, que a publica com destaque sob o título “A velha praga”.

“Este funesto parasita da terra é o CABOCLO, espécie de homem baldio, semi-nômade, inadaptável à civilização...”

Lobato volta a abordar o tema em “Urupês”, publicado a 23 de dezembro do mesmo ano, e que transforma o fazendeiro improvisado no polemista de renome nacional.

Lobato ataca o “indianismo balsâmico” de José de Alencar, Gonçalves Dias, Fagundes Varela, agora travestido em “caboclisto”. E compara o caboclo ao “sombrio urupê de pau podre a modorrar silencioso no receso das grotas”. Surgia o Jeca Tatu, sinônimo de caipira, homem do interior.

Já conhecido, em 1918 reúne seus artigos num livro: *Urupês*, sugestão de Arthur Neiva, a quem Lobato acompanhara numa cam-
 nha de combate à malária e à ancilostomose em Iguape (SP).



As três primeiras edições esgotam-se rapidamente. Os jornais alimentam a polêmica. Os saudosistas se indignam: afinal, o caboclo era o “Ai-Jesus nacional”. Mas vem a suprema consagração. Rui Barbosa, que jamais citara qualquer autor vivo, refere-se a Jeca Tatu, “símbolo de preguiça e fatalismo, de sonolência e imprevisão, de esterilidade e tristeza, de subserviência e embotamento” em discurso no Teatro Lírico.

Lobato já revira sua concepção de caboclo. No prefácio à quarta edição de *Urupês*, ainda em 1918, penitencia-se: “Eu ignorava que eras assim, meu caro Jeca, por motivo de doenças tremendas. Está provado que tens no sangue e nas tripas todo um jardim zoológico da pior espécie. É essa bicharia cruel que te faz papudo, feio, molenga, inerte.”

“Um país com dois terços de seu povo ocupados em pôr ovos alheios” Lança-se numa vigorosa campanha jornalística em favor do saneamento. Expõe sem pudores a realidade: “O Brasil é o país mais rico do mundo, diz com entono o Pangloss indígena. Em parasitos hematófagos transmissores de moléstias letais — conclue Manguinhos.” Apresenta as estatísticas: 17 milhões com ancilostomose, três milhões com Chagas, 10 milhões com malá-

ria. “O véu foi levantado. O microscópio falou”.

Investe contra os falsos patriotas que o criticaram por expor nossa miséria e associa a questão sanitária à economia do país. “Só a alta crescente do índice de saúde coletiva trará a solução do problema econômico... Não fazer isto é morrer na lenta asfixia da absorção estrangeira.”

Critica os bacharéis e políticos, a quem denomina com ironia de *Triatoma bacalaureatus*, atribuindo-lhes a situação caótica do Brasil. Censura o descaço de nossas elites: “Legiões de criancinhas morrem como bichos de fome e verminose. Nós abrimos subscrições para restaurar bibliotecas belgas.”

É impressionante a atualidade de algumas de suas críticas. Ironiza as parcas verbas concedidas à saúde pública: enquanto se gastam “123 mil contos no Teatro Municipal e 13 mil na exposição Pena” (100 anos da Abertura dos Portos), oferece-se apenas mil a Belisário Pena.

“Sempre cabem 50 réis para cada duodeno afetado. Esta quantia, reduzida a timol, dá para matar pelo menos uma dúzia de ancilostomos dos três milheiros que, em média, cada doente traz consigo. Os 2.988 ancilostomos restantes ficarão aguardando verba.”

E elogia Manguinhos: “Só de lá que tem vindo e só de lá há de vir a verdade que salva e vence...”

Lobato força o governo a dar atenção ao problema sanitário. Cria-se uma campanha de saneamento em São Paulo, sob o comando de Neiva. O código sanitário, remodelado, vira lei. E o escritor reúne seus artigos no livro *O problema vital*.

Lobato achava necessário não só mobilizar as elites, mas alertar e educar o povo, principal vítima da falta de saneamento. Escreve então *Jeca Tatu — a ressurreição*. O conto, conhecido como *Jeca Tatuzinho*, inspira uma história em quadrinhos popularizada no Almanaque do Biotônico Fontoura. O Jeca preguiçoso, bêbado e idiota descobre que sofre de amarelão. Trata-se. E se transforma em fazendeiro rico. ■

* Jornalista da Fiocruz; a íntegra do texto está na Revista Manguinhos (www.fiocruz.br/ccs/revista/revista03.htm)



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

50 anos contribuindo para a melhoria das condições
de vida e saúde da população brasileira



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

www.ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
sala 310 - Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ - 21041-210
Tel: (21) 2598-2525 R. 2546
Fax: (21) 2290-0484