

RADIS

comunicação em saúde



N° 21 • Maio 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...



Tamanho é documento

O 20º Congresso do Conasems debate a saúde de acordo com o porte dos municípios em encontro que celebra a cultura da paz

CICT, 18 anos

O Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT, www.cict.fiocruz.br) da Fiocruz completou 18 anos em abril com um saldo de realizações no campo da comunicação em saúde que atesta sua maturidade.

Criado na gestão do sanitarista Sérgio Arouca, o CICT é fruto dos ideais da Reforma Sanitária que sacudiram o país na década de 80 e que consideravam a informação e a comunicação cruciais para a promoção de boas práticas em saúde pública.

Entre suas atividades no período destacam-se a Coordenação do Sistema Nacional de Informações Toxicológicas – referência para a Anvisa em casos de envenenamento e intoxicação no país – e a participação na Pesquisa Mundial de Saúde. Para este estudo internacional, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, foram entrevistadas cerca de 5 mil famílias brasileiras.

No campo educacional, coopera na constituição do acervo das Bibliotecas Virtuais em Saúde Pública, Aleitamento Materno e Doenças Infecciosas e Parasitárias. Além disso, seus cursos de especialização em Comunicação e Saúde, de Informação em Saúde e de aperfeiçoamento em Análise Espacial e Geoprocessamento em Saúde são procurados por estudantes de todo o Brasil e da América Latina.

Em termos de mídia e novas tecnologias de informação, cabe ao CICT a gestão do portal da Fiocruz e da VideoSaúde Distribuidora e da par-



FOTO: CRISTINA CLARK

ticipação da Fiocruz na TV Universitária (canal 16 da Net).

Para o ano de 2004 está prevista uma série de atividades que promoverão uma reflexão preparatória para a concretização, em 2005, da 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular, aprovada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde. ■

Saúde pública em revista

ALGUNS TÍTULOS

Canal Saúde – Publicação mensal do Canal Saúde, da Fiocruz
Tel. (21) 2560-6818
E-mail canal@fiocruz.br

Informação para a saúde – Publicação trimestral da Biblioteca do Ministério da Saúde
Tel. (61) 315-2344
E-mail produtosbib@saude.gov.br

Pharmacia Brasileira – Publicação mensal do Conselho Federal de Farmácia

Tel. (61) 349-6552

E-mail ass.imprensa@ccf.org.br

Anvisa – Boletim informativo mensal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Tel. (61) 448-1022

E-mail imprensa@anvisa.gov.br

Saúde, Brasil – Publicação mensal do Ministério da Saúde

Tel. (61) 315-2005

E-mail imprensa@saude.gov.br

InfoSaúde – Parceria entre Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Fiocruz e Associação dos Profissionais de Informação e Documentação em Ciências da Saúde (APCIS). Apresenta resumos de artigos sobre saúde
Tel. (21) 2553-0052

E-mail bibiff@cict.fiocruz.br

Conasems – Publicação mensal do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)
Tel. (61) 315-2121

E-mail conasems@saude.gov.br

Agenda OPAS/OMS – Boletim informativo mensal da Opas no Brasil
E-mail postmaster@bra.ops-oms.org

Pólís – Publicação do Instituto Pólís, com artigos sobre políticas sociais
Tel. (11) 3258-6121 R.256

E-mail publicações@polis.org.br

Revista de Ciências Médicas – Publicação trimestral da PUC-Campinas
Tel. (19) 3729-8349

E-mail revistas.ccv@puc-campinas.edu.br ■



Violência e paz

Abril foi um mês marcado por notícias de guerra no mundo e de combates envolvendo narcotráfico e polícia no Brasil. No Iraque ou na Rocinha, no Rio de Janeiro, a violência agora mora ao lado. Mas onde quer que se vá ela está dentro de nós. "A violência é a pior patologia da saúde, e sabemos mais sobre o HIV do que sobre o ódio, que é tão antigo quanto Caim e Abel e só faz aumentar no mundo inteiro", adverte o sociólogo e psicanalista Roberto Gambini, para quem os excluídos de hoje só se fazem perceber quando recorrem à violência.

Nas páginas desta revista não vamos recapitular as agressões e o medo que cercaram os recentes episódios. Mas trazemos a cobertura do 20º Congresso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que abrigou o 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência.

O Brasil gasta anualmente R\$ 43 bilhões com as vítimas da violência, que é a segunda causa de morte no país. No congresso que reuniu representantes de pequenos, médios e grandes municípios, com o objetivo de comprometer os governos com os avanços do Sistema Único de Saúde, o presidente do Conasems, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, afirmou que a questão da violência não é apenas de polícia e segurança, tem a ver com profundas injustiças e deve ser tratada pela Saúde com o estímulo a redes de solidariedade nos municípios.

Saúde é paz. Trabalhando com um exército de voluntários, a Pastoral da

Criança tem demonstrado como a sociedade, articulada ao Estado, pode atuar para melhorar a saúde coletiva. Além de reconhecer o mérito de suas ações de promoção da saúde, *Radis* discute um aspecto pouco enfocado sobre essa entidade civil: a passagem do movimento assistencialista à ação organizada, voltada para o controle social do SUS e a participação ativa na formulação de políticas públicas.

Indiferença é violência. A saúde da população negra volta a ser abordada, desta vez com nossa reportagem percorrendo a região de Santarém, no Baixo Amazonas, para ouvir, dos próprios remanescentes de quilombos, comoventes depoimentos sobre a vida e a saúde dessa gente esquecida por tanto tempo. Preconceito e uma histórica falta de oportunidades agravam doenças próprias da etnia e os problemas típicos das populações ribeirinhas pobres do Norte.

Pobreza é violência. E o fumo agrava a pobreza, diz a Organização Mundial de Saúde, que escolheu o Brasil para lançar, no fim deste mês, sua campanha mundial antitabagismo.

Violência também é o inaceitável e descontrolado avanço da tuberculose no Brasil. Se confirmada a disposição do governo em investir R\$ 119,5 milhões e coordenar ações para reverter essa situação, estaremos dando um pequeno mas significativo passo em direção à paz.

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

CARTUM



Comunicação em Saúde

- ♦ CICT, 18 anos 2
- ♦ Saúde pública em revista 2

Editorial

- ♦ Violência e paz 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

7



Congresso do Conasems

- ♦ Municípios com cara, identidade e CPF 8
- ♦ A falta de identidade que nos faz sofrer 10

Entrevista: Luiz Odorico Monteiro de Andrade

- ♦ "Os políticos devem se comprometer com o SUS" 11

Pastoral da Criança

- ♦ Um novo partido sanitário? 12



Saúde da população negra

- ♦ O desamparo dos quilombolas 14

Tabagismo

- ♦ OMS associa fumo à pobreza 16

Serviços

18



Pós-Tudo

- ♦ A batata quente 19

Capa Gustavo Alves

Ilustrações Aristides Dutra

CARTAS

O IDOSO INSPIRA

Sou estudante de Enfermagem, curso o último período. Gostaria de elogiar a equipe do Radis. Tive acesso a alguns exemplares, e meu interesse por assuntos de saúde pública aumentou. Inspirada pela leitura dos artigos, direcionei meu trabalho de monografia à saúde do idoso.

♦ Patrícia F. Mendes, Anápolis, GO

DOENÇAS ÉTNICAS

Pedimos o apoio da Radis na luta pelas políticas públicas para doenças raciais étnicas.

♦ Joana Darc F. de Souza e Silva, Coletivo de Etnia da APP-Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública, Toledo, PR

♦ *Prezada Joana, na edição anterior nossa capa foi dedicada à saúde da população negra. Neste número temos reportagem sobre o Projeto Quilombo, da Fiocruz-AM.*

BACTÉRIA, E NÃO VÍRUS

Sou enfermeira da Equipe de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Adoro ler a Radis, por seu conteúdo abrangente. Gostei muito do relato da



12ª Conferência e fiquei feliz pela unanimidade do Não ao Ato Médico.

Gostaria de corrigir um erro no item sobre a vacina da meningite B. Está escrito que seria "contra todas as variantes do vírus". Contudo, não é vírus, e sim bactéria. São sorogrupos (A, B C) da bactéria *Neisseria meningitidis* que causam meningite ou doença meningocócica. Os pacientes necessitam de tratamento com antibiótico e uma quimioprofilaxia dos comunicantes íntimos, para evitar casos secundários da doença. Os nossos casos prevalentes são do sorogrupo B, e aguardamos sucesso no desenvolvimento desta vacina para termos mais um instrumento de controle desta patologia.

♦ Lisiane M. W. Acosta, Porto Alegre
♦ *A equipe da Radis agradece o alerta da leitora.*

RADIS BRASIL AFORA

Os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Ibirajura solicitam receber todos os meses um exemplar desta revista, pois muitos assuntos tratados podem ser discutidos nas reuniões.

♦ Sócrates Bezerra, Ibirajuba, PE

Trabalho em consultório dentário. Sou leitora da Radis, um alicerce para nossa profissão.

♦ Magali Soave de Oliveira, Andará, PR

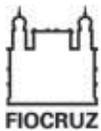
Na condição de graduando de Geografia e militante da área de saúde, sou motivado pela amplitude e a importância dos temas abordados pela Radis, sobretudo os gerados pela falta de políticas que combatam os problemas estruturais.

♦ Messias Vieira Barbosa, Palmas, TO

Sou professor da rede pública estadual, licenciado em Letras, mas com atuação também em Ciências Naturais. Leciono no Colégio Estadual Dulcina Cruz Lima e, tendo em vista a importância desta conceituada revista na área de saneamento e saúde, acredito que a Radis só acrescente na minha atuação profissional.

♦ Generino Gabriel de Jesus, Rodelas, BA

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, Oswaldo José Filho (informática) e Ita Goes (estágio supervisionado)

Endereço

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

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.enso.fiocruz.br/publi/radis

Impressão

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

BINGOS E SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

Em 7/4/2004, reportagem do programa *Saia Justa*, do canal a cabo GNT (Net/Globo), trouxe à tona um possível novo fenômeno de saúde pública: a síndrome de abstinência que vem afetando idosos a partir do fechamento dos bingos. Segundo a matéria, viciados no jogo em grau máximo, homens e mulheres estão baixando às unidades de saúde do SUS com sintomas da síndrome. O Hospital das Clínicas de São Paulo teve que ampliar o serviço de atendimento a viciados.

Um dos entrevistados, que atingiu o fundo do poço do vício (endividamento, perda da renda, do teto, da família e da auto-estima), disse que só está conseguindo se recuperar graças a grupos de ajuda, como Alcoólicos Anônimos.

O governo determinou o fechamento dos bingos por medida provisória, atendendo ao Ministério Público Federal, após comprovação das ligações do jogo com o crime organizado e a lavagem de dinheiro. A atriz Mariza Orth, uma das quatro debatedoras do programa, descreveu o que viu quando visitou um bingo: um salão enorme lotado de pessoas hipnotizadas. A imagem corrente daquela antiga diversão familiar, à base de grãos de feijão, não corresponde mais à realidade – o jogo é computadorizado, e as cartelas são preenchidas digitalmente. Segundo ela, o mundo poderia estar caindo que os jogadores nada perceberiam, magnetizados pelo som das pedras cantadas.

SENADO APROVA FARMÁCIA POPULAR

O plenário do Senado aprovou em 25/3, por votação simbólica, a medida provisória que autoriza a Fiocruz a produzir e comprar medicamentos para abastecer as farmácias populares, que vão oferecer à população remédios a preço de custo. Falta a sanção do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A lista inclui 85 medicamentos, informou a Agência Estado. A Fiocruz usará a capacidade ociosa da rede oficial de laboratórios, que chega a 4 bilhões de unidades, para produzir remédios, e também comprá-los de 18 laboratórios públicos ou privados que

fabricam genéricos. A redução dos preços seria de 30% a 70%.

A Fiocruz fará convênios com estados e municípios e também está autorizada a distribuir a outros países excedentes da produção destinada ao SUS, a título de solidariedade internacional. A condição é não prejudicar o abastecimento do SUS.

CADASTRAMENTO, UM PROBLEMA PARA O FOME ZERO



Mais de 300 técnicos ligados ao Programa Fome Zero reuniram-se em Brasília, em 23 e 24 de março, para debater os problemas do sistema de cadastramento e a definição de uma nova cesta de indicadores no 1º Seminário Nacional do Cadastro Social (CadÚnico), promovido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Os participantes pediram a redução pela metade do formulário de cadastramento, que consideram extenso, confuso e de difícil preenchimento. Também reivindicaram maior efetividade do cadastro único, adotado desde que os programas de transferência de renda foram unificados no Bolsa-Família: ainda há duplo e até triplo cadastramento, feito por diversas áreas (saúde, educação e assistência social), aumentando custos e facilitando a duplicidade de registros. A proposta é que o cadastro seja centralizado nas prefeituras. O sistema de cadastramento gerenciado pela Caixa Econômica Federal foi muito criticado.

Uma nova "cesta de indicadores" também foi reivindicada para definir a situação de pobreza das famílias. Atualmente, o critério utilizado para estabelecer se a família é pobre ou não é a renda. Pela proposta, além da renda, vários outros itens passam a ter peso nessa definição: condições de habitação e saneamento e se há idosos, crianças ou portadores de deficiência na família.

FALTA CONTROLE SOCIAL

A falta de um instrumento de controle social do Programa Fome Zero foi uma das queixas que marcaram a 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional Josué de Castro e Herbert de Souza, de 17 a 20 de março, em Olinda (PE), que teve 1.300 participantes.

Os 2.300 Comitês Gestores do Fome Zero em todo o país, que atuaram na implantação do cartão-alimentação, oficialmente não existem mais, porque não foram incorporados ao Bolsa-Família. Isso causou um vácuo no controle social nos municípios, informa o site do Fome Zero (www.fomezero.gov.br).

Marlene da Rocha, representante do PT no Talher Nacional (Grupo de Educação-Cidadã), disse que essa ausência facilita a continuação das práticas clientelistas e a troca de favores nas prefeituras, porque os Comitês Gestores foram criados para coibir manipulação de verbas e corrupção. Para ela, uma alternativa é fortalecer os conselhos municipais. "O que não pode é continuar o vácuo, porque se criou uma expectativa importante de mobilização social e não podemos deixar que isso morra", disse. As notícias sobre a conferência estão no endereço www.fomezero.gov.br/conferencia/default.htm

HANSENÍASE, A BATALHA

O presidente Lula anunciou no dia 6 de abril, em Rio Branco, no Acre, que o Brasil vai eliminar a hanseníase até o fim de 2005. A promessa foi feita no lançamento do Plano de Eliminação da Hanseníase. Para ser considerada eliminada, a prevalência da doença deve ser reduzida a menos de um caso a cada grupo de 10 mil habitantes. Hoje, o Brasil apresenta taxa de 3,88/10.000 (em alguns estados chega a 20/10.000). Quanto à detecção, o país registra 42 mil novos casos/ano.

Para vencer a batalha contra a hanseníase foram estabelecidas metas de detecção de 51.400 casos em 2004 e de 53.400 em 2005. Além disso, todos os casos deverão ser curados. O tratamento é gratuito, pelo SUS. O acordo para a eliminação da

hanseníase até 2005 foi firmado entre os países-membros da OMS em 1999, na Costa do Marfim.

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, de transmissão respiratória, e tem alta prevalência em Mato Grosso, Roraima, Rondônia, Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Maranhão e Piauí. Rio Grande do Sul e Santa Catarina já eliminaram a doença. São Paulo, Rio Grande do Norte e Distrito Federal estão próximos da eliminação.

DOIS ANOS DE ÁLCOOL GEL

Boletim da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/40_04.pdf) fez balanço dos dois anos de proibição da venda em farmácias e supermercados do álcool líquido, que era responsável, anualmente, por quase 150 mil casos de queimaduras em acidentes domésticos – 45 mil com crianças. O uso do álcool gel reduziu os acidentes em 60%. Pois o sucesso da Resolução nº 46 da Anvisa, de 20/2/2002, não comove a indústria do álcool, que conseguiu liminar na Justiça para retomar a venda indiscriminada do produto. Resultado: o número de queimados está voltando aos patamares anteriores. A Anvisa aguarda a decisão final da Justiça.

NOVOS CURSOS CONTINUAM PROIBIDOS

Boletim informativo da Rede Unida (www.redeunida.org.br) de 15/3 abordou o polêmico tema da abertura de novos cursos na área de saúde. Os ministérios da Saúde e da Educação vêm debatendo o assunto em conjunto, como na plenária do Conselho Nacional de Saúde dos dias 10 e 11 de março, que contou com a presença dos ministros da Educação, Tarso Genro, e da Saúde, Humberto Costa. Ficou decidido suspender por mais 60 dias a abertura de novos cursos – essa moratória está em vigor desde julho de 2003, a pedido da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS.

O Brasil tem hoje 2.793 cursos na área de saúde, dos quais 119 são de Medicina e 334 de Enfermagem. Em 2003, o MEC registrou como “em andamento” 821 processos de abertura de novos cursos.

A abertura indiscriminada de cursos preocupa. “Não se trata de preconceito contra o ensino privado, mas de um novo modelo de regulação das instituições de ensino”, disse Tarso Genro. O MS defende que as disciplinas dos cursos levem em conta o interesse público e as diretrizes do SUS. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, Ricardo Burg Ceccim, titular da SGTES, condenou a concentração dos cursos na Região Sudeste e cobrou seu compromisso com a saúde pública. A formação do pessoal de saúde, para ele, deve ter relações próximas com os serviços de saúde, incorporar a agenda ético-política da reforma sanitária e construir novos modos de fazer saúde.

COMBATE À TUBERCULOSE, ENFIM, VIRA PRIORIDADE

Para marcar no Brasil o Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, em 24/3, o ministro interino da Saúde, Gastão Wagner, anunciou mudanças na política de combate à doença, entre elas a boa novidade: o controle da tuberculose será prioridade da política de saúde. O Programa de Controle de Tuberculose (PCT) estima que o país tenha 85 mil portadores da doença e que até 6 mil venham a morrer por tuberculose em 2004, informa o Ministério da Saúde (MS).

Segundo Gastão Wagner, o MS fará o maior investimento no PCT dos últimos 10 anos: até 2007, serão R\$ 119,5 milhões, para curar 50 mil tuberculosos até 2005.

Reportagem do *Estado de S. Paulo* de 24/3 afirma que a iniciativa do governo se seguiu a críticas sucessivas da OMS ao Brasil. Afinal, a doença tem tratamento há pelo menos 50 anos. Para marcar o compromisso do Brasil, o ministro Humberto Costa viajou a Nova Delhi, na Índia, para participar do 2º Fórum Mundial do Programa Stop TB, ação global de controle da doença. Mais 21 países participam do programa e, juntos, concentram 80% dos casos de tuberculose do plane-

ta. O Brasil ocupa o 15º lugar nessa lista, segundo o relatório anual da OMS divulgado em 23/3 em Genebra – aliás, nada elogioso a nós. Para começar, condena a rapidez excessiva no processo de descentralização do combate à doença, por não ter exigido compromisso maior das autoridades regionais.

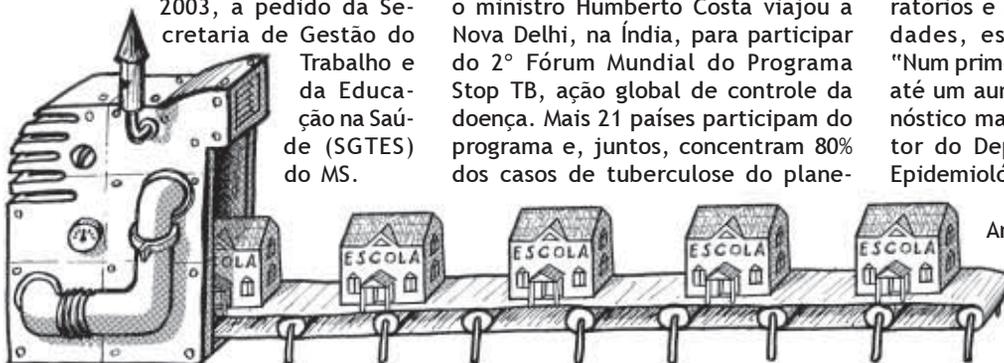
Diagnosticar a doença e tratar os pacientes localmente é bom, não só para a tuberculose, mas para qualquer doença de caráter nacional, entende o pesquisador Genésio Vicentin, do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Ensp/Fiocruz). O problema é que foi perdido o comando central do controle da tuberculose, diz ele.

A tuberculose passou a ser responsabilidade de Estado nos anos 1930. Os medicamentos surgiram nos anos 50, mas a combinação das três drogas que compõem o tratamento só se consolidou uma década depois, época em que o tratamento durava um ano. A descentralização começou por volta de 1978, com a redução do tratamento para seis meses. A idéia era expandir a cobertura. Mas acabou se transformando “numa das primeiras ações de caráter neoliberal de redução dos custos”, diz Genésio: a responsabilidade do diagnóstico e do tratamento foi entregue aos estados, e estes a repassaram aos municípios – a maioria, sem condição alguma. Resultado: um vácuo no controle.

A situação se agravou a partir do governo Collor. As críticas da OMS, contudo, não se limitam aos governos anteriores, ressaltou o *Estadão*. O atual monitoramento do tratamento é considerado “inconsistente” e o treinamento de funcionários, “pobre”. Para o professor Genésio, “paupérrimo”, diz, com a experiência de quem coordena o único centro oficial de formação de pessoal nessa área – apenas 40 profissionais por ano, em nível de gerência.

O MS anunciou que a descentralização prosseguirá, mas haverá investimentos em formação de pessoal, instalação e reequipamento de laboratórios e atenção especial a 300 cidades, especialmente periferias. “Num primeiro momento, devemos ter até um aumento de casos, pelo diagnóstico mais eficiente”, disse o diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica do MS, Expedito Luna.

O Brasil, único país das Américas na lista do Stop TB, não tem do que se orgulhar em matéria de combate à tuberculose. Tem mesmo é do que se



envergonhar. O 15º lugar na lista da OMS significa o seguinte: estão à nossa frente, com melhor controle, Índia, China, Indonésia, Nigéria, Bangladesh, Paquistão, Etiópia, Filipinas, África do Sul, República Democrática do Congo, Federação Russa, Quênia, Vietnã e Tanzânia! Atrás, Uganda, Zimbábue, Moçambique, Tailândia, Afeganistão, Camboja e Mianmar (antiga Birmânia).

Pior, impossível. Mas foi irresponsável a manchete de quatro colunas da *Tribuna da Imprensa*, do Rio, em 25/3: "Um em quatro brasileiros está tuberculoso. Constatação é da Organização Mundial da Saúde e ministro reconhece o problema", bradou o jornal. Teríamos então 42 milhões de tuberculosos? A matéria interna, na página 7, nem menciona números, ou seja, a chamada foi apenas escandalosa.

O professor Genésio, que tem até reparos à classificação do Brasil na lista da OMS, porque nossa posição varia de acordo com o critério adotado, desvenda o equívoco do jornal: na verdade, um em cada quatro brasileiros está *contaminado* pelo bacilo. Entretanto, no máximo 2% vão desenvolver a doença, alguns de forma tão branda que nem perceberão. Bem menos grave do que escancara a manchete da *Tribuna*.

Como dizia o saudoso sanitarista David Capistrano Filho (1948-2000), é uma dificuldade conversar com jornalistas. "Não sabem o que é prevalência – o estoque de casos que existe sobre a população – nem incidência – os casos novos numa população dada".

Outro exemplo de descuido citado por Capistrano, que também era jornalista: a mortalidade infantil. Que não é a morte de crianças, explicava, mas um indicador – o número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida, para 1.000 nascidas vivas. "Isso costuma sair nos jornais como porcentagem, o que multiplica por dez a magnitude da mortalidade", reclamou ele em 1997, em entrevista ao *Observatório da Imprensa* (<http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/cadernos/do2005a1.htm#dos02>). "Não acho que as pessoas sejam obrigadas a saber isso, mas, já que vão escrever, devem prestar atenção no que dizem as fontes." (M. C.)

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

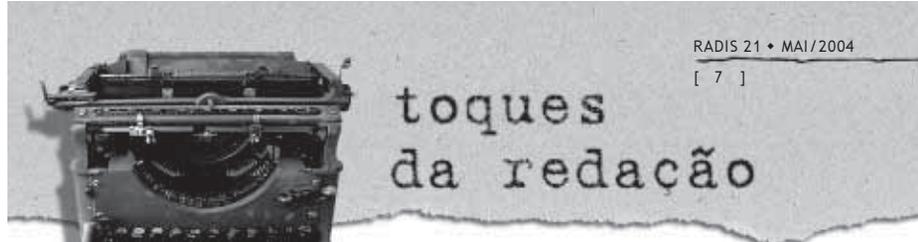


FOTO: JESUAN XAVIER

A MÁSCARA DA DECEPÇÃO – Auditório lotado, ilustres personalidades, clima de festa. Para os 17 integrantes do grupo Circo Saúde Alegria, de Sobral (CE), que ensaiaram por duas semanas a apresentação que fariam na abertura do 20º Congresso do Conasems, em Natal, o reconhecimento era questão de tempo. Mas esse tempo não chegou. Galdêncio Siqueira, fantasiado de palhaço, era a imagem da decepção. "Estou indignado. Os discursos intermináveis fizeram com que a plateia fosse embora antes da nossa apresentação", desabafou. "A cultura desse país não tem mesmo vez".

Na abertura do evento, falaram, entre outros, o ministro da Saúde, Humberto Costa, a governadora do Rio Grande do Norte, Vilma de Faria, o prefeito de Natal, Carlos Eduardo, o presidente do Conasems, Luiz Odorico, a fundadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns, além de secretários de saúde. O grupo cumpriu sua obrigação. "Em respeito às poucas pessoas que ainda ficaram para nos ver". Resta esperar que organizadores de eventos aprendam enfim a sacar o relógio contra falácias longas demais.

HEMOBRÁS NO RJ? – Esquenta a disputa pela fábrica nacional de hemoderivados, prometida pelo governo a Pernambuco e anunciada por São Paulo. Agora, o Rio de Janeiro também quer. Os argumentos: projeto pronto, orientado por especialistas internacionais, com planta da fábrica, lista e descrição de equi-

pamentos, e seus fornecedores; fluxograma de funcionamento; portfólio de produtos; terreno de 100 mil m², com infra-estrutura, na região de Xerém; respaldo do premiado Hemorio, reconhecido internacionalmente como instituição de excelência. E agora?

TODAS AO MAMÓGRAFO! – A defesa apaixonada do auto-exame na detecção do câncer de mama, com incentivo de atrizes e modelos em suas bonitas camisetas, levou muita mulher a ignorar a necessidade imperiosa de testes clínicos e radiológicos periódicos. Agora, o Consenso para o Controle de Câncer de Mama, nova política do Ministério da Saúde anunciada no início de abril, trouxe grande alívio aos especialistas, porque declara que o auto-exame é insuficiente na detecção de anomalias não-palpáveis. Só mesmo o mamógrafo.

Pois críticos já começam a dizer que o MS cedeu ao lobby do mamógrafo (produto importado, a R\$ 500 mil a unidade). O mastologista Josélio Martins Franco, que trabalhou muito tempo no Hospital do Câncer, presidiu a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e sempre defendeu o mamograma, contesta: "Nesses anos todos nunca tomei conhecimento de um lobby do mamógrafo; pelo contrário, o lobby que existe é o da indústria farmacêutica". Josélio se refere, claro, aos fabricantes das drogas da quimioterapia.

A OMS recomenda que mulheres entre 40 e 69 anos tenham as mamas avaliadas por especialistas em unidades básicas de saúde, quando as visitam por outras razões. Uma boa recomendação, já que até 2003 apenas 9% dos municípios brasileiros tinham mamógrafos: 1.504 aparelhos para a população-alvo, 21 milhões de mulheres (dados da SBM e do Inca, publicados na *Folha de S. Paulo* de 2/4). E sozinha a mamografia não detecta de 10% a 15% dos nódulos, daí a necessidade da presença do especialista.

A discussão interessa à maioria da população, sem acesso aos hospitais particulares. Estes já recorrem à ressonância magnética, bem mais eficaz na detecção de tumores...

Municípios com cara, identidade e CPF



No geral, os cerca de 2 mil secretários participantes puderam debater melhor seus problemas gerenciais específicos. "A diversidade é enorme, as necessidades, diferentes, e a divisão era um pleito antigo e justo", disse o presidente do Conasems, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. "Os municípios agora passaram a ter cara, endereço e CPF", resumiu (ver entrevista na página 11).

A boa idéia refletiu-se também na objetividade das votações da Plenária, da qual resultou o documento *Carta de Natal* (ver box na página ao lado): os secretários pedem um novo pacto de gestão do SUS – que respeite a autonomia das esferas de governo, que exija o cumprimento de competências e substitua a normatização excessiva, além da lógica de habilitação por uma que contemple "a adesão e os compromissos com resultados".

REALIDADE NUA E CRUA

No primeiro dia do evento, antenado à realidade nua e crua – essa mesma que exige compromisso com os resultados –, o médico sanitário Gilson Carvalho lançou ao debate uma provocação, que o preocupa não é de hoje. Em palestra muito concorrida, questionou se o problema da saúde em todo o país, independentemente do porte do município, não estaria ligado ao mau gerenciamento dos recursos. "A chave do cofre será aumentar os recursos ou gastar melhor?"

Para Gilson, os municípios precisam diminuir as despesas, gastando bem o dinheiro que têm, disse, insistindo na tese que levantara na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro. "Isso não quer dizer que se tenha muito", fez questão de enfatizar. Mas, segundo ele, a raiz do problema pode estar na cultura da corrupção. "Não existe meia corrupção, às vezes é a bobagem de utilizar o carro público para fazer coisas particulares", exemplificou. "E esse é um dinheiro que faz falta". O sanitário criticou o comportamento de autoridades locais de saúde. "Tem prefeito utilizando o dinheiro do SUS para pagar merenda escolar, e em muitos casos os secretários não sabem ou fingem não saber, tornando-se coniventes com os desvios de verba".

Gilson reconhece que o setor carece de recursos. Por isso repete incansavelmente suas estatísticas internacionais sobre gastos com saúde, que deixam mal o país. "Contra os US\$ 300 do Brasil, Uruguai e Argentina, por exemplo, gastam US\$ 600, Canadá, Inglaterra, França,

Jesuan Xavier

A discussão dos problemas e das potencialidades do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou importante diferencial no 20º Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Natal entre 17 e 20 de março, paralelamente ao 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência. Pela primeira vez na história dos congressos do setor, os municípios foram divididos por porte: pequeno (até 20 mil habitantes), médio (de 20 mil a 100 mil), grande (de 100 mil a 500 mil), o grupo de municípios que concentram mais de 500 mil habitantes e outro apenas com as capitais dos estados.

A iniciativa se refletiu logo nas oficinas de trabalho, organizadas antes da abertura oficial do evento: objetivamente, a separação deu força aos que antes tinham pouca ou nenhuma voz no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No universo de 5.560 municípios, há em torno de 4 mil com até 20 mil habitantes.



FOTO: JESUAN XAVIER

Auditério lotado na abertura do 20º Congresso, que inovou a logística dos debates com a classificação por porte

Suécia, Bélgica, Alemanha, Israel, Itália, cerca de US\$ 2 mil, e os Estados Unidos, US\$ 4.450". É necessária a reformulação completa do atendimento ao usuário, defendeu, reintegrando e re-humanizando a relação entre médicos e pacientes. "Será que é melhor gastar apenas um minuto e o paciente ter que fazer cinco consultas, ou gastar 15 minutos e resolver completamente o problema?"

Era uma boa ocasião para graves denúncias. "Precisamos quebrar o eixo consulta-especialista-exames-intervenção: temos hoje em São Paulo laboratórios que pagam ao médico para que ele receite exames". Finalmente, ele mesmo deu a resposta a sua provocação inicial. "A chave do cofre é aumentar recursos no limite do legal e do possível e do saber usar os poucos recursos à disposição".

EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO

Os secretários tiveram a oportunidade de expor e conhecer experiências desenvolvidas nos municípios. Rurany Ester da Silva, coordenadora do Programa Saúde da Mulher na Secretaria Municipal de Goiânia, deu detalhes sobre a rede de atenção às vítimas da violência sexual – um dos mais prementes problemas da atualidade. Os números da Delegacia da Mulher da cidade são alarmantes: em 2003, 1.510 mulheres e adolescentes sofreram lesões corporais, e 217 foram estupradas. "Temos que levar em conta que esses dados não apresentam a realidade, pois muitas vítimas não denunciam esse tipo de agressão".

Segundo Rurany, a rede registra mais de 30 organizações (governamen-

tais e não-governamentais) que colaboram na ajuda às vítimas. "Procuramos dar atendimento muito além do cuidar da parte física, com psicólogos para acompanhamento por tempo indeterminado". Dos planos futuros da rede constam uma central de dados e a construção de casas de acolhimento para mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência. "Só assim poderão se sentir mais seguras em relação às ameaças".

Programa similar ao de Goiânia também é desenvolvido em Natal. Ligia Maria Ribeiro dos Santos, coor-

denadora do Projeto de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, da Secretaria de Saúde, falou sobre o curso que o programa oferece, de sensibilização em violência sexual para profissionais de saúde e dos benefícios gerados desde sua adoção. "Percebe-se grande insegurança dos profissionais no atendimento direto às vítimas", contou. "Já formamos 187 pessoas".

Quando terminava sua apresentação, Ligia fez um pedido inusitado. Ao som de *A paz na Terra*, música de Beto Guedes, ela sugeriu que todos

Carta de Natal

As proposições a seguir são uma síntese da *Carta de Natal*, documento final do congresso, que deverá nortear a atuação do Conasems, dos Cosems e dos municípios.

1) Construir um novo pacto da gestão do SUS, que respeite a autonomia das esferas de governo, exija o cumprimento de suas competências no SUS e substitua a excessiva normatização e a lógica de habilitação por outra de adesão e de compromissos com resultados.

2) Desenvolver um novo modelo de financiamento que seja balizado pela equidade; respeite as especificidades locais e regionais; supere o repasse fragmentado por projetos e programas e estimule a solidariedade entre as três esferas de governo, garantindo maior participação da esfera estadual. Nesse sentido, reafirma-se, neste momento, apoio irrestrito à regulamentação da Emenda Constitucional 29,

que assegura as bases desse modelo.

3) Definir um conjunto de estratégias e implementar políticas voltadas ao processo de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, bem como dos mecanismos de gestão do trabalho.

4) Reafirmar a importância da organização da atenção à saúde.

5) Reafirmar o total apoio às instâncias de pactuação (Comissões Intergestores bi e tripartite) e o efetivo controle social através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, enfatizando as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

6) Incorporar os princípios da cultura de paz e não-violência. ■

Natal, 20 de março de 2004

A íntegra do documento está em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/21-web-01.html

se abraçassem. A emoção tomou conta do auditório.

Na abertura oficial do evento, o ministro da Saúde, Humberto Costa, anunciou o programa de combate sistemático à hanseníase e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, além de um protocolo de cooperação técnica para a intensificação do registro civil de nascimentos. Aderiram ao pacto Luiz Odorico, pelo Conasems, e Gilson Cantarino, presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o Conass. "Hoje temos no Brasil 74 mortes para cada 10 mil nascidos, quando 10 é o aceitável", disse Humberto Costa. O pacto foi acordado pouco antes da solenidade de abertura, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada extraordinariamente em Natal — mensalmente, tem lugar em Brasília.

Humberto Costa aproveitou para cobrar dos secretários melhor aplicação dos recursos do SUS. "Temos

que ter mecanismos claros para punir o mau gestor e premiar o bom".

VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência transcorreu paralelamente ao Congresso do Conasems, e atraiu o maior público dos quatro dias do evento em Natal. Na mesa, Lia Disken, do Centro de Estudos Filosóficos da Associação Palas Athena, Ambar de Barros, representante da Unesco, Roberto Gambini, psicanalista, e Cecília Minayo, coordenadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Ensp/Fiocruz).

Segundo Cecília, a violência é caso de saúde pública. O Brasil gasta hoje com acidentes de trânsito e vítimas da violência três vezes mais do que com ciência e tecnologia. "Nosso semelhante passou a ser o maior inimigo, e o custo social disso é incalculável", disse ela. Dados do Banco Mundial afirmam que o Brasil desembolsa cer-

ca de R\$ 43 bilhões com as vítimas da violência — o que representa 3,3% do Produto Interno Bruto.

A pesquisadora lembrou que a violência é a segunda causa de morte no país (só perde para o câncer). Na década de 90, cerca de 400 mil pessoas foram assassinadas. "São números superiores aos de muitas guerras". Em sua análise, Cecília Minayo detectou que as vítimas da violência no Brasil têm um perfil comum: homem, jovem, negro e pobre. "São pessoas que só conseguem alguma visibilidade quando seguram uma arma".

Ao entardecer, o congresso ganhou as ruas de Natal. Em passeata, centenas de delegados percorreram o centro da cidade. Logo, a população local aderiu ao movimento, que clamava pela paz e a não-violência. O ato terminou com show da cantora paraibana Maria Inês, do grupo baiano Bagunçasso e do grupo local Pau e Lata. 

A falta de identidade que nos faz sofrer

"A violência é a pior patologia da saúde". Começou com esta frase a palestra de Roberto Gambini, sociólogo e psicanalista *junguiano* de São Paulo, sobre a origem dos nossos ódios. Meia hora depois ele arrancaria aplausos entusiasmados da grande plateia do 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência.

A presença na mesa de debates da pesquisadora Cecília Minayo, do Centro Latino-Americano de Estudos da Violência (Ensp/Fiocruz), ou da ativista de direitos humanos Ambar de Barros, da Unesco, só estimulou o palestrante, porque esse filho de imigrante italiano formado em Psicologia Analítica no Instituto C.G. Jung, de Zurique (Suíça), é também antropólogo e conhece nossa "alma ancestral, pura, feita de mata e liberdade, de nudez e água" — nas palavras da escritora Ana Miranda sobre um dos livros dele, *Espelho Índio* (Editora Axis Mundi, 2000). Com sua voz poderosa, Gambini expôs o inconformismo pela desatenção às origens da violência no Brasil.

"Atualmente sabemos muito mais sobre o HIV do que sobre o ódio, que é tão antigo quanto Caim e Abel", provocou. "Não é o momento de parar e pensar de onde vem tanto ódio, que só faz aumentar no mundo inteiro?" É



FOTO: REGINA MARTINS

Gambini: "Sabemos mais sobre o HIV do que sobre o ódio"

preciso recuar à colonização brasileira para descobrir que o brasileiro sofre com a falta de identidade, porque os portugueses destruíram a alma dos índios, diz Gambini, o que causou sérios problemas de referência cultural.

— Nosso povo tem mãe índia ou negra e pai branco. O primeiro brasileiro gerado desse estranho casamento é um "Zé Ninguém", que não pode se identificar nem com o pai nem com a mãe. Seus descendentes se sentem marginalizados por essa falta de identidade.

Gambini aí identifica a primeira violência de nossa história. "No momento em que a civilização portu-


sa diz 'eu quero o corpo da mulher e o braço do homem, mas o que eles têm na cabeça não me interessa', é como se 20 mil anos de história indígena tivessem sido negados", interpretou ele na palestra. "Isso gerou um drama existencial muito grande; a constituição dessa família brasileira foi uma tremenda violência". Os excluídos de hoje só se fazem perceber quando usam e abu-

sam da violência. "É quando dizemos: existimos e estamos aqui".

Roberto Gambini atacou veementemente a distribuição de renda no país. "É vergonhosa, o pobre, o miserável convivem no dia-a-dia com a riqueza bem a seu lado, e a revolta é grande". O psicanalista se disse frustrado com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Contou que esperou décadas por uma administração de esquerda que fosse muito mais voltada para o social. "Nem o governo do PT foi capaz de quebrar uma estrutura perversa que gera desprezo e ódio. Sinto muito dizer, mas estou decepcionado". (J.X.) 

ENTREVISTA

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

"Os políticos devem se comprometer com o SUS"

Jesuan Xavier

Foi num raro momento de folga em meio à correria do 20º Congresso que Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Saúde de Sobral, no Ceará, e presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), cunhou a frase que dá título à reportagem de capa desta edição: "Os municípios agora têm cara, identidade e CPF" – resumo preciso do novo olhar das políticas públicas de saúde, que distingue, ou qualifica, os municípios por porte.

Superado o desafio da organização do congresso, Odorico, um dos mais respeitados gestores da área de saúde, já se dedica a novas preocupações, como contou nesta entrevista à Radis: o receio de que após as eleições municipais algum prefeito eleito deixe de lado o recente processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que isso não aconteça, anuncia, vai propor uma carta-compromisso aos futuros administradores, a ser solenemente assinada em Brasília. "Queremos que os políticos se comprometam cada vez mais com o forte componente de justiça social que o SUS, funcionando plenamente, produz."

Qual a sua avaliação do 20º Congresso do Conasems?

Muito positiva. Em Natal, pela primeira vez, discutiram-se os problemas da saúde com os municípios separados por porte. Isso foi um enorme avanço. Um grande passo para resolvermos questões que, às vezes, ficavam sem voz num plenário genérico.

Quais seriam as vantagens?

O processo de municipalização do SUS tem que, a partir de agora, levar em consideração o que a gente está chamando de qualificação dos municípios. Isso vai clarificar mais a questão do financiamento, forçar o conselho a debater quais são os problemas

dos municípios de grande porte, quais são os problemas dos municípios de médio porte e quais são os problemas dos pequenos. Atende principalmente às reivindicações dos gestores de municípios menores, que muitas vezes se sentiam alijados das discussões. Para se ter uma idéia do que estamos falando, dos 5.560 municípios que existem no país, cerca de 4 mil são considerados de pequeno porte.

Então os municípios passaram a ser divididos em três grupos?

Na verdade, podemos falar em cinco grupos. Os de pequeno porte, com até 20 mil habitantes, os de porte médio, de 20 mil a 100 mil, os grandes, de 100 mil a 500 mil, além do grupo das capitais e outro dos municípios que têm acima de 500 mil, como Ribeirão Preto e Campinas. Ou seja, os municípios agora têm cara, endereço e CPF.

Paralelamente a esse congresso, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz e Não-Violência. Qual a importância deste evento?

Foi um sucesso tão grande que já fizemos a indicação para que no 21º Congresso Nacional aconteça novamente a dobradinha. Estamos buscando a raiz da violência. É importante entender que a questão não é apenas de polícia e segurança, mas que tem a ver com as profundas injustiças sociais existentes no país. Nossa intenção é que a saúde trate a questão não apenas na ponta final do problema, quando da assistência no ambiente hospitalar. O Programa Saúde da Família, por exemplo, pode ser fundamental em todo esse processo. A questão não é só de violência, é também de cultura de paz. O principal é vermos que o gestor já começa a entender a importância de se incorporar a cultura de paz, criando redes de solidariedade dentro de seus municípios. A idéia é que a gente construa o que estamos chamando da Rede Gandhi, com a participação de todos os segmentos da sociedade. A semente foi plantada.



As eleições deste ano podem interferir em todo o processo de municipalização do SUS?

Esperamos que não. Por conta disso, deveremos propor agora uma carta-compromisso à OPAS, ao Unicef e à Unesco, para que os candidatos a prefeito assumam publicamente que manterão a atual política do SUS. Queremos que os políticos se comprometam cada vez mais com o forte componente de justiça social que o SUS, funcionando plenamente, produz.

Como seria a formalização desse pacto nacional?

Nossa intenção é convocar os candidatos e atuais prefeitos de todo o país a uma reunião em Brasília. Representantes do Conasems, daquelas instituições de que falei anteriormente, OPAS, Unicef e Unesco, redigiriam uma carta-compromisso que deverá ser assinada por todos. A preocupação é com a continuidade de diversos projetos que vêm sendo desenvolvidos nos municípios. Não podemos paralisar algo bom só porque pode entrar outro prefeito que, eventualmente, pertença a grupo político distinto. A idéia é publicar a carta na mídia e disponibilizá-la na internet. Seria um importante instrumento de cobrança dos usuários e agentes de saúde. ■

PASTORAL DA CRIANÇA



Um novo partido sanitário?

Marinilda Carvalho

Chamou atenção em Brasília a presença maciça dos representantes da Pastoral da Criança na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro – presença que marcou as votações nos grupos de trabalho e na plenária final e foi determinante na rejeição de propostas consideradas polêmicas, como a 36, referente ao aborto. Depois de debates acirrados com as delegadas do movimento feminista, os representantes da Pastoral saíram vitoriosos na apertadíssima votação.

A derrota serviu de lição para as feministas. “Não queremos ser um dia uma pastoral, mas nossa presença precisa crescer, para que nossas idéias também ressoem nas conferências”, entende a médica Fátima Oliveira Ferreira, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde. Ela pergunta: “Por que a saúde da mulher não tem presença importante nos gastos da saúde? Porque a maioria dos conselhos não tem essa perspectiva”.

Ela conta que os embates das feministas com os representantes da Pastoral são antigos, e que a presença deles é mais visível em todos os estados do Nordeste. “Eles têm muita gente, é um exército de mulheres voluntárias atuando com as crianças, e há até um trabalho para levá-las aos conselhos municipais de saúde”, conta. “Na Doze, dizia-se que um terço dos delegados provinha da Igreja”.

Estaria surgindo, desta força, um novo “partido sanitário”, nos moldes do movimento que desenhou a reforma sanitária e a criação do SUS (ver box)?

Clóvis Bouffleur, gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança, não aprova a palavra *partido* – “somos suprapartidários” –, mas vê com orgulho a expansão da disciplinada organização criada em 1983 em Florestópolis, no Paraná, por iniciativa da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, para trabalhar nas áreas



Guia do Articulador:
passo-a-passo da Pastoral
para as atividades dos
futuros conselheiros

de saúde, nutrição e educação da criança, do ventre materno aos 6 anos, entre outras atividades. A tarefa coube em especial à pediatra e sanitarista Zilda Arns Neumann, sua liderança mais visível. Ela coleciona cinco prêmios internacionais, 46 nacionais, entre comendas, medalhas e homenagens, é cidadã honorária de oito estados e 20 municípios, e tem sido indicada ao Nobel da Paz pelo governo há quatro anos consecutivos. Para qualquer partido, uma senhora candidata a presidenta...

A força da Pastoral, entretanto, emana das chamadas redes de solida-

riedade, formadas por voluntários - o “exército de mulheres” citado por Fátima - que atuam nas comunidades pobres. Os limites desta atuação é que motivaram a Pastoral a rumar para a política, no rastro dos debates da Constituinte sobre controle social, finzinho dos anos 1980. “Percebemos que só influenciando as políticas públicas poderíamos avançar”, conta Clóvis, formado em Filosofia, com mestrado em Pastoral nos Estados Unidos e pós-graduação na USP em Violência Doméstica. De fato, a atuação da Pastoral vai muito além da difusão de seu famoso soro caseiro, que

tirou a diarréia do topo da lista das causas de mortalidade infantil. Ele prossegue, por exemplo, na alfabetização das mães, porque mãe bem-informada contribui mais para a eficácia dos programas. Mas essa ação exige a cobrança de políticas públicas, o controle social.

TRABALHO DE FORMIGUINHA

Daí o trabalho de formiguinha da Pastoral na formação de representantes para os conselhos municipais de Saúde. Nada é feito sem capacitação, diz Clóvis. Há três meses ficou pronto o *Guia do Articulador*, que orienta os passos do cidadão (ou cidadã) escolhido para se candidatar às vagas dos conselhos, com 16 horas de treinamento. O texto se baseia no tradicional *Guia do Líder*, para formar lideranças que despontam nas comunidades atendidas e treinamento de 40 horas. A Pastoral já formou 3.600 articuladores, mesmo em cidades sem cadeira vaga nos conselhos.

"Nós temos projeto, inclusive de organização", resume Clóvis. E que começa a aparecer no exterior: o governo brasileiro propôs que a Pastoral seja um "produto" a ser exportado para o Mercosul e além-mar. "É uma tecnologia de trabalho comunitário genuinamente brasileira, e já exportamos para 14 países". São eles: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Venezuela, México, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, Filipinas e Timor Leste.

Essa tecnologia despontou quando a Pastoral começou a sistematizar

as informações para prestar contas aos patrocinadores, por volta de 1987. Mais tarde veio a informatização. Hoje o líder comunitário preenche um formulário com 27 indicadores de saúde materno-infantil, enviado todo mês à coordenação nacional da Pastoral, em Curitiba. A cada três meses a coordenação manda à comunidade um relatório com seus índices trimestrais, um retorno que Clóvis considera estímulo essencial para o prosseguimento do trabalho.

O articulador, por sua vez, responde a quatro perguntas básicas: "1) Houve reunião do Conselho? 2) Você participou? 3) Você se reuniu com a Comissão da Pastoral? 4) Quantas crianças morreram este mês no município?" Quase sempre uma pessoa simples, esse articulador recebe duas funções: participar das reuniões do conselho local e estudar a mortalidade infantil do município. Ele vai aonde for notificado o óbito: secretaria de saúde, cartórios, hospitais, maternidades. A orientação é que nenhuma morte de criança passe despercebida para o conselho.

ESTRUTURA DE FAZER INVEJA

É assim que a Pastoral pode afirmar, com certeza, que muitos municípios deixam de cumprir a determinação do Conselho Nacional de Saúde, de pelo menos uma reunião por mês. A partir dos relatórios, muito freqüentemente o representante da Pastoral é o único conselheiro do município que tem acesso a in-

formações estatísticas, que dissemina nas reuniões, quase sempre incomodando o poder público local. "Esse líder vê os problemas, mapeia e exercita o controle social", diz Clóvis. A Pastoral está presente em 1.233 municípios brasileiros, tem 34 mil líderes comunitários (11.700 deles no Nordeste) e atende 523 mil crianças (dados de 2003). Um de seus maiores trunfos, além disso, é uma ampla rede de comunicação: seu programa radiofônico semanal é veiculado em 1.700 emissoras, e 300 localidades já têm programas locais. Há que se reconhecer: uma estrutura de fazer inveja a qualquer partido.

A Rede Feminista de Saúde, criada em 1991, agrupa 190 organizações filiadas em todos os estados, e também tem sua área de controle social. O trabalho de capacitação de mulheres e conselheiras, iniciado em 2002, já atingiu 14 estados. "Mas nosso projeto não é ser uma instituição de amplas massas", diz Fátima Oliveira. Clóvis Boufleu associa as massas da Pastoral ao poder de transformação do cidadão na busca de um serviço de saúde que funcione bem. "A Pastoral é suprapartidária, mas não é alheia à realidade, à cidadania", argumenta.

"Feliz a sociedade que pode contar com movimentos legitimamente constituídos, sempre muito bem-vindos", defende o sanitarista Arlindo Fábio Gómez de Sousa, 61 anos, militante histórico do movimento sanitário, hoje na chefia de gabinete da presidência da Fiocruz e no comando do Canal Saúde. "Aprendi aos 16 anos, fazendo política estudantil, que poder não se dá nem se delega, poder se conquista". Para Arlindo, não se pode criticar quem avança no poder por meios legítimos – sem recorrer à corrupção, à compra de votos, à manipulação. "Sem juízo de valor, apenas pela prática política de instituições como Pastoral da Criança ou Movimento dos Sem-Terra, quem estiver contra que se organize melhor, porque esse avanço é absolutamente normal".

Mas Arlindo vê pouca semelhança entre a organização da Pastoral e a do movimento sanitário, que uniu num momento histórico amplas forças da sociedade civil. "A Pastoral defende as posições da Igreja Católica, o que naturalmente contraria outros movimentos", diz. "Mas tem conseguido resultados significativos na área da saúde, o que a legitima".



Saúde e militância

No início dos anos 1970, uma articulação de intelectuais de universidades paulistas, mineiras e fluminenses em defesa da saúde coletiva resultou numa das mais bem-sucedidas mobilizações populares do Brasil – o movimento sanitário. Corriam os anos de chumbo da ditadura, e a luta por mudanças no sistema de saúde brasileiro, que então contemplava apenas os trabalhadores de carteira assinada, era naturalmente associada à luta pela democracia. Aderiram ao movimento entidades estudantis, sindicais e civis.

Com o fim da ditadura, nos anos 1980 os ativistas da reforma sanitária

buscaram postos de governo, numa tática que chamaram de "ocupação dos espaços institucionais", o que lhes impôs limites e fracassos. Mas a 8ª Conferência Nacional de Saúde revigorou o movimento: "Nenhum processo no Brasil moderno teve tanta representatividade e legitimidade quanto a 8ª", lembrou Arlindo Gómez de Sousa à revista *Tema* número 11 (novembro de 1988).

As propostas dessa conferência histórica serviram de base às diretrizes de saúde na nova Constituição Federal. A saúde tornou-se direito de todos, dever do Estado. E a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) regulamentou o SUS.



O desamparo dos quilombolas



FOTOS: KÁTIA MACHADO

Kátia Machado

Carregar os doentes em macas improvisadas, por estradas longas e esburacadas, para chegar ao posto médico mais próximo. Morar em barracos de madeira ou taipa. Andar quilômetros para pegar água, por caminhos cobertos de poças e lama. Usar fossas sépticas em vez de vasos sanitários. Ter as roças destruídas por búfalos. Esta é a realidade das comunidades quilombolas de Santarém, estado do Amazonas, na Região Norte do país.

Para conferir de perto como vive essa população, sempre citada nas propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a revista *Radis* pediu ajuda aos pesquisadores do Projeto Quilombo, do Centro de Pesquisas

Leônidas e Maria Deane (CPqLMD), unidade da Fiocruz na Amazônia. Tirando os búfalos, em muitos pontos a vida desse povo resistente, remanescente dos escravos africanos, lembra a dos moradores de favelas urbanas – só que em estágio ainda mais crítico. Os descendentes dos quilombolas originais estão distante dos grandes centros, praticamente esquecidos no sertão e nas matas do Brasil, em quase todos os estados.

O objetivo principal do projeto é o levantamento das doenças e dos problemas de saúde pública que afligem grupos quilombolas da Região Norte. A dura realidade, porém, acaba por ampliar esse trabalho, porque a pesquisa evidencia necessidades muito além do tratamento das doenças. Ainda hoje, essas comunidades vivem sem luz elétrica, sem abasteci-

mento de água, saneamento básico ou transporte, situação bem pouco diferente das condições registradas no fim do século 19, quando escravos fugitivos formaram os primeiros quilombos.

Maria Alba da Cruz Vasconcellos mora na comunidade quilombola de Arapemã, e afirma que os problemas de saúde se agravam devido à pobreza da infra-estrutura local. “Estamos na várzea, e temos só um barco para 76 famílias”, conta. “Quando alguém adocece é preciso esperar que o barco fique livre para levar a pessoa à cidade”.

As famílias, sem energia elétrica ou saneamento básico, enfrentam as cheias do rio que corta a região, e daí advêm as diarreias frequentes. E ainda sofrem com a erosão da terra, em consequência da



No dia-a-dia das comunidades, as bicicletas são indispensáveis, como a produção de farinha de mandioca e a pesca. Nas casas de estuque e madeira, cada coisa tem seu lugar. Na sala de aula convivem alunos de todas as séries

Veja estas e outras imagens dos quilombolas em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/21-web-02.html

retirada exploratória – e ilegal – da argila, material usado na fabricação de telhas, o que causa o empobrecimento do solo para plantio. “Há uns cinco anos, nossa terra era cheia de mangueiras, ingá, cacau. Hoje, não tem quase nada devido à erosão. Daí, surgem os problemas de desnutrição”, lamenta Alba. O mesmo ocorre em Saracura, outra comunidade de várzea, como conta Josivan de Jesus Laurindo: “Sem água encanada temos muitos casos de diarreia”.

A comunidade quilombola de Bom Jardim, uma das maiores em número de habitantes negros, com 61 famílias, está em terra firme, mas não é menos precária. “Sofremos para sair daqui por causa das condições da estrada, toda esburacada e enlameada. Não temos atendimento rápido em caso de urgência”, queixa-se o morador Dileudo Guimarães dos Santos.

Raimunda Pereira dos Santos, de Murumurutuba, vizinha de Bom Jardim, reclama: para chegar ao posto mais próximo, no distrito de Jacami, precisa andar 20 quilômetros. E corre o risco de não ser atendida, pois a unidade de saúde conta apenas com um médico, e este só atende três

vezes na semana, na parte da tarde. “Na falta dele ou de remédio, temos que ir a Santarém, ou voltar doente para a comunidade”.

COR E ESQUECIMENTO

No que diz respeito à saúde pública, as populações quilombolas sofrem duplamente: primeiro de doenças próprias da etnia, como hipertensão ou anemia falciforme; segundo pelas condições de vida extremamente precárias. “Será que estamos esquecidos por causa da nossa cor?”, pergunta Ivanilde dos Santos, de Bom Jardim.

Por trás das doenças há muitos outros problemas. A falta de terra é um deles, como se ressentem a comunidade de Murumuru. O morador Jairo da Mota denuncia que os “gaúchos” (como são chamados todos os emigrantes vindos dos estados abaixo da Região Norte) já ocuparam boa parte das terras, tirando o que era dos quilombolas. “Sem terra para plantar, sem comida para se alimentar”, resume Jairo.

Em Bom Jardim a terra é fértil, lembra Dileudo, mas não se pode conservar o que se planta, pela falta de energia elétrica. “Em terra que tudo

dá tudo se estraga também”. Outro paradoxo: desabastecida de água tratada, Bom Jardim ainda é atormentada pelos detritos do lixão construído ali perto e que a qualquer chuva forte poluem o rio próximo. “Já tivemos casos de hepatite por causa da má qualidade da água”.

Raimunda faz outra denúncia grave: “Grandes embarcações chegam aqui tirando todos os peixes com arrastão”. A comunidade sofre ainda com a falta de transporte e com a má condição da estrada. “Nós só temos um ônibus, e quando perdemos não há como sair da comunidade”. A situação é parecida em Saracura: barqueiros retiram peixes em grandes quantidades e fazendeiros exploram as terras.

Além da falta de acesso a serviços de saúde, dos problemas com transporte, da falta de saneamento básico ou luz elétrica e da presença dos “gaúchos”, em todas as comunidades de Santarém falta também educação. Poucas são as comunidades com o ensino fundamental completo – de 1ª a 8ª série. A maioria tem apenas da 1ª a 4ª série, e ainda assim todas as turmas se misturam numa única sala de aula. Para que o aluno avan-



Alba, Dileudo e o retrato da infância em Bom Jardim

ce nos estudos precisa sair da comunidade e frequentar as escolas-pólo, ou seja, as que atendem a grupos de comunidades próximas. Essas escolas – uma realidade para alunos do interior em geral – oferecem até a 8ª série do ensino fundamental. “Os alunos daqui de Murumurutuba precisam andar duas horas para chegar à comunidade onde fica a escola-pólo”, diz Raimunda.

TRABALHO DE CAMPO NÃO FALTA

O Projeto Quilombo abrange as comunidades quilombolas de Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru, Tiningú, Saracura e Arapemã, todas no município de Santarém, que fica no Baixo Amazonas. A coordenadora do projeto, Ana Felisa Guerrero, destaca que nesse trabalho ficam evidentes numerosos problemas de saúde pública e de nutrição. Os resultados preliminares do levantamento realizado nos quilombos Saracura e Arapemã, nas áreas de várzea, mostram crianças em risco nutricional. A desnutrição despena como um problema preocupante também entre os idosos. “Na população adulta, encontramos problemas de obesidade, diabetes, hipertensão”, conta. “E o aparecimento do primeiro caso de anemia falciforme”.

Nessas comunidades, detectaram-se problemas sérios de nanismo nutricional e comprometimento no desenvolvimento psicomotor. Nas comunidades de terra firme – Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru e Tiningú – verificaram-se problemas de saúde bucal e oftalmológica, inclusive casos de perda total da visão.

Na execução do trabalho de campo, a Fiocruz/Amazônia trabalha com algumas unidades da instituição: a Diretoria Regional de Brasília (Direb), o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (Fiocruz/Salvador), o Instituto Fernandes Figueira (IFF) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), do Rio. “A partir do Projeto Quilombo estamos estudando o comportamento da anemia falciforme em cooperação com o Centro Gonçalo Moniz, as condições nutricionais com a Direb e a saúde da mulher e da criança quilombola com o IFF e a Ensp”, informa Felisa.

Desde o início, o projeto vem impulsionando outras tantas ações, com apoio das comunidades quilombolas na execução do trabalho de campo. Representantes locais são devidamente treinados pela equipe da Fiocruz para acompanhar a pesquisadora nas visitas às casas dos quilombolas. “Desta forma, lideranças quilombolas vêm sendo inseridas nas discussões sobre políticas públicas adequadas a esse grupo”, diz Ana. E a situação dos remanescentes de quilombos é discutida em encontros promovidos pela Fiocruz/Amazônia no município de Santarém.

O projeto teve ainda o mérito de facilitar a inclusão das comunidades na lista de prioridades para ajuda emergencial alimentar do Programa Fome Zero, além das doações de medicamentos por parte do laboratório farmacêutico público Farmanguinhos, vinculado à Fiocruz. “Outras instituições vêm sendo mobilizadas, como a Fundação Palmares, ligada ao Ministério da Cultura, cujo trabalho visa demarcar as terras quilombolas e preservar o patrimônio cultural e histórico de populações afro-descendentes no Brasil”, conta Felisa. Recentemente, conforme esclarece a coordenadora do projeto, a Fundação Palmares realizou uma oficina de trabalho com a participação de lideranças quilombolas, para um diagnóstico socioeconômico e cultural dessas comunidades.

Paralelamente, a Fiocruz/Amazônia vem buscando ajuda do Sistema de Proteção da Amazônia (Sipam), propondo ações de promoção da inclusão digital, da alfabetização, da saúde

de e da preservação do meio ambiente, e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), do Ministério da Saúde, que, como informa Felisa, planeja iniciar na comunidade de Bom Jardim um projeto de saneamento básico.

POLÍTICA DE GOVERNO, A EXIGÊNCIA

A busca pela melhoria nas condições de saúde e de moradia dessas comunidades ganhou um instrumento de luta: a Comissão de Articulação dos Quilombolas de Santarém, formada pelas associações de moradores dos quilombos. Hoje, a reivindicação prioritária da comissão é a titulação de terras. “Afinal”, reclamam as lideranças quilombolas, “fomos nós que ajudamos a conservar essas terras”.

Nesta luta, descendentes de quilombolas já podem contar com o Decreto nº 4.887, assinado em 20 de novembro de 2003, data de comemoração do Dia Nacional da Consciência Negra. A nova regulamentação representa um marco regulatório para o processo de reconhecimento, titulação e promoção de desenvolvimento socioambiental de territórios quilombolas – o critério para o reconhecimento de uma comunidade quilombola é o da auto-identificação. Parecido com o adotado para os povos indígenas, dá novo tratamento à questão fundiária dos quilombos. Declarando-se descendente e morador de quilombo, o quilombola tem direito a uma área tanto para moradia como para plantio, caça, pesca e manejo agroflorestal.

O processo de titulação da terra ganha assim a participação do Inbra, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, o que atenua a questão da falta de infraestrutura da Fundação Palmares.

Para lideranças quilombolas de Santarém, muitos problemas, inclusive os de saúde, poderão ser minúsculos quando a propriedade da terra passar legalmente aos moradores das comunidades. “Com as terras em nosso nome, tudo fica mais fácil”, confia Dileudo. ■

O Sipam é um conjunto de sistemas de monitoramento e sensoriamento, interligados em redes de satélites e computadores, de produção e veiculação de informações sobre a Amazônia Legal, para a gestão do conhecimento, a proteção e o desenvolvimento humano e sustentável da região.

TABAGISMO

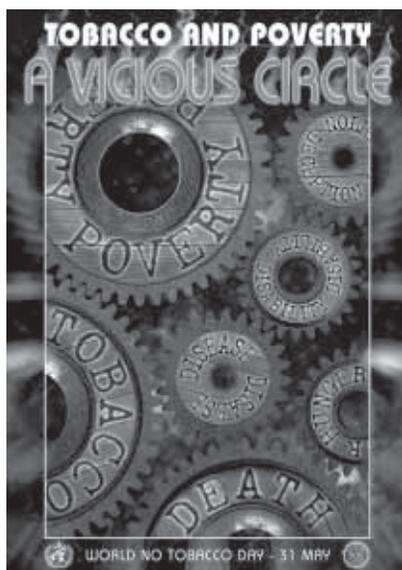
OMS associa fumo à pobreza

Jesuan Xavier

Dos cerca de 1,1 bilhão de fumantes que existem hoje no mundo, 80% vivem em países em desenvolvimento. Na maioria desses lugares, a associação do tabagismo com baixa renda e baixo nível de escolaridade é cada vez maior. Por causa disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) escolheu o assunto *Tabaco e Pobreza, um Ciclo Vicioso*, como tema central para ser debatido no Dia Mundial sem Tabaco, neste 31 de maio. O Brasil, reconhecido pelo trabalho que desenvolve contra o consumo de cigarro, será pela primeira vez sede oficial das atividades da OMS. "Temos dados de que o consumo de cigarro agrava até a desnutrição existente em vários países pobres", diz Tânia Cavalcante, chefe do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (Inca).

Pesquisa desenvolvida pelo Banco Mundial, no ano passado, demonstra que a probabilidade de uma pessoa se tornar fumante é bem maior se ela não tiver escolaridade. "Na China, indivíduos com nenhum grau de instrução têm probabilidade sete vezes maior de serem fumantes", afirma Tânia. No Brasil, segundo ela, essa possibilidade é de cinco vezes.

Numa análise mais profunda, demonstrada em estudo feito por Tânia e sua colega de trabalho do Inca, a economista Márcia Pinto, fica mais clara a comparação entre o consumo de cigarro e a classe social. Na comparar a renda familiar observa-se que a fatia gasta com tabaco chega a ser 7,8 vezes maior nas famílias com rendimento menor ou igual a 2 salários mínimos. "Chefes de famílias de baixa renda acabam transferindo o pouco que têm para a compra de cigarros. A dependência química do tabaco faz com que essas pessoas deixem de gastar até com alimentos de primeira necessidade". Ela cita ainda dados do Banco Mundial. "Em Bangladesh, por



Cartaz da campanha mundial da OMS: tabaco e pobreza, um círculo vicioso

exemplo, foi estimado que se as pessoas pobres não fumassem, menos 10,5 milhões de indivíduos não seriam desnutridos".

BRASIL OCUPA O SEGUNDO LUGAR NA PRODUÇÃO

Não é apenas no consumo de cigarros que os países em desenvolvimento se destacam. China, Brasil e Índia (nesta ordem) são as lideranças na produção mundial de tabaco. Ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, o controle da comercialização do tabaco e a implementação e condução de políticas fortes para controle do tabagismo nos países em desenvolvimento ainda são incipientes, escrevem

Tânia e Márcia, na introdução de um dos capítulos do livro ainda a ser lançado mundialmente pela OMS. "A cada ano, a OMS lança um livro sobre o tema principal do Dia Mundial sem Tabaco", explica Tânia, ressaltando que elas serão as responsáveis por dois capítulos: *Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil e a Política Nacional de Controle do Tabagismo*.

Ela lembra que, embora o consumo de cigarros venha caindo nos países ditos de Primeiro Mundo, o mesmo não acontece a nível global. Neste caso, ele aumentou em torno de 50% durante o período de 1975 a 1996. "Mas, felizmente no Brasil, vem ocorrendo exatamente o contrário. O consumo anual *per capita* de cigarros no país diminuiu 38% entre 1980 e 2002".

Tânia credits tal fato ao bom trabalho de controle e conscientização que vem sendo desenvolvido pelo governo brasileiro. "O Brasil tem feito um programa exemplar de controle do tabagismo", frisa.

Mesmo assim, ainda há muito por fazer. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 200 mil pessoas morrem anualmente no Brasil em decorrência do consumo de tabaco. "O fato de o cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo e a facilidade de acesso físico aos produtos facilitam a experimentação", analisa. "O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres." 

Mais informações
www.inca.gov.br



O RADIS ADVERTE

Fumar também faz mal à saúde do seu bolso.

SERVIÇO

EVENTOS

7º SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O evento, que tem o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), seção Minas Gerais, tem como tema central "A sistematização da assistência de enfermagem e o SUS".

Data 29 de maio a 2 de junho

Local Teatro da PUC-Minas – Belo Horizonte, MG

Mais informações

Tel. (21) 3222-5671

E-mail abenmg@uai.com.br

Site www.abennacional.org.br/eventos.php

6º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA

O foco do encontro é a cidade, numa perspectiva epidemiológica, buscando a construção de um novo modelo urbano, mais saudável e justo. Com o tema "Um olhar sobre a cidade", o congresso aborda a formação das cidades ao longo da história pelo viés epidemiológico.

O evento abriga ainda a 6ª Reunião Científica da América Latina e Caribe da Associação Internacional de Epidemiologia (IEA).

Data 19 a 23 de junho de 2003

Local Centro de Convenções de Pernambuco, Recife, PE

Mais informações

Tel. (81) 3227-1902 / 3228-8739

Site www.congressoepidemiologia2004.com.br

2ª CONFERÊNCIA NACIONAL CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde promovem o evento, com o tema "Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população". Os delados analisarão o documento-base preparado para o encontro, acrescido das propostas aprovadas nas conferências estaduais, e elaborarão propostas nacionais.

Data 1º a 4 de julho

Local Academia de Tênis – Brasília, DF

Mais informações

Site <http://conselho.saude.gov.br>

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O tema do evento é "acesso e qualidade, superando a exclusão social". O encontro ocorre concomitantemente à 2ª Conferência de C&T em Saúde, também promovido pelo Ministério da Saúde e o CNS, com o objetivo de elaborar um relatório indicando propostas para a política nacional de saúde bucal.

Data 1º a 4 de julho

Local Academia de Tênis – Brasília, DF

Mais informações

Site <http://conselho.saude.gov.br>

PRÊMIOS E BOLSAS

PROGRAMA DE ESTUDO COM A ESPANHA



A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) abre inscrições até 30 de maio para os interessados em participar de um programa de estudo em conjunto com o Ministério da Educação, Cultura e Desporto da Espanha. O programa, da Direção Geral de Universidades (DGU) e do Ministério da Educação do Brasil, tem como objetivo apoiar projetos conjuntos de pesquisa e cooperação científica das instituições de ensino superior do Brasil e da Espanha, que promovam a formação em nível de pós-graduação (doutorado-sanduíche e pós-doutorado) e o aperfeiçoamento de docentes e pesquisadores.

Os integrantes das equipes brasileiras que tiverem projetos selecionados serão beneficiados com bolsas de estudos em nível de doutorado-sanduíche e pós-doutorado e missões de trabalho na Espanha subsidiadas com passagens áreas internacionais e diárias nos termos das normas vigentes da Capes. O início das atividades dos projetos e a liberação dos recursos estão previstos para janeiro de 2005.

Mais informações

Site www.capes.gov.br

PRÊMIO INTERNACIONAL JOSÉ LUIS BOBADILLA — 2004

A Organización Panamericana de la Salud e a Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), com o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, oferecem o Prêmio Internacional de Investigação em Políticas de Saúde José Luis Bobadilla 2004. O vencedor será contemplado com 10 mil dólares e a publicação de seu trabalho. Poderão se inscrever pessoas que tenham trabalhos de investigação sobre políticas de saúde na América Latina e Caribe nos últimos cinco anos.

Os interessados deverão enviar seus trabalhos à Funsalud, com currículo, até o dia 29 de maio. Endereço: Periférico Sur nº 4.809, Colonia El Arenal Tepepan, 14610, México, D.F. O resultado do Prêmio Internacional de Investigação em Políticas de Saúde José Luis Bobadilla 2004 sairá até o dia 1º de setembro.

Mais informações

E-mail mtmucham@funsalud.org.mx

PUBLICAÇÕES

EDITORA UFRJ

Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?, de Carmen Dora Guimarães, publicado pela editora UFRJ, é resultado de uma tese de doutorado em Antropologia. O livro aborda o crescimento da Aids entre mulheres, levando o leitor a pensar sobre números e representações e sobre a família no Brasil contemporâneo. A autora pretende contribuir tanto para as decisões de políticas públicas quanto para a compreensão das relações afetivas, amorosas, sexuais e familiares no país.

**Mais informações****Editora UFRJ**

Av. Pasteur, 250 / salas 100 e 107
Praia Vermelha, Rio de Janeiro
CEP 22295-900

Tel/Fax (21) 2542-3899

Tel. (21) 2295-1595

E-mail editora@editora.ufrj.br

Site www.editora.ufrj.br



PÓS-TUDO

A batata quente



O engenheiro de Alimentos Luiz Eduardo R. de Carvalho, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, concedeu entrevista à edição de 12/1/2004 do Jornal da Seção Sindical dos Docentes da UFRJ (ADUFRJ), que a Radis reproduz em forma condensada por entender que seu conteúdo, inédito nos debates públicos sobre transgênicos, merece divulgação. A íntegra da entrevista está no site www.adufrj.org.br

Como o senhor vê essa disputa entre os favoráveis e os contrários aos transgênicos?

Existe uma guerra midiática, visando conquistar corações e mentes, pró e contra os organismos geneticamente modificados (OGMs). O uso e abuso da semiologia e da lingüística, a serviço das ambigüidades e das meias verdades, são algumas das armas do combate. Só que a arma principal, obviamente, é dinheiro. Palavras tornam-se armas não apenas pelo viés da persuasão cultural e psicológica. Mas também pelo viés jurídico, nas manobras inseridas na regulação oficial. Os pró-OGM dizem que não se deve proibir, mas deixar a decisão para o mercado, para o consumidor. Porém, ao mesmo tempo, negam-se a rotular os produtos. Sem rótulo, como poderá o consumidor exercer seu poder de optar?

A decisão sobre a liberação ou não de transgênicos deve ser técnica ou política?

Todos renegam o termo, e se dizem apoiados na ciência, inclusive o Lula. Mas é óbvio que é uma questão ideológica, que está sendo administrada ideologicamente. Claro que os geneticistas são entusiastas dessa tecnologia. Mas o processo decisório, as atividades reguladoras, as ações de biossegurança, a proteção da saúde do consumidor, e as estratégias comerciais do agronegócio brasileiro, obviamente, são variáveis de outro universo, distantes e distintos da biologia molecular. Assim como a transgenia não é feita por voluntaristas, mas pela inteligência e pelo trabalho, a regulação também exige saberes muito específicos.

Os geneticistas brasileiros precisam se ocupar da invenção transgênica, de fazer o Brasil ser mais competente que a Monsanto, esse é o trabalho deles, e temos que assegurar recursos e liberdade para isso. Mas muitos deles vivem na TV, instrumentalizados como lobistas, dando pitacos ridiculamente furados em nutrição, toxicologia, biossegurança, economia, legislação sanitária, rotulagem, meio ambiente etc.

O senhor esteve, semanas atrás, em uma audiência pública no Senado para debater o assunto. Como foi?

Um destacado biólogo molecular da USP, agora associado com a Votorantim para montar uma indústria biotecnológica, não falou nada de biologia molecular, usando todo seu tempo para explicar, não como empresário que é, mas como professor que um dia foi, que os transgênicos são a única saída para evitar a fome no mundo. O outro depoente, da Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), centrou sua fala nos fantásticos medicamentos que a transgenia vai gerar, acabando com as filas de crianças doentes e sem cura nas filas dos hospitais públicos. De quebra, argumentou que é claro que os agricultores sempre serão pró-OGM, porque podem ganhar milhões de dólares por hectare, caso plantem soja GM para produzir hormônio do crescimento. E o conferencista, que veio do Hospital do Câncer de São Paulo, optou por denunciar o que chamou de calúnias contra os OGMs, assegurando que a soja GM não vai ter mais resíduos de agrotóxicos que a soja convencional. Só esqueceu que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) está, neste exato momento, por "coincidência", alterando a legislação, de forma a permitir quantidade 50 vezes maior desse exato herbicida da Monsanto na

soja. Assim fica muito difícil debater. Isso não é um debate técnico-científico, não é um diálogo entre cientistas, mas um tribunal, onde todos falam como advogados, defendendo seu cliente.

Qual a relação deste tema com a universidade brasileira?

De certa forma, esse conflito sobre vantagens e riscos dos transgênicos, no Brasil é também retrato da crise da universidade brasileira. Quem vai patrocinar pesquisas independentes sobre riscos nutricionais e toxicológicos dos transgênicos? A Embrapa, que fabrica OGMs e mantém um contrato secreto com a Monsanto, anuncia que o fará no laboratório que está montando em Guaratiba (o CTA, que é o Centro de Tecnologia Agrícola). Esse centro foi criado para dar apoio à indústria. Não existem centros para dar apoio à proteção para a saúde, ao consumidor e, se a universidade vai sendo empurrada para gerar receita, para prestar serviço às indústrias, aí é que não vamos ter mesmo nenhuma pesquisa nesse campo da saúde. Cabe ressaltar que, muitas das vezes, ao prestar servicinhos laboratoriais, a universidade está apenas sendo cooptada, por alguns trocados, fazendo análises que as multinacionais nem precisam. E os funcionários do Estado acabam fazendo isso por uma ninharia. Basta ver a esfuziante alegria com que departamentos de pediatria, de nossas universidades, respondem a minguiadas doações da Nestlé para pequenas obras civis, em prédios degradados pela omissão do governo. Mas dá para confiar na isenção desses pesquisadores?

Será que o cidadão comum entende de genética, de transgenia, de genoma e pode ter uma opinião sobre assunto cientificamente tão complexo?

Sim, se em vez de definições com terminologia científica, oferecermos exemplos. A partir dos exemplos reais, qualquer pessoa pode perfeitamente entender do que estamos tratando e pode ter uma opinião. Não uma opinião científica; mas uma opinião de consumidor. E isso deve ser também respeitado. 



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