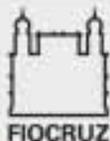


RADIS
comunicação em saúde



Nº 23 ♦ Julho 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...



Especial

A saúde em números

Pesquisa da
OMS-Fiocruz
apresenta
radiografia
inédita
do Brasil

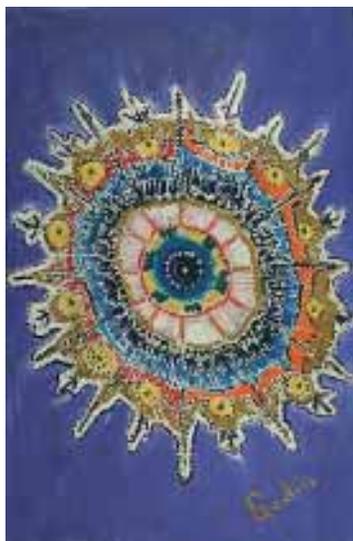


- ♦ PSF FAZ 10 ANOS
- ♦ TRANSPLANTES
- ♦ MALÁRIA

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 'hesitas') da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.

Imagens do Inconsciente em mostra inédita



Manoel Godinho (Godin)
Sem título (óleo sobre tela)



Renoir Silva de Oliveira – Sem título (guache e lápis de cera sobre papel)



Sônia Catarina – Sem título (óleo sobre tela)



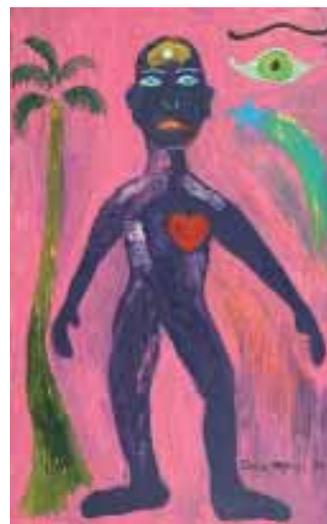
Cláudia Cerqueira
Sem título (óleo sobre tela)



Celso Santiago – Sem título (modelagem em barro)



Roberto Garcia – Sem título (óleo sobre tela)



Carla Muaze
Sem título (óleo sobre tela)

Ópúblico poderá visitar até 2 de outubro no Centro Cultural da Saúde, no Rio, a mostra "O Museu Vivo de Engenho de Dentro", que apresenta obras inéditas de artistas do Museu de Imagens do Inconsciente. Trata-se de uma parcela da produção atual dos ateliês terapêuticos, nos quais uma pequena equipe de profissionais vem dando continuidade à experiência iniciada pela psiquiatra Nise da Silveira.

São 51 peças, entre modelagens, esculturas e pinturas a óleo. O Museu de Imagens do Inconsciente teve origem há 52 anos nos ateliês de pin-

tura e modelagem da Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, no bairro do Engenho de Dentro, no Rio. A produção desses ateliês logo se mostrou abundante, de grande interesse científico e utilidade nas pesquisas sobre o obscuro mundo do esquizofrênico.

Ricas em símbolos e imagens, as criações se tornaram conhecidas em todo o mundo, especialmente as de artistas já consagrados do Museu de Imagens do Inconsciente, como Fernando Diniz, Adelina Gomes, Carlos Pertruis, entre tantos outros.

Os atuais expositores, pacientes

externos, já se beneficiam das mudanças geradas pela Reforma Psiquiátrica. Participam da mostra Carla Muaze, Carlos Alberto da Silva, Carlos Borges, Celso Santiago, Claudia Cerqueira, Davi Pereira da Silva, Edja Silva de Oliveira, Ênio Sérgio, Manoel Godinho, João Bosco Barbosa Rocha, José Alberto de Almeida, Renoir Silva de Oliveira, Roberto Garcia, Roseli dos Santos e Sônia Catarina.

A entrada é franca. O Centro Cultural da Saúde, que funciona de terça a sábado, das 10h às 17h, fica na Praça Marechal Âncora, s/nº (Praça 15), Centro, Rio de Janeiro. Informações pelo telefone (21) 2240-5568. 

Brasileiros avaliam a saúde

Qual a percepção dos brasileiros sobre a própria saúde e a atenção que recebem dos sistemas público e privado? A resposta está na pesquisa com 5 mil brasileiros em 188 municípios de 25 estados, realizada pela Organização Mundial da Saúde e a Fiocruz, em 2003.

Os primeiros resultados da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, antecipados na *Radis* de junho, têm aqui uma abordagem mais abrangente e aprofundada com análises, tabelas e gráficos inéditos, mantendo uma tradição do Programa Radis: a publicação de estatísticas e estudos epidemiológicos na antiga revista *Dados*.

A pesquisa mundial atravessou mudanças em governos e instituições multilaterais envolvidos, além de esgotar verbas, o que pode prejudicar sua não-finalização em alguns países. No Brasil, sua conclusão em tempo exíguo envolveu trabalho voluntário de dezenas de coordenadores e empréstimo de carros por secretarias de saúde e coordenadorias da Funasa. Consolidou também a revisão crítica da metodologia usada pela OMS em relatórios anteriores (categorias díspares em indicadores e *ranking* únicos, em 2000; entrevistas por telefone e correio, em 2001).

No Congresso de Epidemiologia da Abrasco, em junho - que terá am-

pla cobertura jornalística na próxima *Radis* -, a sala reservada à apresentação dessa pesquisa por Célia Landman, da Fiocruz, não comportou os mais de 500 interessados. A solução foi transferir a multidão para o maior auditório do Centro de Convenções de Recife e Olinda.

Agora, debates internacionais sobre os procedimentos metodológicos utilizados e estudos comparativos com outros países são bem-vindos, assim como a utilização dos reveladores resultados para a orientação de políticas públicas baseadas nas necessidades e no perfil epidemiológico da população.

Ainda nesta edição: bioética, propaganda de medicamentos, aborto, fitoterápicos, segurança alimentar, Assembléia Mundial de Saúde, 10 anos do Programa Saúde da Família, malária, poluição sonora e violência. Além da matéria sobre transplantes, o nosso apoio à campanha de doação de medula óssea. Quem doa sangue e órgãos doa solidariedade. Doa vida.

Mais uma coisa. Cartas como a da recepcionista e telefonista Margarida dos Santos incentivam a equipe do Programa Radis a produzir uma revista cada vez melhor.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

Comunicação em Saúde

♦ Imagens do Inconsciente em mostra inédita 2

Editorial

♦ Brasileiros avaliam a saúde 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

7

Transplantes

♦ Não falta órgão, falta é eficiência 8



10 anos do PSF

♦ Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS 10



Doenças Infecciosas

♦ Malária ainda assusta no Brasil 12

Entrevista: Carlos Minc

♦ Poluição sonora, uma guerra diária 13



Pesquisa Mundial de Saúde 2003

♦ O Brasil em números 14

♦ Avanço na avaliação dos sistemas de saúde 33

Serviço

34

Pós-Tudo

♦ Desafio à saúde pública 19

Capa Aristides Dutra, sobre fotos das equipes de entrevistadores da Pesquisa Mundial de Saúde 2003

Ilustrações Aristides Dutra e Hélio Nogueira
Agradecimentos a Wagner Vasconcelos

CARTUM



CARTAS

SUS, MARCA A VALORIZAR

Sou farmacêutico-bioquímico, sanitista atuando desde 1971 no Lacer/SC, e recebo a *Radis* já há alguns anos. Gostaria de parabenizar e agradecer pela oportunidade que tenho em receber este poderoso instrumento de comunicação na área da saúde.

Ao mesmo tempo gostaria de pedir uma reportagem sobre o marketing da marca SUS.



É impressionante como nossas instituições de saúde reagem à presença do logotipo do SUS na mídia em geral. É uma verdadeira contra-informação. Temos aqui um hospital chamado "dos Servidores", que ostenta em sua emergência uma elegante logomarca da Unimed (nada contra); porém, nada revela ao público que ali existe uma unidade hospitalar do SUS. A logomarca é a porta de entrada de qualquer proposta de serviço à comunidade.

O SUS é fruto do maior movimento social na área da saúde no Brasil nos últimos 100 anos. Em 1991, o MS produziu um documento chamado "ABC do SUS – Comunicação visual: instruções básicas". Lá tem tudo sobre o assunto a



que me refiro (tenho uma cópia). Numa consulta feita à biblioteca do MS nos foi dito que lá há somente um exemplar para consulta. Depois de muita dificuldade conseguimos instalar o totem do SUS à porta de nosso laboratório.

♦ Rudi Pereira Lopes, Florianópolis, SC

SAÚDE BUCAL É VITAL

Trabalho na saúde pública como cirurgião-dentista. Gostei muito do conteúdo da revista, pela qualidade. Gostaria de ver matéria sobre a importância, a luta e a interiorização da saúde bucal.

♦ A. J. L. Teixeira, Benedito Novo, SC

ACESSO ÀS EDIÇÕES

Estudo Medicina na Universidade Estadual de Santa Cruz (BA). Conheci a revista há um ano, e me interessei muito pelas matérias relativas à saúde coletiva e às políticas de saúde. No en-

tanto, tenho certa dificuldade de acesso às edições, e solicito informações sobre como me tomar um assinante da *Radis*.

♦ Hélio Lage Costa, Ilhéus, BA

♦ Para receber a revista, basta enviar e-mail ou carta com nome e endereço, sem esquecer do CEP.

REFERÊNCIA EM DISCUSSÕES

A *Radis* tem sido um importante instrumento de divulgação e controle social das ações desenvolvidas no setor saúde. Nós, trabalhadores e usuários do SUS, agradecemos a dedicação, o empenho e a transparência nos artigos e comentários. Vocês se tornaram referência nas discussões de grupos em trabalhos de análise de práticas no SUS.

♦ Manoel Henrique de Miranda Pereira, Olinda, PE

RADIS SOCIALIZADA

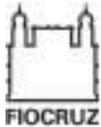
Tenho 47 anos e sou servidora pública federal há muitos anos, trabalhando atualmente na Universidade Federal de Pernambuco, no Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (Nusp) do Hospital das Clínicas, onde conheci a *Radis*. Quando consigo gosto de ler as matérias, que para mim são esclarecedoras, como a reportagem "Invisibilidade, a maior das dores", de Katia Machado e Marinilda Carvalho. Que adorei!

Sou recepcionista e telefonista, e não consigo acompanhar tudo. Não posso levar a revista para ler em casa, pois ela vai para a biblioteca. Fico triste, já que, como muitos brasileiros, eu e minha família somos usuários do SUS, e gostamos de estar por dentro de tudo o que acontece no campo da saúde.

Por isso, solicito a assinatura da revista, para saber mais sobre o SUS e socializar as informações com minha família (marido e cinco filhos, entre eles um doente com problemas neurológicos) e amigas do bairro.

♦ Margarida dos Santos, Recife

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

Reportagem Jesuan Xavier (subeditor), Katia Machado e Wagner Vasconcelos

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
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

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

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

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-

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

SÚMULA

COMISSÃO NACIONAL DE BIOÉTICA EM ESTUDOS

O Ministério da Saúde instalou no dia 25/5 grupo de trabalho para a criação da Comissão Nacional de Bioética, e terá 180 dias para avaliar comissões de outros países e propor um modelo de atuação para o Brasil. Essas comissões congregam equipes multidisciplinares que examinam questões éticas e morais no vasto campo das ciências da vida, formulando pareceres para subsidiar ações de governo ou fundamentar decisões do Judiciário em dilemas éticos.

Os participantes são: Ennio Candotti, presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Eduardo Moacyr Krieger, presidente da Academia Brasileira de Ciência, Volnei Garrafa, presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Moisés Goldbaum, presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Gabriel Oselka e Fermin Roland Schramm, da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Raquel Elias Dodge, do Ministério Público Federal, Ana Lúcia Delgado Assad, do Ministério da Ciência e Tecnologia, Marcilândia de Fátima Araújo, do Ministério da Justiça, Rubens Onofre Nodari, do Ministério do Meio Ambiente, e Reinaldo Guimarães, coordenador do grupo e diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

CIENTISTAS PEDEM PROJETO "ENXUTO" SOBRE PESQUISAS

A Comissão de Seguridade Social e Família promoveu no dia 3 de junho audiência pública para debater o Projeto de Lei 2.473/03, do deputado Colbert Martins (PPS-BA), que estabelece limites para as pesquisas e cria um comitê de ética para julgar os procedimentos dos pesquisadores, informou o boletim de 4/6 da Agência Câmara (www.camara.gov.br/internet/agenzia/default.asp).

O presidente da SBPC, Ennio Candotti, sugeriu que o projeto seja, inicialmente, reduzido a poucos artigos que garantam os direitos e a dignidade dos pacientes, enquanto uma

discussão mais aprofundada seja realizada, e lembrou a necessidade de uma formação humanista mais ampla nos cursos das áreas médicas, que preparem os estudantes para as questões éticas que surgem no processo de pesquisa e no exercício da medicina, destacou o Jornal da Ciência, da SBPC (www.jornaldaciencia.org.br/index2.jsp).

Fátima Oliveira, diretora da Sociedade Brasileira de Bioética, pediu que o projeto seja flexível o suficiente para "abarcas as transformações dos limites morais da sociedade". Na opinião de Fátima, a lei deve ordenar o essencial. "O projeto não pode ser um exercício de futurologia sem bases materiais. Deve ser enxuto, para evitar engessamentos no futuro", ponderou.

Para William Saad, presidente da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, nem haveria necessidade de um projeto de lei, pois a própria comissão já postulou normas sobre pesquisas com seres humanos e bioética. Mas o relator, deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), argumentou que muitas pesquisas, principalmente com seres humanos, nem passam pelos comitês regionais de ética, muito menos pela comissão nacional. Para o deputado, o projeto transformaria as pesquisas sem registro em atividades ilegais.

Guerra defende a regulamentação e acha que um projeto como esse não deve apenas ser aprovado pela maioria, mas por consenso de todos os envolvidos. O projeto deverá ser apreciado pelas comissões de Ciência e Tecnologia e de Constituição e Justiça. Só depois vai a plenário.

Pelo projeto, serão consideradas crime as seguintes condutas:

- ♦ Expor a vida ou a saúde do sujeito da pesquisa a perigo direto ou iminente diverso dos riscos previsíveis da pesquisa. A pena será detenção de seis meses a três anos, se o fato não se constituir em crime mais grave.
- ♦ Realizar pesquisa sem o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa ou de seu representante legal. A pena será de quatro a seis anos de reclusão.
- ♦ Deixar de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que contribuam para a melhoria das condições de saúde da coletividade. A pena será reclusão de um a quatro anos, além de multa.

RISCOS NA PROPAGANDA DE REMÉDIOS



A tese de doutorado da pesquisadora Rita de Cássia Patula Alves Vieira, do Instituto de Medicina Social da Uerj, mostra que a maioria dos médicos confia nas informações contidas na publicidade dos remédios, podendo desconhecer as características da fórmula. Rita investigou como anda a publicidade dos medicamentos dirigida a médicos, e percebeu que o problema vai além da infração à legislação vigente.

Professora de Toxicologia da Faculdade de Farmácia da UFJF, Rita analisou 100 peças de propaganda coletadas, entre outubro de 2002 e junho de 2003, em consultórios de nove especialidades médicas na cidade de Juiz de Fora (MG). Os textos foram confrontados com a Resolução 102 da Anvisa, para observar se cumpriam a legislação. "Teoricamente, todo fármaco que chega ao mercado deveria estar registrado no Ministério da Saúde, além de ter provadas as características que informa", disse em 21 de maio a pesquisadora à Agência Uerj de Notícias Científicas. Mas 11,5% dos remédios propagandeados não tinham registro na Anvisa.

Além disso, as referências bibliográficas, a grande maioria em inglês, eram mal-indicadas, mal traduzidas ou nem existiam. Num dos casos mais abusivos a referência dizia "Dados do laboratório", contou

Rita. "Será que o médico brasileiro, que trabalha em três ou quatro locais diferentes, tem tempo de procurar referências na internet? Será que socialmente temos condições de exigir que ele tenha conhecimento de inglês suficiente para ler um artigo científico?", questionou. Rita citou pesquisa veiculada na TV aberta segundo a qual 47% dos médicos confessaram atualizar-se em farmacologia apenas pelos boletins da indústria. "Por isso, não se pode admitir que as informações não sejam exatas", disse. Para ela, é preciso conscientizar os futuros profissionais sobre o risco da informação contida na publicidade: se a classe médica não imagina que possa receber dados inverídicos da indústria, a indústria, muitas vezes, confunde especulação com fato.

Rita propõe como alternativa a criação de um boletim informativo independente, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e a reformulação do modelo regulatório atual. "Alguns itens estão hoje obscurecidos por uma linguagem legal que dá margem a diversas interpretações quanto ao teor da publicidade."

PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA 57ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE

A 57ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, entre os dias 17 e 22 de maio, em Genebra (Suíça), traduziu a preocupação dos 192 países-membros sobre o tema regime alimentar e ações contra a obesidade. O ministro da Saúde, Humberto Costa, compareceu, e reafirmou a necessidade de medidas preventivas e de redução da obesidade.

O ministro anunciou que pretende adotar uma política integral de atenção ao obeso e de prevenção à obesidade, incluindo atividades físicas e orientação alimentar. Sobre diabetes e hipertensão, duas outras preocupações postas nas mesas de debate da Assembléia, o governo brasileiro anunciou que pretende assumir, ainda este ano, a aquisição e a distribuição gratuita de remédios para 100% dos diabéticos e hipertensos registrados no SUS. Hoje, os gastos são divididos entre União, estados e municípios. Além disso, segundo o ministro, o governo vai subsidiar estes remédios para que sejam vendidos a preços mais baixos nas farmácias comerciais aos pacientes que não usam o SUS.

Essas iniciativas, segundo o ministro, visam reforçar o combate às

doenças não-transmissíveis, que vêm ganhando espaço crescente nos índices de morbidade e nos custos sociais e econômicos do sistema de saúde. "Diabetes, hipertensão arterial e câncer têm pesado cada vez mais nos gastos dos governos, pois demandam internações prolongadas e novos medicamentos, de preços altos", afirmou Humberto Costa.

O governo brasileiro contribuiu com algumas recomendações ao texto do documento final da Assembléia. Entre elas, a de que sejam respeitados os limites apropriados de ingestão de gorduras totais, reduzindo o consumo de gorduras saturadas e aumentando o de insaturadas; de que sejam seguidos os limites indicados para consumo de calorias com baixos teores de açúcares; e de que se diminua o consumo de sal e se assegure o acréscimo de iodo ao sal de cozinha.

VITÓRIA PRÓ-ABORTO NOS EUA

No dia 25 de maio, uma juíza federal de São Francisco, na Califórnia (Estados Unidos), declarou inconstitucional a lei que proíbe o chamado aborto tardio, vetada duas vezes pelo ex-presidente Bill Clinton e sancionada pelo presidente George W. Bush em novembro de 2003. Segundo a juíza Phyllis J. Hamilton, a lei limita o direito de escolha da mulher, e não poderá ser aplicada contra a Federação de Paternidade Planejada dos Estados Unidos (PPFA, sigla em inglês), um grupo de planejamento familiar. Em suas clínicas é realizada mais da metade dos abortos do país. "Uma decisão médica deve ser tomada por um médico, e não por um político", disse a presidenta da PPFA, Mary-Jane Wagle, após a vitória no tribunal.

A lei proíbe o aborto após 12 semanas de gravidez porque, segundo o Departamento de Justiça dos EUA, representa "uma forma terrível de violência contra crianças prestes a nascer". Para os grupos pró-aborto, a saúde da mãe é mais importante, e o governo estaria transferindo o foco do debate dos direitos de escolha da mulher para os direitos do feto. Para os advogados pró-aborto, esta lei, que pode render até dois anos de prisão, seria o primeiro passo do governo Bush para proibir completamente qualquer tipo de aborto.

A decisão da juíza pode abrir precedente para que outros tribunais federais declarem a proibição inconstitucional. Juízes de Nova

York e Nebraska determinaram mudanças na lei, mas o texto permaneceu o mesmo.

REFORMULAÇÃO DO CONSEA



O novo presidente do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), Francisco Menezes, anunciou que deverão ser cumpridas em curto prazo algumas das 160 ações estratégicas definidas na 2ª Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em março deste ano em Olinda (PE). Entre elas, a definição de um novo plano de safra da agricultura familiar e dos assentamentos da reforma agrária, e a criação de condições para que o mercado atenda às 6 milhões de famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família, do governo federal.

Reativado em 2003 pelo governo Lula, o Consea deu início a sua fase de reformulação a partir das diretrizes da conferência. Em médio prazo, o Consea quer ampliar o sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para que possa avaliar sistematicamente a situação de segurança alimentar e nutricional da população brasileira, em todas as unidades de saúde do país. Segundo ele, hoje esse sistema abrange apenas as crianças de 0 a 5 anos, as grávidas e as nutrizes. Paralelamente à ampliação e à reformulação do sistema, o Consea tem como prioridade a criação de um sistema de acompanhamento sistemático dos programas de Segurança Alimentar e Nutricional hoje executados.

Isso significa, segundo Francisco Menezes — diretor do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, o Ibase, fundado pelo sociólogo Betinho — trabalhar por uma Lei Ordinária da Segurança Alimentar e Nutricional. O Consea ainda defende a regularização das terras indígenas e quilombolas, para que essas populações tenham condições próprias de sobrevivência. Para ele,

é preciso também criar medidas políticas de apoio a essas comunidades.

“Não basta combater a fome, é preciso garantir e assegurar o combate à fome e que a alimentação daqueles que se alimentam precariamente seja bastante melhorada”, disse Francisco ao informativo do Ibase.

FISCALIZAÇÃO PARA OS FITOTERÁPICOS



A Comissão de Legislação Participativa (CLP) da Câmara dos Deputados aprovou sugestão para o registro prévio na Anvisa de produtos feitos com plantas. A proposta regulamenta a fiscalização dos fitoterápicos, lista irregularidades e infrações a que estão expostos fabricantes e comerciantes e normatiza o controle de qualidade. A sugestão, originária da Associação Brasileira da Indústria Fitoterápica, foi transformada em projeto de lei (3.381/04) e será encaminhada às comissões pertinentes.

A CLP, um órgão permanente, tem por finalidade receber sugestões da sociedade civil organizada. “Considero que a Comissão de Legislação Participativa é, hoje, um dos mais importantes instrumentos de participação popular no processo legislativo brasileiro”, disse à Radis o presidente da CLP, deputado André de Paula (PFL-PE). Segundo ele, a experiência é nova, mas está consolidada na Câmara. “O mecanismo é irreversível e está à disposição de toda a sociedade civil organizada”. ■

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



BRASIL NA OMS — Após um ano de ausência, o Brasil volta ao Conselho Executivo da OMS, composto por 32 países. Para o triênio 2004-2007 assumiram, além do Brasil, Bolívia e Jamaica, em lugar de Cuba, Granada e Colômbia. Para a vaga já ocupada por João Yunes e Sergio Arouca, o ministro da Saúde indicou o sanitário Jorge Bermudez, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz.

BEM LEMBRADO — Ponto para o canal de notícias Globo News, que destacou, ao fim da matéria sobre o lançamento da Farmácia Popular em quatro estados: “A Farmácia Popular não vai substituir os postos de saúde do SUS, nos quais os remédios são distribuídos gratuitamente.” E nem pode, decidiram os delegados à 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em 2003.

PUBLICIDADE INFANTIL — Os legisladores finalmente se debruçam sobre a publicidade para crianças, que no Brasil pratica barbaridades. A Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados vem discutindo com especialistas a possível proibição da propaganda de produtos infantis, já banida, por exemplo, na Suécia e no Canadá (Quebec). A iniciativa é da deputada Maria do Carmo Lara (PT-MG), relatora do Projeto de Lei 5.921/01, que trata disso. Seu autor, Luiz Carlos Hauly (PSDB-PR), considera a publicidade infantil “poderosa, permissiva e perigosa”, e lembra que países desenvolvidos controlam rigorosamente a propaganda dirigida à criança. A França é um exemplo. Portugal, Irlanda e Itália vêm debatendo restrições rígidas.

A OMS lançou em 2002 sua Estratégia Global sobre Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde, endossada em maio pela Assembleia Mundial de Saúde. Um trecho do documento final diz: “A publicidade de produtos alimentícios influi na escolha dos ali-

mentos e nos hábitos alimentares. Os anúncios desses produtos e de bebidas não devem explorar a falta de experiência e a credulidade das crianças.” A intenção da OMS era relacionar a publicidade à crescente obesidade infantil, mas a grita da indústria a fez recuar. Vale acompanhar como nosso Congresso se comporta.

CHUTE, CHUTE, CHUTE — Sabem aquela assustadora manchete da *Folha de S. Paulo* do dia 11/6, “Brasil tem meio milhão de crianças escravizadas”? Chute, revelou o colunista André Petry, na *Veja* de 16/6. A notícia, baseada em relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), dizia que o Brasil tem 559 mil crianças trabalhando como empregadas domésticas. Petry consultou a versão em inglês do relatório, de 121 páginas, e constatou que não há uma palavra sobre sua metodologia, informa-se apenas que o número foi retirado de um estudo anterior do Unicef, onde se lê que “22% das crianças que trabalham no Brasil estão no serviço doméstico”. E de onde o Unicef tirou isso? De um estudo anterior da OIT... “Bacana, não?”, ironizou Petry.

NOVA DATA — A 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi adiada para 25-28 de julho. Também mudou de data a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: 29-7/1º-8. As duas em Brasília, na Academia de Tênis.

SUS VERDE — A convite do Ministério da Saúde, a oficina “Amazônia Legal, construindo uma base macrorregional para um investimento integrado e sustentado”, debateu em junho, em Brasília, entre outros problemas a dificuldade para atrair e firmar profissionais na região. “A Amazônia carece de recursos humanos”, reclamou Milton Moreira, secretário de Saúde de Rondônia. Alex Fiúza, reitor da Universidade Federal do Pará, concorda em que o desenvolvimento depensa de profissionais, mas acha que não é preciso importá-los: “Assim como os naturais, os recursos humanos estão na região, só que nunca houve investimento em sua formação.” ■

TRANSPLANTES

Não falta órgão, falta é eficiência

Jesuan Xavier

Ao contrário do que tanto se alardeia, não faltam órgãos e doadores para transplantes no Brasil. É a opinião do deputado Neucimar Fraga (PL-ES), presidente da CPI do Tráfico de Órgãos, que foi instalada na Câmara dos Deputados em abril e iniciou os trabalhos um mês depois. "O problema é mesmo de eficiência do sistema", já constatou ele. A CPI investiga o tráfico de órgãos humanos no país e tem dado oportunidade para uma discussão mais ampla sobre o assunto: a reestruturação de todo o sistema de transplantes.

O presidente da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), Walter Antônio Pereira, em entrevista à Radis, acrescenta que contribui para as dificuldades a fraca presença de centros especializados em transplantes, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. "A distribuição de profissionais e centros capacitados para os procedimentos é muito desigual, está tudo concentrado no Sul e Sudeste", comenta.

Estão na fila à espera de um transplante 58 mil pessoas. Dessas, a maioria (cerca de 30 mil) aguarda por um rim; outras 22 mil esperam a doação de córneas – 5 mil, de fígado, 351, rim/pâncreas, 235, coração, 178, pâncreas e 94, pulmão. "Às vezes, a dificuldade é a ausência de um profissional capacitado para a realização do transplante", concorda o ministro da Saúde, Humberto Costa.

Em depoimento à CPI, o coordenador do Sistema Nacional de Transplantes, Roberto Schindwein, confirmou a falta de estrutura para captação. Segundo ele, apenas 25% dos possíveis doadores no ano passado efetivamente conseguiram doar seus órgãos. Para o relator da CPI, deputado Pedro Ribeiro (PMDB-CE), os doadores em potencial, muitas vezes, não são identificados a tempo.

Walter Pereira diz que já existe um projeto, em conjunto com o Ministério da Saúde, para a formação de pessoal nas áreas desprovidas. "Boa vontade existe, mas tudo depende da liberação de verba". Atualmente, a rede pública de saúde conta com 1.094 equipes médicas e 477 unidades credenciadas para a

realização de transplantes. "Esperamos capacitar, até o fim do ano, mais 600 profissionais", frisa o dirigente da ABTO.

NÚMEROS POSITIVOS

O Brasil é hoje o segundo país no mundo em número absoluto de transplantes de órgãos e tecidos – só perde para os Estados Unidos. No ano passado, foram realizados 8.544 procedimentos desse tipo no país. O sistema brasileiro de transplantes apresenta crescimento constante desde 2001. "Só o de fígado, por exemplo, cresce em média 30% anualmente", diz o presidente da ABTO.

Passada a polêmica do fim de 2003 (ver box), que culminou com o pedido de demissão de Daniel Tabak, presidente do Centro de Transplantes de Medula Óssea (Cemo), no Rio, o governo retomou com força total a política nacional para ampliar as doações: apenas no primeiro bimestre de 2004 foram feitas 1.835 cirurgias na rede pública – 44,03% a mais do que o registrado em igual período do ano passado. "Sabemos que ainda há problemas, mas a situação hoje é muito promissora", avalia Antônio Pereira.

O RADIS ADVERTE

Ser doador de medula óssea faz bem à saúde do espírito, por estimular o sentimento de solidariedade, e também ao Registro Nacional de Doadores. Com 65 mil cadastros, dos quais 96%

provêm do Sul/Sudeste do Brasil, o Registro sente falta de doadores das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Fiocruz, Marinha Brasileira e Câmara dos Deputados aderiram à campanha de doações lançada no Rio de Janeiro pelo Instituto Nacional do Câncer e o Hemório em 18 de junho. A meta é conseguir 500 mil doadores.



META É ZERAR FILA DE CÔRNEAS

De acordo com previsão do governo, serão investidos ainda em 2004 cerca de R\$ 400 milhões para a realização de transplantes de órgãos e tecidos – valor 16,61% acima do gasto no ano passado (R\$ 343 milhões). A meta do governo é zerar, até 2007, a fila por uma córnea. Segundo informações do Ministério da Saúde, a captação desse órgão é mais fácil, pois existe a possibilidade de aproveitá-lo até seis horas após a morte do paciente – tempo longo demais para o transplante de outros órgãos.

Em relação à demanda por rim, coração, pulmão, pâncreas e fígado, o projeto é reduzir a fila em até 12%. “Até 2006, minha expectativa é que possamos ter no Brasil inteiro uma estrutura de captação, doação e realização de transplantes”, diz o ministro.

Segundo o diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Arthur Chioro, a diminuição das filas também depende muito da conscientização da população. “Este desempenho (o recorde registrado no bimestre) tem sido possível graças à sociedade, sobretudo à atuação dos profissionais da rede hospitalar, que vêm realizando trabalho de convencimento de famílias e pacientes com morte cerebral ou mesmo corporal, em favor da doação”.

Para aumentar ainda mais o nível dessa conscientização, o Ministério da Saúde promoveu, desde o fim do ano passado, intensa campanha pu-

blicitária. Com a participação de personalidades públicas, como o ator Norton Nascimento e o jogador de futebol Narciso, o trabalho na mídia tem gerado bons resultados. Segundo dados do governo, a média de ligações por mês para o Disque-Saúde, referentes a transplantes, saltou de 80 para 3 mil. O presidente da ABTO ressalta ainda a participação positiva, nessas campanhas, de organizações não-governamentais, como a Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (Adote).

ABTO NEGA TRÁFICO

Além do desrespeito à fila, a CPI investiga acusações contra médicos que estariam acelerando a morte de pacientes (para a retirada de órgãos) e o tráfico internacional – que chega a vender rins por até US\$ 40 mil. “Acho que toda a investigação, desde que bem conduzida, é boa. Dá transparência. Não vejo problema algum em se ter uma CPI para apurar

denúncias”, diz Walter Pereira.

Ele afirma, no entanto, que no Brasil não existe comprovação de tráfico de órgãos. “Tivemos problema no Nordeste, mas restrito a um pequeno grupo”, diz. “De qualquer forma, aconteceu ali um aliciamento para comercialização no exterior, não era para venda aqui”. A quadrilha que foi desmantelada em Pernambuco reunia 11 pessoas, sendo dois israelenses. Todas acabaram presas. “O importante é coibir com rigor esse tipo de prática, e nesse episódio o governo agiu rápido”.

Walter Pereira lembra que a legislação brasileira que trata do assunto é bem rígida. “Talvez, no mundo, seja a mais abrangente”. Em muitos casos, conta, chega até a ser criticada. “Pela falta de flexibilização, o que às vezes dificulta todo o processo de transplantes”. No Brasil, mesmo que o cidadão se declare doador, seus órgãos e tecidos só podem ser transplantados se a família permitir. ■

Escândalo em cadeia nacional



Numa reunião interna em fins do ano passado no Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio, o oncologista Daniel Tabak, então presidente do Cemo, reclamou que vinha sofrendo pressão externa para favorecer determinados pa-

cientes na fila dos transplantes. Pouco tempo depois, ele anunciava publicamente seu desligamento do cargo.

Em entrevista ao *Pasquim*, em fevereiro, o ministro Humberto Costa não poupou críticas a Daniel Tabak e sua conduta à frente do Cemo.

— É um cara altamente capacitado, desempenhou um papel importante na ampliação do transplante de medula óssea no Brasil, mas tinha um controle absoluto de todo o sistema. Era três coisas ao mesmo tempo: prestador do sistema público, com o hospital que fazia o transplante; quem definia a política nacional de transplantes, dizendo quantos hospitais faziam o transplante de medula e quantos e quais laboratórios faziam o exame; e era quem con-

trolava a relação de pessoas que aguardavam uma busca internacional. Não tinha orçamento, não tinha planejamento, a fila era de 600 e ele dizia que era de 2 mil e tantos, era uma caixa-preta. Quando tivemos acesso à lista, vimos que uns 500 tinham morrido, outro tanto era de estrangeiros que pediam informações aqui.

Ao se afastar do Cemo, Tabak fez duas denúncias de favorecimento por pressão política. Uma delas, para o atendimento de um paciente de Araraquara, a pedido do vice-presidente da República, José Alencar. O outro caso, de um menino do Recife, atingia o próprio ministro Humberto Costa. Segundo a denúncia, o avô do garoto teria pedido que o Ministério da Saúde agilizasse uma autorização para a operação. “Os trâmites não foram respeitados”, declarou Tabak.

O escândalo, que ainda vem sendo investigado pela CPI do Tráfico de Órgãos, resultou na demissão de Diogo Mendes, então coordenador do Sistema Nacional de Transplantes, e de Iracema Salatiel, do Inca. ■

10 ANOS DO PSF

Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS



Katia Machado

Uma pausa para celebrar os 10 anos do Programa Saúde da Família (PSF) e para fazer um balanço das conquistas. Foi com esse espírito que mais de 3 mil pessoas – entre técnicos, profissionais de saúde e gestores do SUS – participaram da 2ª Mostra Nacional de Saúde da Família, em Brasília, entre os dias 1º e 3 de junho. Expectativas superadas: 1.600 trabalhos acadêmicos, entre pôsteres e painéis, possibilitaram o intercâmbio de experiências e o debate sobre os pontos críticos e os próximos desafios. Para o ministro da Saúde, Humberto Costa, presente à abertura, “essa é a prova de que o Saúde da Família se afirma como uma política de Estado, e não de governo”. Porque, segundo Humberto Costa, “foi uma estratégia que conseguiu atravessar os vários ministros que o país teve nesses anos, independentemente de partido político”.

Cientes de que o Saúde da Família vem se fortalecendo como ação organizadora da Atenção Básica de Saúde e como porta de entrada do SUS em muitos municípios, profissionais e pesquisadores da área defendem que o “P” de programa deveria ser trocado por “E” de estratégia. Afinal, a palavra programa pressupõe algo que tem início, meio e fim. “E o

Saúde da Família, ao contrário, cresce a cada ano e agrega cada vez mais atores”, disse Afra Suassuna, diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ao falar sobre as perspectivas do Saúde da Família para a gestão do SUS.

Emocionada pelo empenho de todos os profissionais, Afra informou o quanto essa estratégia avançou nos últimos anos: “De dezembro de 2002 a abril de 2004, o SF cresceu 66%”. A prova desse crescimento está nos números apresentados pelo Departamento de Atenção Básica: em 2000, foram implantadas 8.604 equipes de Saúde da Família; em 2001, esse número saltou para 13.168; em 2002, para 16.698; em 2003, para 18.016. Agregaram-se também as equipes de Saúde Bucal que, de 2001 a 2003, foram ampliadas de 1.457 para 4.820. “Hoje, são 19.943 equipes atuando em 4.565 municípios, mais de 188 mil agentes comunitários de saúde presentes em 5.175 municípios e mais 7.131 equipes de saúde bucal implantadas em 2.944 municípios (até abril de 2004)”, acrescentou Afra.

Traduzindo esses números em cobertura da população, Afra disse que atualmente o Saúde da Família atinge quase 60 milhões de pessoas, ou seja, 37,7% da população brasileira. “É pouco”, para Humberto Costa. “A meta do Ministério da Saúde é dobrar em 4 anos de governo o número de equi-

pes, especialmente nos municípios de grande porte, alcançando assim 100 milhões de brasileiros”.

Para tanto, torna-se fundamental ampliar gradativamente os incentivos financeiros destinados às equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, que para o ministro são “a ponta de lança dessa estratégia”. Segundo Afra, estão previstos para 2004 pouco mais de R\$ 2 bilhões, que formam o Plano de Atenção Básica (PAB). “Em 2003, a verba foi de R\$ 1,680 bilhão. Desse valor, municípios executaram um pouco mais de R\$ 1,655 bilhão, o que representou 98,5% do dinheiro disponível”, esclareceu.

Para fortalecer o programa em municípios de grande porte, o governo criou em 2003 o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) – que propõe mudanças na dinâmica do programa, com mais recursos para novas equipes e unidades básicas de saúde, integração dos níveis de média e alta complexidade da atenção à saúde e o aperfeiçoamento de mecanismos de gestão. O Proesf está em plena execução, garantiu: “Já distribuiu na primeira fase cerca de R\$ 20 milhões entre municípios acima de 100 mil habitantes”. “Pretende ainda”, disse Humberto Costa, “distribuir mais de R\$ 500 milhões ao longo de seis anos para garantir equipes de Saúde da Família em todo o país”.

Foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um acréscimo de 50% dos incentivos destinados às equipes para municípios com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) menor ou igual a 0,7 e até 50 mil habitantes localizados na região da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais municípios. "O mesmo acontece com as equipes que atuam em assentamentos e quilombolas", informou Afra.

OS NÓS CRÍTICOS

Como numa grande reunião de trabalho, os participantes da mostra constataram que há muitos nós a serem desatados e arestas a serem aparadas para uma execução plena, eficiente e eficaz do SF. Dois pontos críticos foram destacados: primeiro, os recursos humanos, com a "desprecarização" do trabalho e a formação profissional adequada ao PSF; depois, a avaliação e o monitoramento, que precisam ser institucionalizados. Eronildo Felisberto, coordenador de acompanhamento e avaliação do Departamento de Atenção Básica do MS, alertou: "Ainda não temos avaliação como instrumento efetivo". Ele destacou os seguintes componentes para a construção de uma política de institucionalização da avaliação: estudos e pesquisas; integração e articulação intra e intersectorial; democratização da informação; descentralização do monitoramento e da avaliação; co-opsção técnica de estados e municípios e avaliação processual.

No que tange à formação profissional, gestores e trabalhadores de-

fendem a ampliação e a legalização da residência em Saúde da Família, lembrando que todo profissional deve ser formado tendo como base o cuidado, o acolhimento e o vínculo com a família e a comunidade na qual atua. Na opinião de Odorico Monteiro de Andrade, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o modelo ideal de residência em Saúde da Família é aquele em que a unidade de saúde e a comunidade se transformam em *locus* para a formação profissional. "Mestres e profissionais da área que auxiliam na orientação dos residentes, conhecidos como preceptores, deslocam-se para o local de trabalho dos residentes, onde estão de fato os problemas de saúde do cotidiano". Segundo Odorico, é preciso acabar com a idéia de que o aprendiz de feiteiro, ou seja, o médico-residente, depois de aprender com seu mestre, saia dali e monte sua própria tenda. Ele precisa circular entre as várias áreas do conhecimento.

Quanto à precarização do trabalho, um grupo marcou presença. Vestidos com blusa e boné que mostram o estado de origem e levantando faixas, agentes comunitários de Saúde reuniram-se em massa para discutir com deputados federais projetos de emenda constitucional em tramitação no Congresso para regulamentação dos vínculos de trabalho. Jorge Paiva, da Secretaria de Gestão

do Trabalho e Educação na Saúde do MS, informou que o tema, como também as formas de vínculo profissional dos trabalhadores da saúde, vem sendo discutido pelo grupo de trabalho instituído pelo MS e já levado à Casa Civil do governo.

DESATANDO O NÓ

Alguns desafios a superar: a revisão da Portaria nº 1.886/97, sobre as normas e diretrizes do PSF; estabelecer financiamentos adequados, como o Proesf, de forma a garantir equidade em saúde; ampliar a Saúde Bucal e criar equipes matriciais de apoio, com inclusão de outros profissionais, como nutricionistas e ginecologistas; resolver os problemas de vínculo dos profissionais; promover a capacitação e a educação permanente; enfrentar as diferenças regionais; fazer com que a atenção à saúde tenha maior resolutividade, integralidade e continuidade de ação; e definir formas de monitoramento e avaliação das ações em saúde.

Para Jurandir Frutuoso, secretário estadual de Saúde do Ceará, desatar alguns nós significa, também, "suprir a insuficiência de médicos para o Saúde da Família, melhorar a infra-estrutura de Unidades Básicas de Saúde, redefinir a dinâmica do trabalho das Equipes de Saúde da Família com base nas competências de cada categoria profissional envolvida e investir na melhoria das condições de trabalho".



Principais momentos do Programa Saúde da Família

Fim da década de 80 – Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde no MS.

1991 – Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

1994 – Criação do PSF.

1996 – Legalização da Norma Operacional Básica para definição de um novo modelo de financiamento da atenção básica à saúde.

1997 – Lançamento do Reforsus, para financiamento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família.

1998 – O PSF vira estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos

financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao Pacs, saindo do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

1999 – Realização do 1º Pacto de Atenção Básica; edição da Portaria nº 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

2000 – Criação, no MS, do Departamento de Atenção Básica, para consolidar a Estratégia de Saúde da Família.

2001 – Edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas/01, com ênfase na qualificação da atenção básica; incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo

"Monitoramento das Equipes de Saúde da Família no Brasil".

2002 – Evento "PSF, a saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros"; segunda fase do estudo "Monitoramento das Equipes de Saúde da Família no Brasil".

2003 – Início do Proesf, para ampliar o programa em municípios de mais de 100 mil habitantes; e publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fonte: DAB/SAS/MS

A íntegra dos principais momentos do PSF está no endereço da web www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/23-web-01.html

Malária ainda assusta no Brasil

Wagner Vasconcelos

Os avanços científicos ainda não foram capazes de debelar da saúde pública nacional males que há tempos já poderiam estar erradicados. Entre eles, a malária, com 500 mil novos casos anuais no Brasil, segundo dados da Fundação Nacional da Saúde (Funasa). E que, ao contrário do que se imagina, também provoca mortes fora das chamadas regiões endêmicas. O paradoxo é explicado por um aspecto preocupante para quem lida com saúde: a falta de informação até entre os profissionais.

Pessoas que viajam à área endêmica (que engloba os estados da Região Norte mais o norte do estado de Mato Grosso) podem contrair o plasmódio da malária e, ao voltar às suas cidades, desenvolver a doença. O problema é que, por ignorarem o histórico do doente, muitos médicos acabam confundindo os sintomas da malária com os de outras doenças, formando um diagnóstico equivocado, que pode agravar o estado de saúde do paciente.

Dos novos casos anuais, de 100 a 120 redundam em óbitos, que certamente poderiam ser evitados se os devidos cuidados fossem tomados. "Pouco se morre de malária nas regiões endêmicas, pois a população dessas áreas já pede para fazer exames que detectam a doença assim que sente os primeiros sintomas", diz o microbiologista Pedro Paulo Ribeiro Vieira, pesquisador da Fundação de Medicina Tropical da Amazônia. Por isso, explica, é importante que as pessoas avisem aos médicos que estiveram em locais onde o risco de contrair malária é maior. Dessa forma, podem receber o tratamento adequado.

Para o sanitarista Wanir Barroso, especialista em epidemiologia e controle de endemias pela Fiocruz, "o risco de reintrodução da doença em várias partes do Brasil é permanente, porque são permanentes a migração de pessoas com malária de outras regiões e a existência dos mosquitos transmissores".



O maior risco de morte por malária no Brasil ocorre exatamente fora das regiões endêmicas

UM CONTROLE CEGO

Os especialistas estimam que, em terras brasileiras, 99% dos casos de malária estejam restritos ao norte do país, mas nem sempre foi assim. Em meados dos anos 60, a doença se manifestava de forma endêmica no município de Nova Iguaçu, no Estado do Rio, segundo Wanir Barroso. De acordo com ele, em 1965, foi registrado nesse município um total de 1.550 casos. "O Rio de Janeiro é hoje uma região de transmis-

são interrompida, isto é, houve o tratamento de todos os casos autóctones (contraídos e desenvolvidos numa mesma região), mas não houve a eliminação do mosquito transmissor".

O Brasil, que já esteve mais próximo de eliminar a malária, viveu, nos últimos anos, um retrocesso no combate à doença. "A endemicidade da malária foi quase controlada no ano de 1970, com pouco mais de 52 mil casos notificados. Nestas últimas três décadas, porém, o nível endêmico elevou-se de tal forma que se distanciou da possibilidade de um controle possível para aproximar-se de um controle cego, ou seja, não se tem noção do gigantismo da doença", analisa Wanir Barroso.

Para ele, o controle da malária passa por noções de conscientização da população. Entre elas, "aumentar o nível de informações sobre a doença, principalmente em clínicas particulares, entidades médicas, entre os viajantes, os médicos recém-formados, os estudantes de Medicina e também para a população exposta ao risco".

Como o plasmódio age no organismo

Almalária é uma doença que, anualmente, registra 500 milhões de novos casos no mundo, mata 3 milhões de pessoas e é encontrada sobretudo na África, no sudeste da Ásia e na América do Sul – mais precisamente na Amazônia Legal. Ela é provocada por protozoários denominados plasmódios, que são transmitidos ao homem a partir da picada do mosquito *anopheles*, infectado com esses protozoários. Os plasmódios chegam ao fígado do homem e lá se reproduzem rapidamente. Depois, espalham-se pela corrente sanguínea, continuam se reproduzindo e invadem e destroem as hemácias (células responsáveis pelo transporte de oxigênio a outras células do organismo).

No Brasil, os tipos de malária mais comuns são aqueles provocados pelos plasmódios *falciparum* e

vivax. O primeiro corresponde a cerca de 20% dos casos registrados, tem grande poder letal e manifesta-se de 8 a 12 dias após a contaminação. Já o plasmódio *vivax* é caracterizado por poder ser latente no organismo humano. O quadro sintomático chega a se manifestar até um ano depois de a pessoa ter sido infectada pelo protozoário.

Entre os sintomas da doença está a febre, muitas vezes associada a dores no corpo, dor de cabeça, vômitos, diarreia, dores abdominais, falta de apetite, tontura e sensação de cansaço. Evitar o contágio da doença é acrescentar algumas medidas aos hábitos cotidianos, como usar repelentes nas partes descobertas do corpo, dedetizar os locais onde se dorme e fazer uso de cortinados e telas impregnados de inseticida.

ENTREVISTA

Carlos Minc

Poluição sonora, uma guerra diária

Wagner Vasconcelos

Na Roma antiga, o toque das trombetas e o rufar dos tambores eram usados para incitar os guerreiros à luta. Ao mesmo tempo, um grupo especial de soldados era destacado exclusivamente para produzir ruídos capazes de amedrontar o inimigo. Hoje em dia, o barulho não é mais usado como arma de guerra, mas há uma guerra diária contra um inimigo comum que vem se mostrando invencível nos grandes centros urbanos: a poluição sonora.

Provocada por sinaleiras de garagem, buzinas, máquinas na pista, bailes funk, casas de shows, som alto nos carros, a poluição sonora é um tema que também incomoda o deputado estadual Carlos Minc, do PT do Estado do Rio, que em 8 de junho publicou o artigo "À beira de um ataque de nervos" no jornal *O Globo*. No texto, ele alertava para uma estatística da Organização Mundial de Saúde, que classifica Rio e São Paulo nas 7ª e 10ª posições, respectivamente, do ranking das 10 cidades mais barulhentas do mundo — liderado pela Cidade do México. Dados da OMS mostram que ruídos entre 76 e 85 decibéis já são capazes de provocar perturbação, interferindo em nossas atividades, no sono, no comportamento e, conseqüentemente, na saúde.

Uma pessoa submetida diariamente a ruídos superiores a 85 decibéis por oito horas apresentará, em dois anos, problemas auditivos. Outros sintomas: dores de cabeça, distúrbios gástricos, zumbido no ouvido, insônia, irritabilidade e tendência a comportamento agressivo. As crianças ficam dispersivas ou agitadas, e a dificuldade de aprendizado é maior.

No Rio de Janeiro, a Câmara Municipal aprovou, no dia 16 de junho, o Projeto de Lei do vereador Rodrigo Bethlem (PMDB), que extingue os sinais sonoros das garagens. Eles serão substituídos por placas e sinais luminosos. Animado com a aprovação, em maio passado, da Lei Estadual de Defesa da Saúde Auditiva da População, que pode servir de exemplo para outros estados, Minc falou do assunto à revista *Radis*.

O problema da poluição sonora não é novo. Por que não surtem efeito as ações para tentar solucionar a questão?

Num centro urbano, a poluição sonora será sempre um problema de difícil solução. Quanto mais cresce a cidade, mais cresce o problema. Por isso, é importante trabalharmos a questão dos valores individuais do cidadão. A ação mais importante para resolvermos a questão — ou pelo menos minorarmos o problema — é a educação ambiental, que preconiza mudanças de comportamento e de valores. Os valores individuais precisam incorporar a dimensão do outro cidadão. Precisamos, desde criança, aprender a respeitar os direitos individuais e coletivos.

Estamos chegando ao período eleitoral, ou seja, comícios e carros de som serão frequentes. Os políticos também causam poluição sonora?

Em alguns casos, sim. Daí a necessidade, por exemplo, de haver locais especiais para atividades políticas, como comícios. Um comício político na Cinelândia (centro do Rio), por exemplo, causará menos impacto sonoro do que nos bairros residenciais. Por isso, a necessidade de um planejamento cuidadoso sobre o assunto.

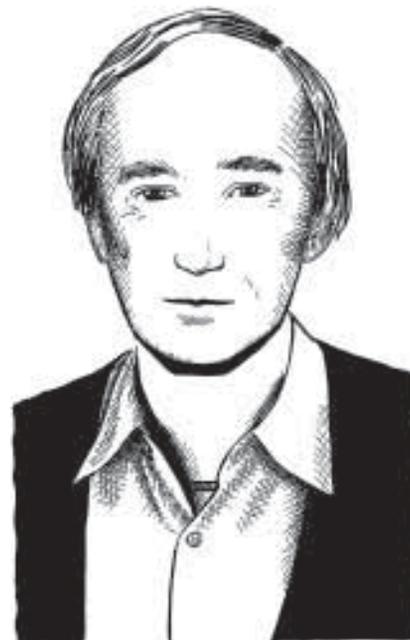
Quais as conseqüências físicas e mentais para uma pessoa submetida à poluição sonora constante?

Dentre outros problemas, surdez permanente, parcial ou total; surdez temporária, que pode se tornar crônica; perturbações do sono; modificação do humor; e perturbação do relaxamento mental.

Há relação entre poluição sonora e violência?

Sim, pois a poluição sonora causa estresse. O excesso de barulho é uma das maiores causas de estresse, provocando reações emocionais em algumas pessoas, que acabam reagindo agressivamente.

O que diz, em resumo, a Lei de Defesa da Saúde Auditiva da População?



A lei define as mais importantes fontes de poluição, estabelecendo medidas e procedimentos para que o Estado do Rio e os municípios resolvam juntos o problema da poluição sonora, a partir de convênios e acordos de conduta.

Qual o tipo de poluição sonora mais comum nessas áreas?

O campeão, de forma geral, é a sinaleira de garagem, que responde por 80% das denúncias. Cerca de 20% das denúncias ficam com bares, casas de show, cultos religiosos e caminhões de lixo, entre outros.

Como resolver, por exemplo, os problemas das sinaleiras de garagem?

A frequência e a intensidade dos toques serão fortemente diminuídos. Os dirigentes da Abadi — Associação Brasileira de Administradores de Imóveis —, que congrega 80% dos condomínios, concordaram em implementar essas medidas, divulga-las em seus informativos e nas reuniões com os síndicos. Esta consciência é importante, pois esta é a maior queixa dos moradores. Os tímpanos e os nervos agradecem. 

O artigo de Carlos Minc em *O Globo* de 8/6 pode ser lido em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/23-web-02.html

O Brasil em números



Feliz Natal – MT

FOTOS: EQUIPES DE ENTREVISTADORES

Esta edição especial da revista *Radis* apresenta dados exclusivos da extensa Pesquisa Mundial de Saúde 2003, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde para 71 países, cuja execução no Brasil foi entregue a pesquisadores do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz – que assinam os comentários sobre os resultados.

A pesquisa teve início em fins de 2002, com a tradução e a adaptação a nossas especificidades do questionário da OMS, que foi então submetido, entre janeiro e setembro de 2003, a 5 mil brasileiros com idade acima de 18 anos, em 250 setores censitários (locais visitados pelos entrevistadores) dentro de 188 municípios, em 25 estados (ficaram de fora Acre e Roraima).

A *Radis* espera que esse precioso levantamento sirva como base para a implementação de políticas públicas que considerem as necessidades e o perfil epidemiológico da população.



Campo Grande – MS

Por Célia Landmann Szwarcwald, Francisco Viacava, Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos, Maria do Carmo Leal, Luis Otávio Azevedo, Rita Suely Bacuri de Queiroz, Marcelo Felga de Carvalho, Maria Goretti Fonseca, Paulo Germano de Frias, Silvana Granado Gama, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Sonia Lansky, Karin Regina Luhm, Marcia de Costa Mazzei, Manoel C. S. de A. Ribeiro, Simone dos Santos, Wayner Vieira de Souza, Mariza Theme

A metodologia para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde das nações tem ocupado lugar de destaque na agenda de organismos internacionais e de instituições acadêmicas. Tal tema vem ganhando importância crescente, igualmente, entre os gestores e administradores do setor saúde, constituindo etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população.

Diante da relevância da questão no contexto atual, alguns países, como Canadá, Reino Unido e Austrália, têm desenvolvido, nos últimos anos, instru-

mentais para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2000), dedicado à proposição de uma metodologia para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos países-membros.

O Relatório 2000 trouxe à agenda da OMS o comprometimento com os objetivos louváveis de avaliação dos sistemas de saúde, monitoramento das desigualdades em saúde e alcance da equidade no financiamento da saúde. Entretanto, a metodologia utilizada, exposta a inúmeras críticas, tanto de cunho metodológico como conceitual, foi objeto de amplo debate internacional (Häkkinen & Ollila, 2000; Navarro, 2000; Rosén, 2001; Ugá et al., 2001).

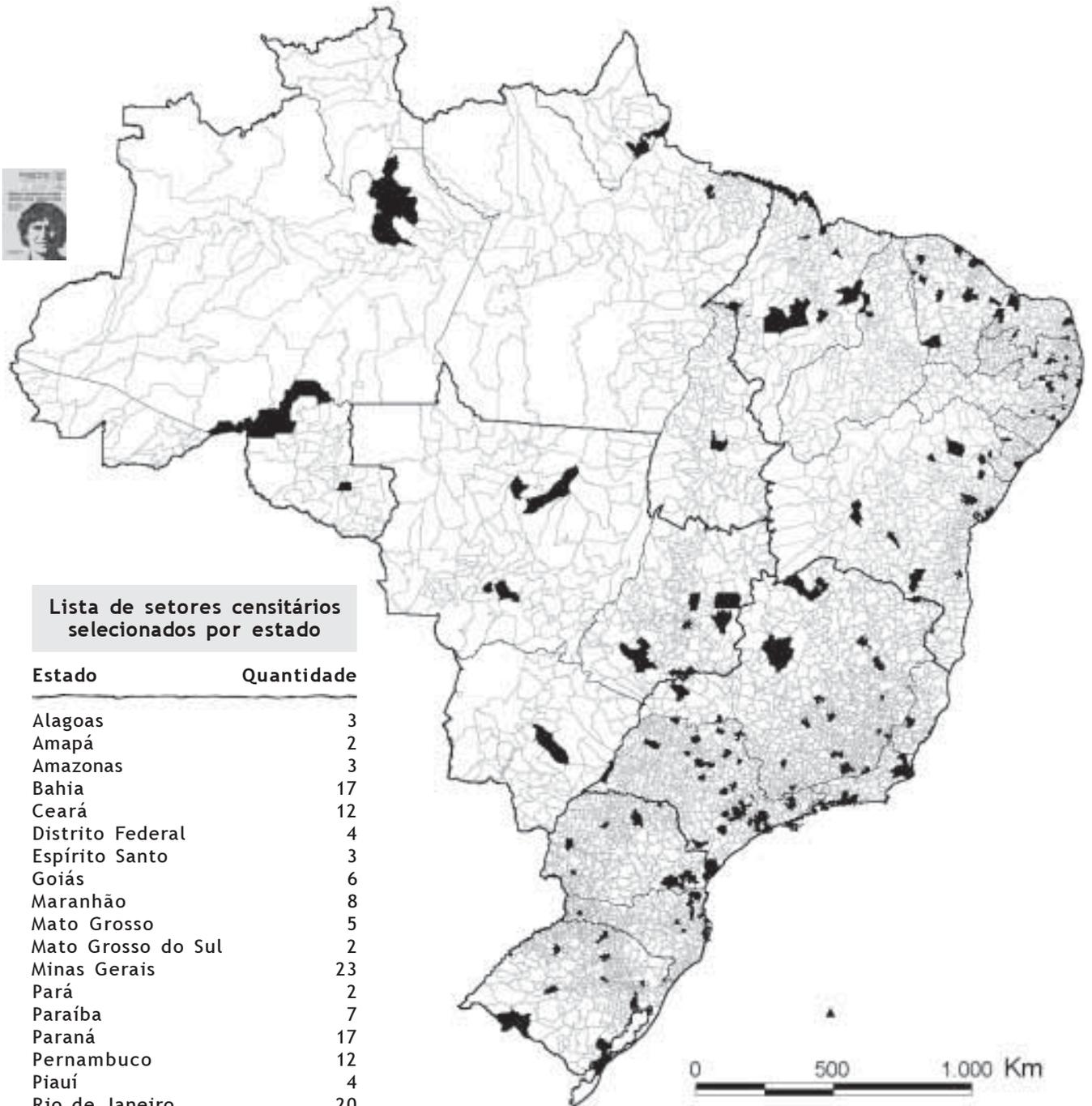
De forma sucinta, a metodologia empregada para avaliar o desempenho do sistema de saúde foi baseada em 5 dimensões: estado de saúde, medido pela esperança de vida ajustada pelas incapacidades – (DALE); desigualdade do estado de saúde, medida pela desigualdade na probabilidade de morte nos dois primeiros anos de vida; qualidade de resposta do sistema de saúde (*responsiveness*) – nível médio de satisfação; desigualdades na capacidade de resposta do

sistema de saúde; justiça na contribuição do financiamento da saúde. Um índice-resumo, denominado “índice geral de desempenho do sistema de saúde”, foi estimado pela média ponderada dos cinco indicadores acima mencionados, com pesos, respectivamente, de 25%, 25%, 12,5%, 12,5% e 25%. Os 191 países-membros da OMS foram classificados em ordem ascendente de magnitude do índice-resumo de desempenho, e os resultados foram publicados no Relatório 2000 sob a forma de um ranking.

Várias questões foram levantadas, marcadamente pelo governo brasileiro, acerca da validade da metodologia utilizada pela OMS. As críticas referiram-se, principalmente, à falta de utilidade do instrumento para subsidiar a definição das políticas de saúde, fazendo com que a avaliação fosse desprovida de significado. Compreendeu-se que a classificação dos países tinha sido feita a partir de um indicador único, conceitualmente vago e empiricamente incorreto (Almeida et al., 2001; Navarro, 2002; Rosén, 2001).

A forma inconsistente de elaboração do Relatório 2000, a utilização de procedimentos metodológicos cientificamente questionáveis e a ausência de dados para a construção

Mapa 1 – Distribuição geográfica dos municípios pesquisados



Lista de setores censitários selecionados por estado

Estado	Quantidade
Alagoas	3
Amapá	2
Amazonas	3
Bahia	17
Ceará	12
Distrito Federal	4
Espírito Santo	3
Goias	6
Maranhão	8
Mato Grosso	5
Mato Grosso do Sul	2
Minas Gerais	23
Pará	2
Paraíba	7
Paraná	17
Pernambuco	12
Piauí	4
Rio de Janeiro	20
Rio Grande do Norte	7
Rio Grande do Sul	14
Rondônia	3
Santa Catarina	11
São Paulo	60
Sergipe	4
Tocantins	1
Total geral	250



Marituba – PA



Blumenau – SC



Macapá – AP



Catuípe – RS



Recife – PE



Marituba – PA



Feliz Natal – MT

dos indicadores promoveram reação negativa na comunidade científica internacional. Vários artigos científicos, elaborados por pesquisadores de diferentes países, foram dedicados a apontar falhas metodológicas e conceituais na avaliação empregada pela OMS (Almeida et al., 2001; Jamison & Sandbu, 2001; Mulligan et al., 2000; Navarro, 2000; Walt & Mills, 2001; Williams, 2000; Williams, 2001). Como um dos grandes problemas encontrados na construção dos indicadores propostos, enfatizou-se a ausência de dados empíricos consistentes, necessários à construção dos indicadores propostos. Para a construção do índice de desigualdade no estado de saúde, os dados não

eram disponíveis em 70% dos 191 países-membros. Para construir as duas medidas de capacidade de resposta do sistema de saúde, os dados não eram disponíveis em 84% dos países e para aferir a justiça na contribuição do financiamento, em 89% dos países (Almeida et al., 2001).

Sérios problemas metodológicos adicionais foram apontados na construção dos indicadores. No que diz respeito ao indicador da "qualidade de resposta" (*responsiveness*) do sistema de saúde, o questionamento maior referiu-se à composição da amostra de informantes, que não contemplou princípios básicos de aleatoriedade e representatividade populacional (Blendon et al., 2001; Travassos,

2001). Quanto ao indicador de medida das desigualdades em saúde, o questionamento dirigiu-se, principalmente, à abordagem conceitual utilizada, não sendo realizada comparação do estado de saúde entre grupos sociais distintos, mas medindo-se variações individuais na população. Em consequência, o indicador proposto era mais influenciado pelas desigualdades socioeconômicas do que pelas ações no âmbito do setor saúde (Szwarcwald, 2002; Braveman et al., 2001; Houweling et al., 2001).

Em resposta às críticas, em janeiro de 2001, o Conselho Executivo da OMS aprovou resolução com o reconhecimento da necessidade de estabelecer um processo de consulta técnica

e a recomendação de formação de um Grupo Científico Consultor para avaliar a metodologia empregada no Relatório de 2000. Foram feitas várias consultas regionais (América, Ásia, África e Europa) para discutir a metodologia utilizada no Relatório 2000, todas disponíveis na internet (www.who.int/health-system-performance).

No ano de 2001, a OMS incorporou parte das críticas recebidas pela comunidade científica internacional e das consultas regionais e propôs mudanças metodológicas relevantes. Neste contexto, a OMS desenvolveu a Pesquisa Mundial de Saúde, inquérito populacional para suprir informações sobre o estado de saúde das populações, assim como sobre o desempenho dos sistemas de saúde dos países membros (Ustun et al., 2001).

A experiência de realização da Pesquisa Mundial de Saúde em algumas nações em 2001, utilizando diferentes metodologias de aplicação, somada às críticas sobre os tamanhos de amostra utilizados (não suficientes para a estimação dos indicadores), bem como sobre a falta de aleatoriedade e qualidade das informações coletadas, fez com que a OMS reformulasse todo o processo de aplicação do inquérito nos países. O questionário atual incorpora parte das críticas e sugestões que foram feitas pelas consultas regionais e Grupo Científico Consultor, adicionando questões relativas ao acesso, à cobertura e à utilização de serviços de saúde, considerados objetivos intermediários dentro do marco referencial de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Além disso, existe um grande esforço no sentido de ultrapassar as dificuldades de comparação de informações coletadas entre diferentes níveis culturais de um mesmo país ou entre distintos países.

A PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE NO BRASIL

Dando prosseguimento às discussões sobre a proposta da OMS para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde, em janeiro de 2002, na 109ª Reunião do Conselho Executivo, a delegação brasileira firmou acordo com a OMS para a realização da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, cabendo a responsabilidade da execução da pesquisa no Brasil à Fundação Oswaldo Cruz.

No sentido de assegurar a maior qualidade na execução das pesquisas, a OMS delegou a responsabilidade de aplicação do inquérito nos países-

membros a cada Coordenadoria Regional. No caso do Brasil, a responsabilidade coube à Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), que promoveu a primeira reunião em Cuernavaca, México, de 7 a 11 de outubro de 2002. Neste seminário, foi ressaltada a importância de realização desta pesquisa no país, principalmente pelo fato de a OMS estar transferindo aos países participantes um conjunto estruturado de métodos, compondo uma plataforma inicial para o desenvolvimento de inquéritos sistemáticos no campo da avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde.

De janeiro a setembro de 2003, foi realizado inquérito populacional, de âmbito nacional, em 5.000 domicílios escolhidos por amostragem probabilística. A execução da pesquisa no Brasil significou a oportunidade de desenvolver instrumental e suprir informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde, além de possibilitar a comparação com o desempenho de outros países, permitindo ao governo brasileiro permanecer no debate internacional sobre o tema.

METODOLOGIA

Amostra

Visando à representatividade nacional e diante do financiamento fornecido pela OMS, o tamanho de amostra foi estabelecido em 5.000 indivíduos, com 18 anos e mais de idade. A amostragem foi realizada em dois estágios. No primeiro, foram selecionados 250 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Situação (urbano ou rural) e porte do município (até 50.000; 50.000 até 400.000; 400.000 + habitantes) estratificaram explicitamente as unidades primárias de seleção. O nível socioeconômico, estabelecido pela renda média dos chefes dos domicílios do setor, foi utilizado para estratificação implícita.

Em cada setor, foram selecionados 20 domicílios aleatoriamente. Em cada domicílio, foi identificado um morador para responder às perguntas relativas às características do domicílio. Apenas um indivíduo do domicílio (selecionado aleatoriamente) respondeu ao questionário individual.

Trabalho de campo

A Pesquisa Mundial da Saúde foi aplicada no Brasil, de janeiro a setembro de 2003, subdividida em 10 micro-pesquisas que foram coordena-

das por pesquisadores experientes na área de Saúde Pública, os Coordenadores Locais. Para cada micropesquisa, foi formada equipe por quatro entrevistadores, em média, e um supervisor. Cada micropesquisa abrangeu de 300 a 500 entrevistas domiciliares, distribuídas em 15 a 25 setores censitários, em distintas áreas geográficas. O treinamento dos coordenadores locais foi realizado na Fiocruz, consistindo tanto da aplicação do questionário como da organização do trabalho de campo em cada área geográfica. O recrutamento e o treinamento dos entrevistadores couberam a cada coordenador local, nas respectivas áreas geográficas sob sua coordenação.

Questionário

O questionário original da OMS foi traduzido para o português e adaptado para aplicação no nosso meio pelos coordenadores da pesquisa e pelos coordenadores locais. Alguns módulos foram excluídos, enquanto outros foram acrescentados ao instrumento. O pré-teste do instrumento foi realizado em todas as áreas sob responsabilidade dos coordenadores locais.

O questionário utilizado foi modular, abordando-se os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); alguns problemas de saúde (situações crônicas – diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos; situações agudas – assistência); cobertura de programas de saúde, como saúde bucal, assistência pré-natal e saúde materna-infantil; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias em saúde, incluindo planos de saúde privados.

Análise dos dados

Nesta primeira etapa, utilizando-se as ponderações necessárias em acordo com o desenho de amostragem, foram analisados os seguintes módulos: estado de saúde, fatores de risco, morbidade auto-referida, cobertura de programas de saúde, e grau de satisfação com os serviços de saúde do ponto de vista do usuário.

As análises foram realizadas por faixa etária, sexo e condição socioeconômica. Para examinar as desigualdades por nível socioeconômico, três variáveis foram consideradas: grau de escolaridade; número de bens (medido pelo número de bens no domicílio: televisão, geladei-





Sinop – MT

ra, aparelho de som, microondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, microcomputador e número de carros, variando de 0 a 11 bens); e gasto domiciliar mensal.

Quanto ao gasto domiciliar mensal, foram analisados os seguintes componentes do gasto: alimentação; casa; educação; saúde; outros. Especificamente, em relação aos gastos em saúde, foram analisados os gastos com medicamentos; com planos de saúde privados; com consultas médicas; com dentista; com internação; com exames; com óculos, aparelhos para audição, próteses etc; com terapias (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia); outro serviço ou produto de saúde.

A análise do estado de saúde foi baseada em duas questões gerais – auto-avaliação do estado de saúde e dificuldade no trabalho ou atividades habituais, em duas questões sobre o grau em que sentiu dor ou mal-

estar físico nos 30 dias anteriores à pesquisa, bem como em questões específicas sobre grau de dificuldade em: se locomover (locomoção); se lavar e se vestir (autocuidado); adormecer e se sentir bem disposto no dia seguinte (sono); se socializar na comunidade e lidar com situações de conflito (sociabilidade); aprender coisas novas, se concentrar e memorizar (concentração/memorização); ver de perto e de longe (visão). Além disto, o estado de ânimo foi mensurado pelo grau com que o indivíduo se sentiu triste ou deprimido e pelo grau em que sentiu ansiedade ou preocupação.

Quanto aos fatores de risco, foram considerados:

i) Obesidade: Mensurada pelo índice de massa corporal, índice de Quetelet, dado pela razão entre o peso e a altura ao quadrado (kg/cm^2). Foram consideradas as seguintes categorias para análise: abaixo do peso

<18,5; normal 18,5 até 25; sobrepeso 25 até 30; obeso 30+.

ii) Fumo: Mensurado pela frequência de fumo (não fuma; fuma, mas não diariamente; fuma diariamente).

iii) Bebida alcoólica: Mensurado pelo número de doses na última semana (nunca bebeu; não bebeu na semana; 1-4 doses; 5+ doses).

iv) Atividade física: mensurada por três tipos de atividade (vigorosa, moderada e caminhada) e pela frequência semanal e número de minutos durante a realização da atividade física. Foram consideradas três categorias na análise: sedentários (não fazem nenhum tipo de atividade física); atividade física insuficiente (menos do que 150 minutos por semana); suficiente (150+ minutos por semana).

Para a avaliação de situações crônicas de saúde, foram feitas duas perguntas ao indivíduo: O sr(a) tem alguma doença de longa duração ou

incapacidade? Esta doença ou incapacidade limita de alguma forma suas atividades? A seguir, foram feitas perguntas sobre problemas específicos – artrite, angina, asma, diabetes, depressão e esquizofrenia – questionando-se se o indivíduo já tinha tido alguma vez diagnóstico e tratamento de cada um destes problemas. Em relação às situações agudas, foi perguntado se o indivíduo sofreu lesões corporais provocadas por causas externas, isto é, por algum envolvimento com acidente (de trânsito, afogamento, queda, intoxicação) ou agressão (por arma de fogo, briga, faca), nos 12 meses que precederam a entrevista.



Nesta primeira análise, foram contempladas apenas as coberturas de dois programas de saúde, o de saúde bucal e o exame ginecológico entre as mulheres de 18 a 69 anos de idade.

No que se refere à avaliação do desempenho do sistema de saúde, foram analisadas a utilização dos serviços de saúde no ano que precedeu a pesquisa e a avaliação do atendimento de acordo com as expectativas do usuário. Para análise desta última, foram considerados todos os indivíduos que se internaram nos cinco anos anteriores (atendimento com internação) ou no caso de ausência de internação no

período, todos os indivíduos que utilizaram serviços de saúde no ano anterior (atendimento ambulatorial).

Primeiramente, analisou-se a satisfação do usuário com as habilidades e os equipamentos do profissional de saúde, bem como com a disponibilidade de medicamentos no atendimento. A seguir, utilizando-se uma escala de 1 a 5, avaliou-se o grau de satisfação com os seguintes aspectos: tempo de deslocamento; tempo de espera; tratamento respeitoso; intimidade respeitada; clareza nas explicações dadas pelos profissionais de saúde; tempo para fazer perguntas; possibilidade de obter informações; participação na tomada de decisões; falar em privacidade com profissionais de saúde; sigilo das informações pessoais; liberdade de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações; espaço disponível das salas de espera e de exames. No caso de assistência com internação, consideraram-se, adicionalmente, “facilidade em ter visitas de familiares e amigos” e “contato com mundo exterior”.

Para efeitos da análise estatística, calculou-se um índice de avaliação do atendimento, atribuindo-se um ponto para cada resposta “muito boa” ou “boa” relativa à avaliação de cada um dos aspectos do atendimento, e utilizou-se escala variando de 1 a 100. A avaliação do atendimento foi reali-

zada de acordo com a forma de pagamento: não pagou (SUS); pelo plano de saúde; direto, sem reembolso.

Na avaliação da assistência por parte do usuário, considerou-se ainda se ele se sentiu alguma vez discriminado (foi tratado pior) por algum dos seguintes motivos: falta de dinheiro, classe social, sexo, idade, raça/cor, nacionalidade ou tipo de doença.

Para todos os entrevistados, independentemente de terem recebido assistência com internação nos 5 anos anteriores ou assistência ambulatorial no ano anterior, perguntou-se sobre o grau de satisfação com o funcionamento da assistência no país, utilizando-se uma escala que variou de “muito satisfeito” a “muito insatisfeito”.

RESULTADOS

Estado de Saúde

Entre os 5.000 entrevistados, 9% avaliaram sua saúde como “ruim” ou “muito ruim”, 53% como “boa” ou muito “boa”, e 38% como “regular”. A percepção de saúde foi pior entre as mulheres quando comparadas aos homens: o percentual de auto-avaliação “boa” ou muito “boa” foi de 47%, para o sexo feminino, e de 60%, para o sexo masculino. Grande amplitude de variação do percentual de auto-avaliação “boa” ou muito “boa” foi

TABELA 1: Percentual (%) de indivíduos com auto-avaliação da saúde boa / muito boa por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	49,7	66,3	83,8	63,4
	35-49	30,0	44,1	69,8	45,4
	50+	20,3	24,8	51,4	27,2
	Total	36,0	47,3	69,8	47,5
Masculino	18-34	63,0	74,7	86,9	72,4
	35-49	49,4	64,0	76,4	61,9
	50+	30,7	40,3	59,2	40,9
	Total	49,9	61,8	74,1	60,2
Total	18-34	55,7	70,3	85,2	67,7
	35-49	38,9	53,0	72,7	52,7
	50+	24,9	31,9	55,4	33,6
	Total	42,3	54,0	71,9	53,3

encontrada por faixa etária, variando de 34%, entre os indivíduos com 50 anos e mais de idade, a 68%, entre os jovens de 18 a 34 anos.

Chama a atenção, ainda, a variação da percepção de saúde "boa" ou "muito boa" por condição socioeconômica. O percentual mostrou-se tanto menor quanto pior o nível socioeconômico (NSE), seja este representado pelo número de bens ou grau de escolaridade. Entre os que possuem três bens ou menos no domicílio, o percentual de respostas "muito boa" ou "boa" foi de 42%, enquanto entre os participantes que possuem oito ou mais bens o percentual foi de 72%. Analisando-se por grau de escolaridade, o percentual de auto-avaliação "muito boa" ou "boa" variou de 41%, entre os entrevistados com primeiro grau incompleto, a 72%, entre aqueles com segundo grau completo. De forma geral, o padrão encontrado é o de percepção pior da saúde entre os mais idosos, entre as mulheres quando são comparadas com os homens em qualquer faixa etária, e entre os de NSE mais baixo relativamente aos de NSE mais elevado, constatando-se que o gradiente social na auto-avaliação de saúde "boa" ou "muito boa" se repete em qualquer faixa de idade ou sexo (Tabela 1).

No que se refere ao percentual de indivíduos que responderam que não tiveram dificuldade no trabalho ou



Macapá – AP



Belém – PA

nas suas atividades habituais no mês anterior à data da pesquisa, o mesmo padrão por sexo e grupo etário foi encontrado: o percentual foi maior entre os mais jovens bem como entre os homens, em todas as faixas de idade (Tabela 2). Porém, o gradiente social não foi tão nítido quanto o evidenciado para a auto-avaliação de saúde, sugerindo que há diferenças importantes na percepção individual da saúde, que não se traduzem, pelo menos não totalmente, pelas limitações das atividades cotidianas.

Quanto às questões específicas relativas ao estado de saúde nos 30 dias que antecederam a entrevista, o maior percentual de problemas foi encontrado para estado de ânimo, estabelecido por perguntas sobre tris-

teza e depressão, bem como sobre ansiedade e preocupação: 26% dos participantes relataram grau grave de problemas relativos ao estado de ânimo. O segundo maior percentual de problemas correspondeu ao mal-estar físico ou dores no corpo, de 18%, seguido por dificuldades no sono, com percentual no mesmo patamar. A seguir, foram evidenciadas dificuldades de concentração e memorização, na visão (de perto ou de longe), e na sociabilidade (participação na comunidade e habilidade em lidar com situações de conflito), respectivamente com percentuais de 14%, 10% e 10%. Os menores graus de dificuldade corresponderam à locomoção e ao auto-cuidado (lavar-se e vestir-se),



TABELA 2: Percentual (%) de indivíduos que não tiveram dificuldade no trabalho ou atividades domésticas, no último mês, por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	77,7	83,3	85,3	81,9
	35-49	58,2	68,7	77,2	67,7
	50+	49,1	50,3	60,9	51,5
	Total	64,2	69,1	75,8	68,8
Masculino	18-34	81,7	88,4	83,7	85,8
	35-49	77,5	80,3	77,3	79,0
	50+	52,7	65,6	81,7	65,1
	Total	72,2	79,5	81,0	77,7
Total	18-34	79,7	85,8	84,6	83,7
	35-49	67,0	73,9	77,2	72,7
	50+	50,7	57,3	71,4	57,8
	Total	67,9	74,0	78,1	72,9

com menos de 6% dos indivíduos relatando problemas nestes dois aspectos (Figura 1).

O mesmo padrão encontrado para a percepção geral de saúde foi evidenciado na análise por problema específico do estado de saúde: as mulheres têm uma avaliação pior do que os homens; os mais velhos têm maior grau de dificuldades que os mais jovens; os mais ricos referem grau menor de problemas que os mais pobres. Porém, é interessante notar que o gradiente social foi bem menos acentuado para os problemas relativos à socia-

bilidade, ao estado de ânimo e às dificuldades no sono. Os maiores diferenças socioeconômicas se referiram aos problemas de visão e de concentração/memorização (Figura 2).

Fatores de risco

De acordo com o critério internacional de obesidade (índice de massa corporal maior ou igual a 30 kg por cm²), 10% dos brasileiros são obesos e 28,5% estão acima do peso (Tabela 3). Entre os indivíduos com mais de 35 anos de idade, a obesidade é mais prevalente no sexo feminino, destacando-se que o maior percentual de

obesidade, de 17%, foi encontrado entre as mulheres de 50 anos ou mais.

Já o fumo é hábito mais frequente entre os homens, sobretudo entre os de menor NSE, para os quais o percentual de fumo diário chega a atingir 33% entre aqueles com mais de 35 anos de idade (Tabela 4). Entretanto, destaca-se que, para ambos os sexos, as proporções de fumantes são menores entre os mais jovens, o que pode ser um indicio de diminuição do hábito de fumar na população brasileira.

Tal como o fumo, o hábito de bebida alcoólica é predominante entre os homens. Enquanto 25% dos homens

FIGURA 1: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" de problemas às questões relativas ao estado de saúde

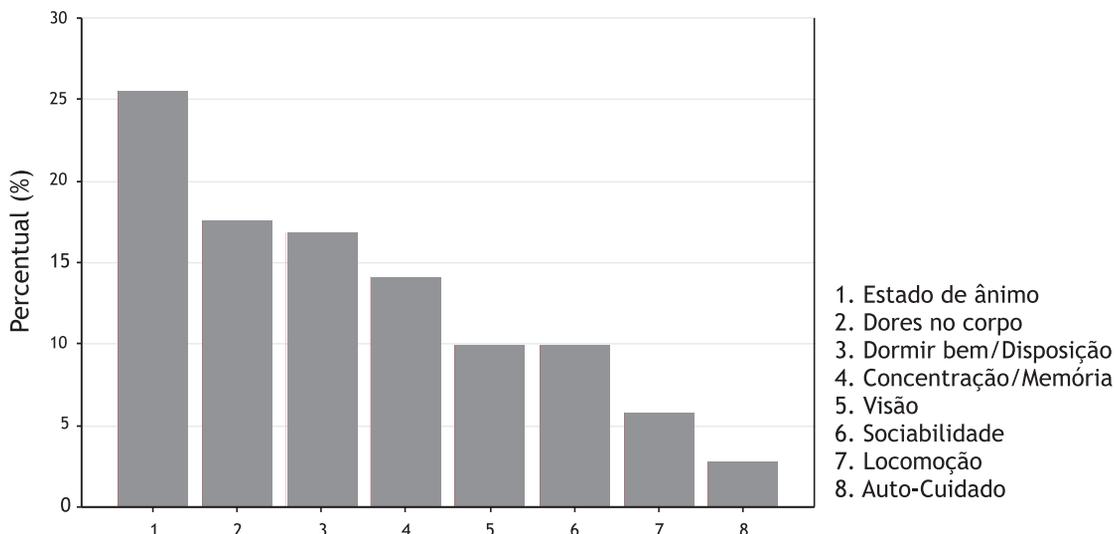
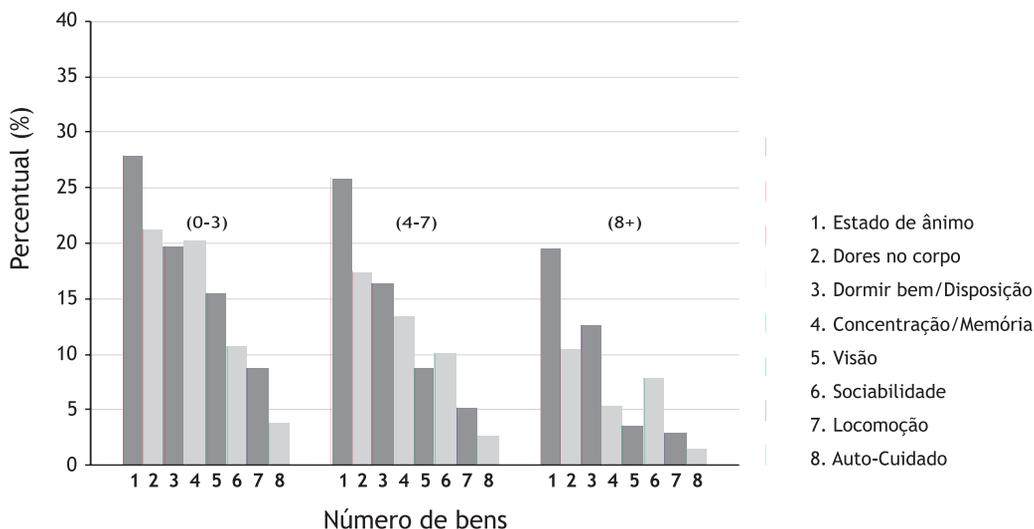


FIGURA 2: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" de problemas às questões relativas ao estado de saúde por número de bens



relataram ter tomado 5 doses ou mais de álcool na semana que antecedeu a entrevista, o percentual é de apenas 6% entre as mulheres (Tabela 5). O consumo de bebida alcoólica por condição social obedece, no entanto, padrão in-

verso ao encontrado para o hábito de fumar: quanto maior o número de bens, tanto maior é o percentual de uso de álcool. Adicionalmente, não há sinais de redução do hábito de beber na geração mais jovem.

No que diz respeito à atividade física (no lazer ou relacionadas ao trabalho), seja em atividades vigorosas, moderadas ou caminhada, 24% relataram menos do que 150 minutos por semana, tempo considerado insuficiente de

TABELA 3: Distribuição (%) segundo índice de massa corpórea por faixa etária e sexo

Sexo	Faixa etária	Abaixo do peso	Normal	Sobrepeso	Obeso
Feminino	18-34	11,0	66,4	17,4	5,1
	35-49	3,5	54,4	28,9	13,2
	50+	3,6	43,5	35,6	17,2
	Total	6,7	56,5	26,0	10,9
Masculino	18-34	4,1	68,4	21,2	6,3
	35-49	2,1	47,0	39,3	11,6
	50+	3,2	47,9	37,9	11,0
	Total	3,2	56,2	31,3	9,2
Total	18-34	7,7	67,4	19,3	5,7
	35-49	2,9	51,0	33,7	12,4
	50+	3,4	45,7	36,7	14,1
	Total	5,0	56,4	28,5	10,1



TABELA 4: Percentual (%) de indivíduos que fumam diariamente por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	17,1	9,5	9,5	11,8
	35-49	24,9	21,2	21,2	20,8
	50+	13,6	11,4	11,4	11,4
	Total	18,3	13,6	13,6	14,4
Masculino	18-34	25,8	17,3	17,3	19,2
	35-49	33,1	24,2	24,2	25,5
	50+	33,3	23,3	23,3	24,2
	Total	30,0	21,0	21,0	22,5
Total	18-34	21,0	13,2	13,2	15,2
	35-49	28,6	22,5	22,5	22,8
	50+	22,7	16,8	16,8	17,4
	Total	23,5	17,0	17,0	18,1

acordo com os critérios da OMS. Já o percentual de sedentários, que não realizam nenhum tipo de atividade física, é de 11% na população total, mas atinge o patamar de 20% entre os indivíduos mais idosos e de menor NSE (Tabela 6).

Problemas de saúde

Entre todos os participantes na pesquisa, 29% responderam afirmativamente à pergunta sobre presença de doença de longa duração ou incapacidade, sendo que 20% relataram

também limitação de suas atividades provocada pela doença (Tabela 7). Corroborando os resultados encontrados para a percepção do estado de saúde, o percentual é maior para o sexo feminino do que para o mas-

TABELA 5: Percentual (%) de indivíduos que tomaram pelo menos 5 doses de bebida alcoólica na semana anterior à pesquisa por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	5,8	6,6	10,1	6,8
	35-49	2,3	9,2	9,3	7,4
	50+	0,9	4,6	3,6	3,4
	Total	3,5	6,8	8,1	6,0
Masculino	18-34	29,4	28,8	33,3	29,5
	35-49	19,9	28,0	36,4	27,2
	50+	12,2	16,9	26,7	17,3
	Total	21,8	25,1	32,2	25,3
Total	18-34	16,5	17,2	20,4	17,4
	35-49	10,3	17,6	20,4	16,1
	50+	5,9	10,1	15,4	15,4
	Total	11,8	15,3	19,0	14,8

TABELA 6: Percentual (%) de indivíduos que não realizam atividade física por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	4,9	7,3	12,7	7,3
	35-49	7,5	8,6	9,9	8,5
	50+	18,1	15,5	14,4	16,1
	Total	9,3	10,1	12,3	10,2
Masculino	18-34	5,6	8,1	12,2	7,9
	35-49	8,4	9,3	16,5	10,3
	50+	20,7	15,3	9,2	15,7
	Total	10,9	10,5	12,5	10,9
Total	18-34	5,2	7,8	12,5	7,6
	35-49	7,9	8,9	12,9	9,4
	50+	19,5	15,3	11,7	15,9
	Total	10,1	10,3	12,4	10,6

culino, e aumenta com a idade. Entre as mulheres de 50 anos e mais de idade, 52% relataram doença de longa duração ou incapacidade, 35% com limitação das atividades rotineiras.

Os achados relativos à auto-avaliação de saúde validam as respostas dadas à ocorrência de doença de longa duração ou incapacidade, já que percentuais de auto-avaliação "ruim" ou "muito ruim" são bem menores entre aqueles que respondem que

não têm doença, variando de 4%, entre estes, a 29%, entre os que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante. Os resultados são ainda mais pronunciados quando se analisa o grau de dificuldade em realizar atividades cotidianas. Entre os indivíduos com doença e ocorrência de limitação, o percentual de grau "grave" e "muito grave" de problemas é sempre superior neste grupo quando comparado

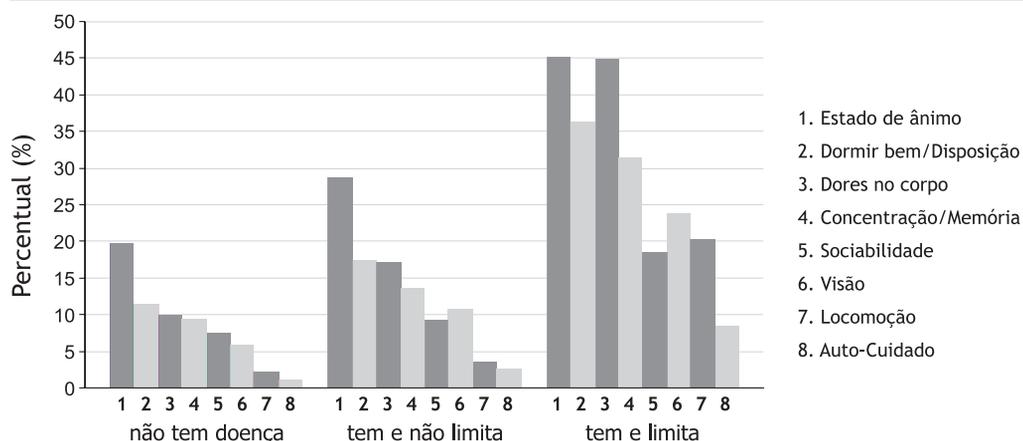
aos demais, sendo que, dentre todos os aspectos considerados na pesquisa, as maiores diferenças são encontradas para o estado de ânimo e para o grau de dores no corpo ou mal-estar físico (Figura 3).

Em relação às questões sobre problemas específicos de saúde, 10,6% responderam que já tiveram diagnóstico de artrite, 6,7% de angina, 12,1% de asma, 6,2% de diabetes, 19,3% de depressão e 1,7% de

TABELA 7: Distribuição (%) por presença de doença de longa duração ou incapacidade segundo ocorrência de limitação das atividades habituais por sexo e faixa etária

Faixa Etária	Sexo	Presença de doença ou incapacidade		
		Não tem	Tem e limita	Tem e não limita
18-34	Feminino	82,5	11,8	5,8
	Masculino	85,8	9,0	5,2
	Total	84,0	10,5	5,5
35-49	Feminino	69,1	21,6	9,3
	Masculino	77,1	15,2	7,7
	Total	72,6	18,8	8,6
50 +	Feminino	48,0	35,0	17,0
	Masculino	57,1	30,5	12,4
	Total	52,2	32,9	14,9
Total	Feminino	68,5	21,5	10,1
	Masculino	74,8	17,1	8,1
	Total	71,4	19,5	9,2

FIGURA 3: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" às questões referentes ao estado de saúde por presença de doença de longa duração ou incapacidade e ocorrência de limitação resultante da mesma



esquizofrenia. Para quase todos os problemas, as proporções de indivíduos que já tiveram o diagnóstico da doença e se trataram por este motivo são ligeiramente inferiores aos que tiveram apenas o diagnóstico. Depressão, entretanto, é uma exceção: o percentual de 19%, relativo aos indivíduos que informaram diagnóstico desta doença, decresce para 14%, entre aqueles que relataram tratamento além do diagnóstico.

Dentre os problemas crônicos de saúde considerados na pesquisa, a pior auto-avaliação da saúde foi encontrada entre os que relataram diagnóstico de angina, para os quais o percentual de auto-avaliação

"ruim" ou "muito ruim" é de 27%. Para os que disseram ter tido diagnóstico de esquizofrenia, artrite e diabetes, os percentuais foram pouco menores, de 26%, 24% e 24%, respectivamente, mas bem mais elevados do que o percentual encontrado entre os indivíduos que não tiveram diagnóstico de nenhum destes problemas, de 5%.

No que se refere à saúde bucal, estima-se que 14% dos brasileiros perderam todos os seus dentes naturais (Tabela 8). O gradiente social para este indicador é pronunciado: entre as mulheres com mais de 50 anos de pior condição socioeconômica, o percentual alcança 56%, enquanto entre aquelas de melhor situação o

percentual é de 19%. As razões entre as proporções de indivíduos que perderam todos os dentes naturais na categoria de pior NSE (0 a 3 bens) e as encontradas na categoria de melhor NSE (8 e mais bens) são da ordem de 3:1, qualquer que seja a faixa etária ou sexo. Igualmente, o percentual de indivíduos que tiveram problema bucal no ano anterior e não receberam assistência foi de 15,4%, entre os de pior condição socioeconômica, de 10,1% na categoria intermediária, e de 4,6%, entre aqueles de melhor condição.

Quanto aos problemas provocados por causas externas nos 12 meses anteriores à pesquisa, chama a aten-

TABELA 8: Percentual (%) de indivíduos que perderam todos os dentes naturais segundo faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	3,2	2,0	0,7	2,3
	35-49	14,6	10,8	4,3	10,5
	50+	55,9	46,8	18,9	45,1
	Total	21,3	18,0	6,9	17,2
Masculino	18-34	3,2	2,4	-	2,3
	35-49	6,7	5,6	1,8	5,2
	50+	33,3	33,4	11,7	29,5
	Total	12,9	12,3	4,5	11,2
Total	18-34	3,2	2,2	0,4	2,3
	35-49	11,0	8,5	3,3	8,2
	50+	45,6	40,7	15,6	37,8
	Total	17,5	15,4	5,9	14,4

TABELA 9: Gasto (R\$) médio domiciliar mensal por componentes do gasto e número de bens

Número de bens	Componentes do Gasto										Total	
	Alimentação		Casa		Educação		Saúde		Outro			
	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%
0-3	169,54	57,53	71,16	24,15	13,31	4,52	38,87	13,19	1,79	0,61	294,68	100,00
4-7	283,86	41,97	208,91	30,89	45,93	6,79	120,53	17,82	17,04	2,52	676,27	100,00
8 +	504,53	25,44	566,54	28,57	267,12	13,47	424,32	21,40	220,69	11,13	1983,20	100,00
Total	284,27	37,18	223,39	29,22	70,16	9,18	143,10	18,72	43,64	5,71	764,56	100,00



Campo Grande – MS

ção o grande percentual de indivíduos que sofreram lesões corporais provocadas por acidentes ou agressões, igual a 11%. Entre os entrevistados do grupo etário de 18 a 34 anos do sexo masculino, o percentual dobra de valor, alcançando 22%.

A cobertura de exame ginecológico (nos três anos anteriores) com Papanicolaou, entre mulheres de 18 a 69 anos, foi de 66%, variando de 54%, entre as mais carentes, a 81%, entre as que possuem oito ou mais bens no domicílio.

Gastos em saúde

A média de gasto total mensal foi de R\$ 765, sendo que o gasto médio mensal em saúde foi de R\$ 143, aproximadamente, correspondendo a 19% do gasto total (Tabela 9). Nos domicí-

lios com número precário de bens, o gasto médio domiciliar mensal foi de cerca de R\$ 295, e o gasto em saúde, de R\$ 39, representou 13% do total. Nos domicílios mais ricos, o gasto médio mensal foi de quase R\$ 2 mil, e a fração gasta com saúde, de 21%.

Do gasto mensal com saúde, os medicamentos constituíram o principal componente, correspondendo a 32% do total, sendo que a média mensal de gastos com medicamentos foi de R\$ 44,27 (Tabela 10). Em segundo e terceiro lugar, estão os gastos com plano de saúde (R\$ 35,15) e com dentista (R\$ 22,08), representando, respectivamente, 25% e 16% do gasto mensal com saúde (R\$ 143). Na categoria mais abastecida, a média de gasto em saúde foi maior do que R\$ 400, sendo que a maior fra-

ção corresponde às quotas de seguro de saúde privado. O gasto médio mensal com plano de saúde privado foi de R\$ 160,64, e com medicamentos, de R\$ 88,83, quatro vezes maior do que a quantia gasta pelos mais pobres. Entre estes, 61% do gasto mensal em saúde (R\$ 38,87) são consumidos com medicamentos, equivalente à quantia de R\$ 22,88.

O percentual de indivíduos que tiveram que pegar empréstimo ou vender objetos de valor para pagar despesas com saúde foi de 9% na população brasileira, variando de 7% a 11%, dos menos aos mais carentes. Entre as pessoas que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante, o percentual alcança 16%.



Planos de saúde

Os resultados da pesquisa indicam que 25,8% dos brasileiros têm planos de saúde, sendo que 2,2% de servidor público, 21,2% plano privado, e 2,4% de servidor público e privado. Analisando-se por categoria de número de bens, o percentual de pessoas com plano de saúde privado varia de 4%, entre os de pior NSE, a 64%, entre os de melhor condição socioeconômica.

Desempenho do Sistema de Saúde

Entre os 5.000 indivíduos que participaram da pesquisa, 70% precisaram de assistência de saúde no ano anterior. O percentual de utilização foi maior para o sexo feminino quando comparado ao masculino, e mais

TABELA 10: Gasto (R\$) médio domiciliar mensal em saúde por componentes do gasto e número de bens

Componentes do Gasto	Número de bens						Total	
	0-3		4-7		8 +			
	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%
Medicamentos	22,88	58,9	43,42	36,0	88,83	20,9	44,27	30,9
Plano de saúde	1,69	4,3	18,61	15,4	160,64	37,9	35,15	24,6
Dentista	2,78	7,2	20,49	17,0	65,28	15,4	22,08	15,4
Óculos, próteses, etc	2,98	7,7	11,51	9,5	26,73	6,3	11,32	7,9
Internações	2,29	5,9	7,98	6,6	27,17	6,4	9,22	6,4
Exames	2,27	5,8	7,06	5,9	9,32	2,2	5,99	4,2
Consultas médicas	2,39	6,1	5,93	4,9	10,37	2,4	5,57	3,9
Total do gasto com saúde	38,87	100,0	120,53	100,0	424,32	100,0	143,10	100,0

elevado na categoria de indivíduos mais abastecidos, para ambos os sexos (Figura 4). A utilização é também mais freqüente entre os que têm planos de saúde (81%) do que entre os que não têm (67%).

Somente 127 dos entrevistados (2,7%) responderam que não conseguiram assistência de saúde na última vez que precisaram. Este percentual foi de 3,3% entre os mais carentes, de 2,8% na categoria intermediária e de 0,8% entre os que possuem oito ou mais bens no domicílio.

Em relação à obtenção dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde que precedeu o inquérito, 87% conseguiram adquirir todos os medi-

camentos prescritos, 5% conseguiram adquirir grande parte e 8%, muito poucos ou nenhum. Na categoria de indivíduos de pior condição social, 10,2% não conseguiram adquirir os medicamentos prescritos. A falta de dinheiro foi o motivo mais freqüentemente alegado.

Avaliação do atendimento ambulatorial

Dos 2.396 indivíduos que receberam algum cuidado de saúde sem internação no ano anterior, 19% pagaram diretamente o atendimento (sem reembolso), 21% pagaram pelo plano e 60% utilizaram o SUS. Entre todos os usuários, 19% acharam que a disponibilidade de medicamentos não era adequada, 9%, que os equi-

pamentos do profissional de saúde eram inadequados e 8%, que as habilidades do profissional de saúde eram inadequadas. Já entre os usuários do SUS, estes percentuais se elevam, respectivamente, para 24%, 12% e 10%.

Uma proporção significativa de usuários se sentiu discriminada no atendimento ambulatorial: 9% sentiram que receberam tratamento pior do que às outras pessoas por falta de dinheiro e 8%, devido à classe social (Figura 5). Entre os usuários do SUS, estes percentuais foram de 11% e 10%. Do total de usuários, 1,2% se sentiu discriminado pela cor.

Dentre todos os aspectos do atendimento ambulatorial que foram avaliados pelos usuários, o "tempo de

FIGURA 4: Percentual (%) de indivíduos que precisaram de assistência de saúde no último ano por sexo e número de bens

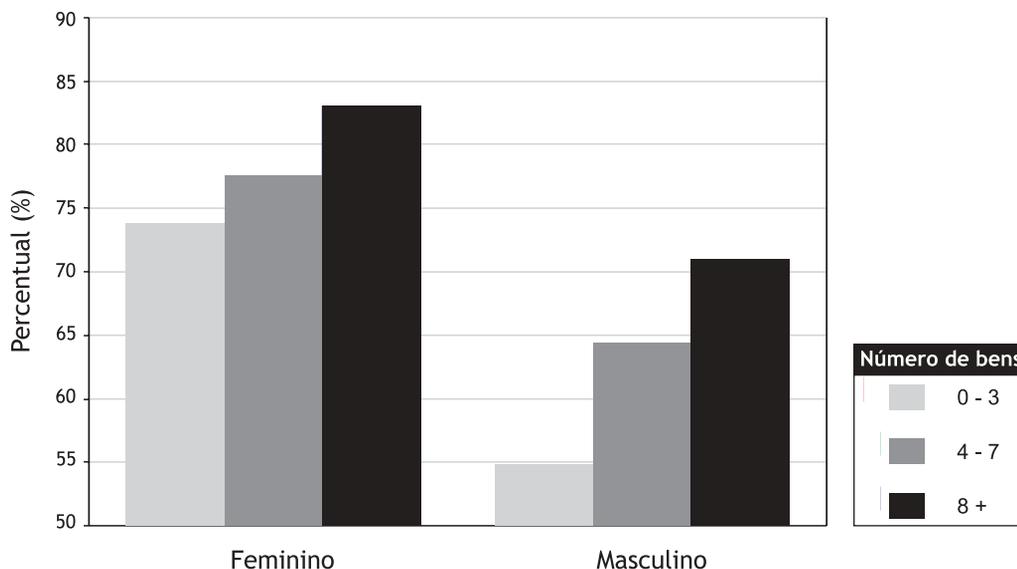
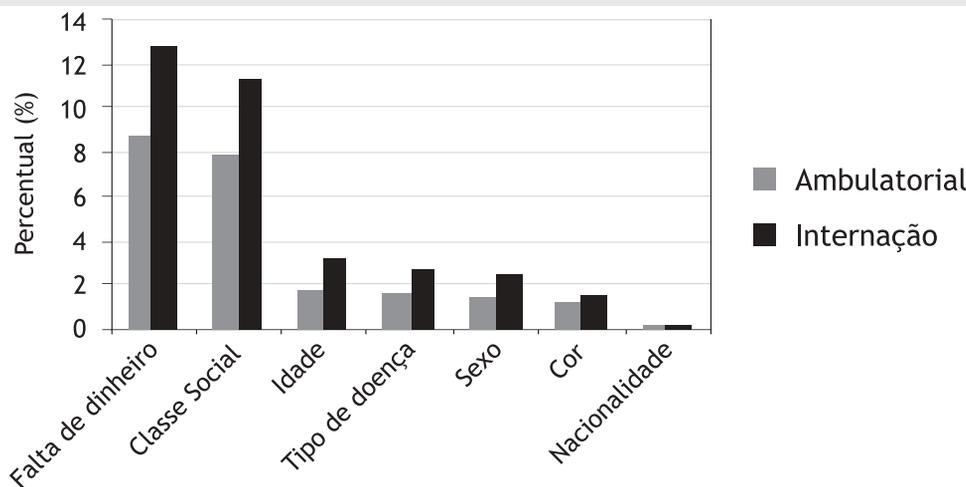


FIGURA 5: Percentual (%) de indivíduos que tiveram assistência de saúde (ambulatorial no último ano ou internação nos últimos 5 anos) que acham que foram tratados pior segundo o motivo da discriminação

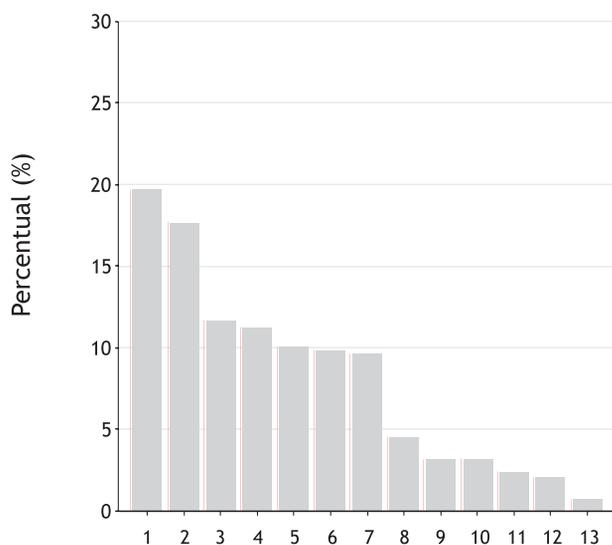


espera” foi o que teve maior grau de insatisfação (21%), seguido, de perto, por “liberdade de escolha do profissional de saúde” (20%) (Figura 6). Os aspectos “participação na tomada de decisões sobre o tratamento”, “possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento”, “espaço disponível das salas de espera e dos exames”, “tempo gasto de desloca-

mento” e “tempo para fazer perguntas” foram avaliados como “ruim” ou “muito ruim” por pouco mais de 10% dos usuários. Percentuais pequenos de insatisfação, inferiores a 5%, foram obtidos para “clareza nas explicações”, “privacidade com os profissionais de saúde”, “respeito no tratamento”, “sigilo sobre as informações pessoais” e “respeito à intimidade”.

Comparando-se o percentual de usuários que fizeram uma avaliação “boa” ou “muito boa” por forma de pagamento do atendimento, invariavelmente para todos os aspectos estudados, o percentual é sempre menor para os usuários do SUS (Tabela 11). Entre estes, menos da metade fez uma avaliação positiva do “tempo de espera” (45%) e da

FIGURA 6: Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito ruim” ou “ruim” segundo aspectos relativos à assistência ambulatorial



1. Tempo de espera
2. Liberdade de escolha do profissional de saúde
3. Participação na tomada de decisões sobre o tratamento
4. Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
5. Espaço disponível das salas de espera e dos exames
6. Tempo gasto de deslocamento
7. Tempo para fazer perguntas
8. Clareza nas explicações
9. Limpeza das instalações do serviço
10. Privacidade com os profissionais de saúde
11. Tratamento respeitoso
12. Sigilo sobre as informações pessoais
13. Intimidade respeitada



TABELA 11: Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito boa” ou “boa” segundo aspectos relativos à assistência ambulatorial por forma de pagamento do atendimento

Aspecto	Direto	Plano	SUS	Total
Tempo de espera	74,8	72,1	45,4	56,7
Liberdade de escolha do profissional de saúde	87,3	78,0	48,9	64,6
Participação na tomada de decisões sobre o tratamento	83,5	86,7	59,8	70,0
Possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos	85,2	86,3	60,1	70,5
Espaço disponível das salas de espera e dos exames	87,9	88,1	63,9	73,6
Tempo para fazer perguntas	92,0	88,6	65,9	75,7
Tempo gasto de deslocamento	78,1	78,3	68,9	72,6
Clareza nas explicações dos profissionais de saúde	94,6	92,5	80,0	85,5
Limpeza das instalações do serviço	96,9	98,3	79,3	86,7
Privacidade com os profissionais de saúde	92,2	96,1	83,3	87,7
Tratamento respeitoso	96,3	96,8	86,0	90,2
Sigilo sobre as informações pessoais	96,2	97,0	89,0	92,2
Intimidade respeitada	96,0	98,1	94,0	95,2



Feliz Natal – MT



"liberdade de escolha do profissional de saúde" (49%), e menos do que 70% da "participação na tomada de decisões sobre o tratamento" (60%), da "possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos" (60%), do "espaço disponível das salas de espera e dos exames" (64%), do "tempo para fazer perguntas" (66%), bem como do "tempo gasto com deslocamento" (69%). O índice médio de avaliação do atendimento ambulatorial, numa escala de 0 a 100, foi de 77, variando de 70, entre os usuários do SUS, a 89, entre os que pagaram o atendimento pelo plano de saúde.

Avaliação da assistência de saúde com internação

Dos 5.000 entrevistados, 1.547 (31%) relataram assistência de saúde com internação nos cinco anos antes da pesquisa. Destes, 71,0% foram

atendidos pelo SUS, 22,5% pagaram pelo plano de saúde e 6,5% pagaram diretamente, sem reembolso.

Do total de usuários, 9% relataram insatisfação com as habilidades do profissional de saúde e 8% com os equipamentos, enquanto 7% acharam inadequada a disponibilidade de medicamentos. Entre os usuários do SUS, estes percentuais se elevam para 10%, 10% e 9%, respectivamente.

Quanto ao tempo de espera para a internação (desde o momento que o usuário precisou da internação), mais de 90% dos usuários conseguiram a internação em menos de um dia, tanto para os que não pagaram o atendimento (SUS) como para aqueles que pagaram pelo plano (Figura 7).

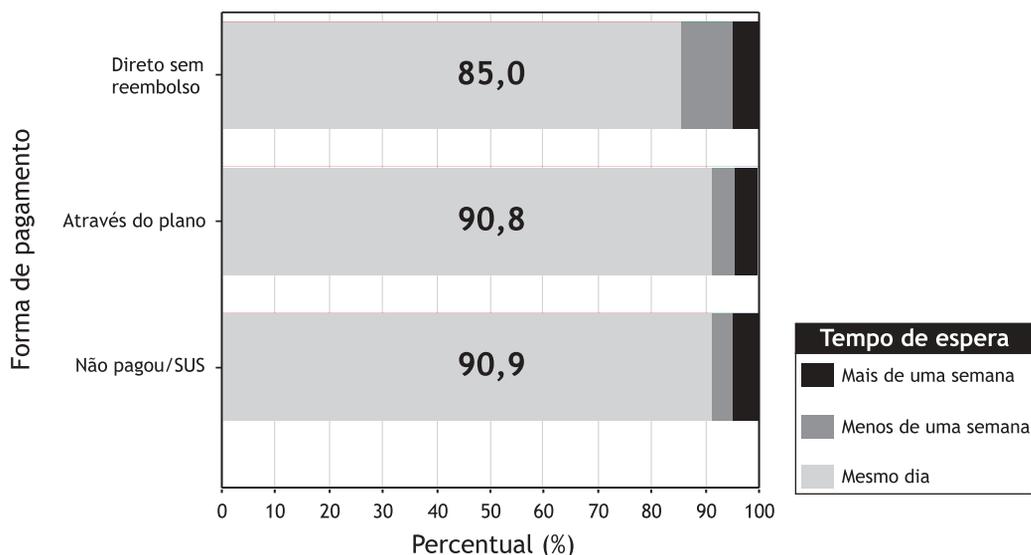
Fração considerável dos entrevistados com internação nos últimos 5 anos se sentiu discriminada, em níveis mais elevados ainda, em relação aos

usuários do atendimento ambulatorial: 13% por falta de dinheiro e 11% pela classe social. Entre os que não pagaram pela internação, 15% e 13% sentiram que foram tratados de modo pior por estes dois motivos, respectivamente. No total dos usuários, 1,5% se sentiu discriminado pela cor (Figura 5, na página 28).

Entre todos os aspectos da internação avaliados pelos usuários, o maior percentual de insatisfação correspondeu à "liberdade de escolha do profissional de saúde", de 25% (Figura 8). Em segundo lugar, foi "facilidade em estar em contato com o mundo exterior", para o qual 19% fizeram uma avaliação ruim. Cerca de 15% avaliaram mal os seguintes aspectos: "tempo gasto com deslocamento"; "tempo de espera até ser atendido"; "possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento"; "participação na tomada de decisões sobre o tratamento"; "tempo para fazer perguntas". Já a "privacidade com os profissionais de saúde" e "facilidade em ter visitas" foram avaliadas como "ruim" ou "muito ruim" por aproximadamente 12% dos entrevistados, enquanto "espaço disponível na internação" e "clareza nas explicações", por 9%. A "limpeza das instalações" foi objeto de insatisfação para 6%, e "sigilo sobre as informações pessoais", "respeito no tratamento", e "respeito à intimidade", para menos de 5% dos usuários.

A análise comparativa das avaliações dos usuários por forma de pagamento da internação indica que

FIGURA 7: Distribuição (%) dos indivíduos que tiveram assistência com internação nos últimos 5 anos por tempo de espera até a internação e forma de pagamento da internação

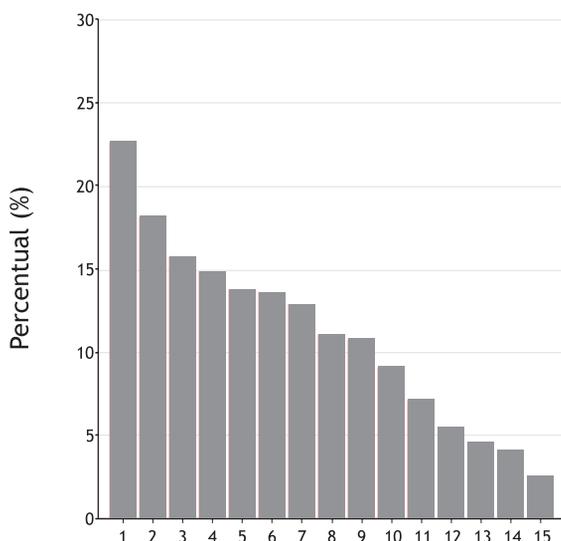


os percentuais de satisfação entre os usuários do SUS são sempre inferiores aos obtidos entre os usuários que pagaram o atendimento pelo plano de saúde, para qualquer dos aspectos contemplados na pesquisa (Tabela 12). Entre os usuá-

rios do SUS, menos de 50% fizeram uma avaliação boa da "liberdade de escolha dos profissionais de saúde" (47%); menos do que 60%, da "possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento" (58%), da "participação na tomada

de decisões sobre o tratamento" e da "facilidade de estar em contato com mundo exterior"; e menos do que 70% do "tempo gasto com deslocamento", do "tempo para fazer perguntas", do "tempo de espera até ser atendido", e da

FIGURA 8: Percentual (%) de indivíduos com avaliação "muito ruim" ou "ruim" segundo aspectos relativos à assistência com internação



1. Liberdade de escolha do profissional de saúde
2. Facilidade em estar em contato com o mundo exterior
3. Tempo gasto de deslocamento
4. Tempo de espera até ser atendido
5. Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
6. Participação na tomada de decisões sobre o tratamento
7. Tempo para fazer perguntas
8. Privacidade com os profissionais de saúde
9. Facilidade em ter visitas
10. Espaço disponível na internação
11. Clareza nas explicações
12. Limpeza das instalações do serviço
13. Sigilo sobre as informações pessoais
14. Tratamento respeitoso
15. Intimidade respeitada



TABELA 12: Percentual (%) de indivíduos com avaliação "muito boa" ou "boa", segundo aspecto relativo à internação por forma de pagamento da internação

Aspecto	Direto	Plano	SUS	Total
Liberdade de escolha do profissional de saúde	77,6	84,5	47,2	57,5
Possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos	77,2	85,8	58,3	65,7
Participação na tomada de decisões sobre o tratamento	78,2	84,0	59,0	65,9
Tempo gasto de deslocamento	71,1	81,6	60,8	66,1
Facilidade em estar em contato com o mundo exterior	76,5	82,9	59,2	65,6
Tempo para fazer perguntas	77,2	89,2	62,9	69,8
Tempo de espera até ser atendido	72,4	86,4	67,8	72,3
Privacidade com os profissionais de saúde	87,2	90,6	67,9	74,3
Espaço disponível na internação	87,9	91,4	71,5	77,0
Facilidade em ter visitas (família e amigos)	82,0	88,6	69,9	74,9
Clareza nas explicações dos profissionais de saúde	86,3	90,5	78,3	81,5
Limpeza das instalações do serviço	89,4	91,7	78,0	81,8
Sigilo sobre as informações pessoais	89,2	96,6	81,5	85,5
Tratamento respeitoso	90,6	93,8	85,8	87,9
Intimidade respeitada	95,2	96,8	90,2	92,0

"privacidade com os profissionais de saúde". O índice médio de avaliação da internação, numa escala de 0 a 100, foi de 73, para o total de usuários; de 88, para aqueles que pagaram a internação pelo plano de saúde; e de 68, para os usuários do SUS.

4.7. Grau de satisfação com o funcionamento da assistência

A todos os 5.000 entrevistados foi feita a seguinte pergunta: "Em geral, qual o seu grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no país?". O percentual de insatisfação foi de 58% (22% insatisfeitos e 36% muito insatisfeitos) e o de satisfação de apenas 27%, com 19% satisfeitos e 8% muito satisfeitos (Figura 9).



O grau de insatisfação foi ligeiramente superior entre as mulheres quando comparadas aos homens, e na faixa etária intermediária (35 a 49 anos), para ambos os sexos. Diferenças maiores foram encontradas por grau de escolaridade, observando-se que o grau de insatisfação é tanto maior quanto melhor o nível de instrução (Figura 10).

Não houve diferença significativa entre os percentuais de insatisfação quando os participantes que tiveram assistência de saúde no último ano foram comparados aos que não tiveram. Por outro lado, o fato de não ter conseguido assistência quando precisou foi fator determinante da insatisfação. Entre os 2,7% do total de entrevistados que não conseguiram assistência, o percentual de insatisfação atingiu quase 80%. Da mesma forma, pagar por plano de saúde privado também se mostrou uma variável associada à insatisfação. Entre os entrevistados que têm plano de saúde privado, o percentual de insatisfeitos é 72%, percentual este que aumenta proporcionalmente aos gastos com saúde, particularmente com a cota de seguro mensal de saúde (Figura 11). Para os que gastam mais de R\$ 200 por mês com plano de saúde, o percentual de insatisfação é 78%.

Variações pouco relevantes no percentual de insatisfação foram encontradas para o percentual do gasto domiciliar mensal com saúde, evidenciando-se que o valor absoluto do gasto foi bem mais importante do que o relativo. A presença de doença de longa duração ou incapacidade também não mostrou influência na insatisfação. 

FIGURA 9: Distribuição (%) dos indivíduos de acordo com o grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no país

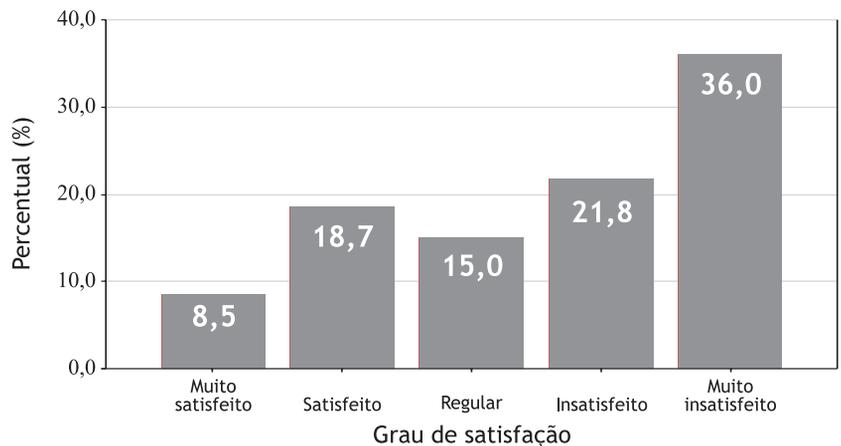


FIGURA 10: Percentual (%) de insatisfação com o funcionamento da assistência de saúde por sexo e grau de escolaridade

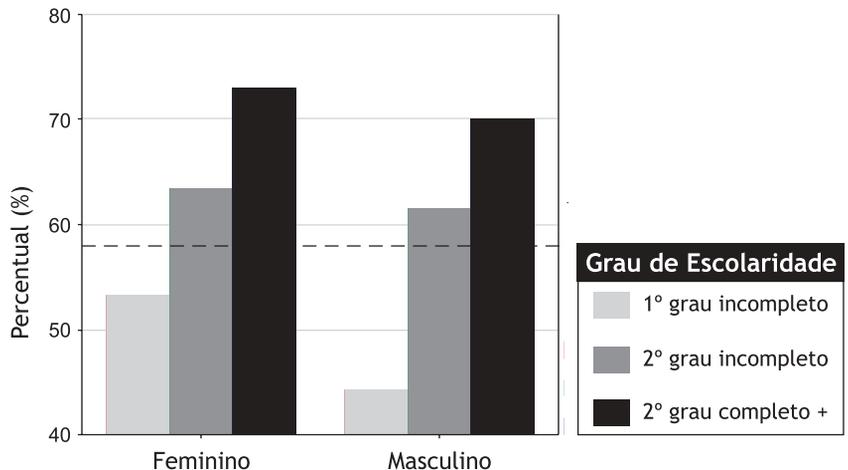
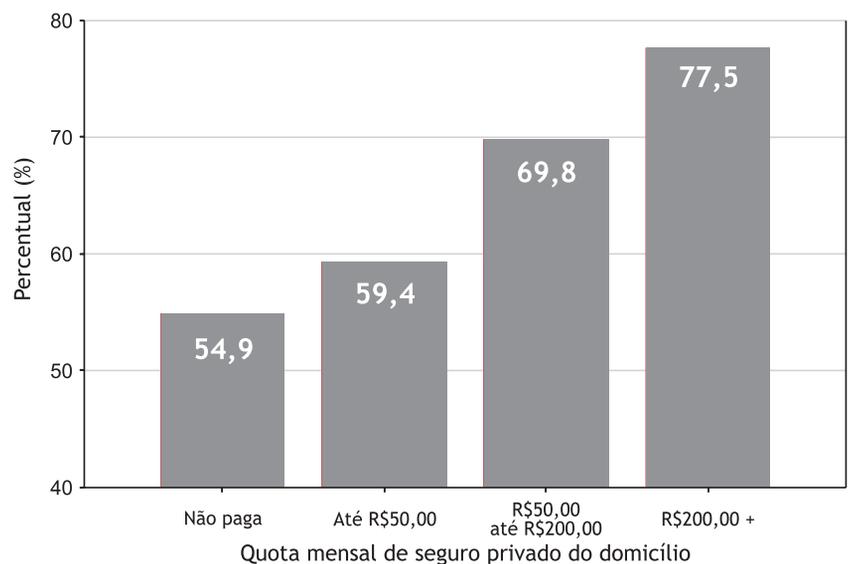


FIGURA 11: Percentual (%) de insatisfação com o funcionamento da assistência de saúde por quota mensal do plano de saúde



Referências bibliográficas

Almeida CM, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Maglionico A, Millar JS, Porto S, Costa NR, Rubio VO, Segall M., Starfield B, Travassos C, Ugá A, Valente J, Viacava F. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357:1692-1697, 2001.

Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 20(3): 10-20, 2001.

Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*. 22; 323(7314):678-81, 2001.

Häkkinen U & Ollila E (eds.). *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). [http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm], 2000.

Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *Lancet*, 357(9269): 1671-1672, 2001.

Jamison DT & Sandbu ME. WHO ranking of health system performance. *Science Reprint*, 293: 1595-96, 2001.

Mulligan J, Appleby J, Harrison A. Measuring the performance of health systems indicators still fail to take socioeconomic factors into account. *BMJ*, 321: 191-92, 2000.

Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356: 1598-601, 2000.

Navarro V. The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health*, 92(1): 31-34, 2002.

Rosén M. Can the WHO Health Report improve the performance of health systems? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1):76-80, 2001.

Szwarcwald CL. On the World Health Organization's measurement of health

inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:177-182, 2002.

Travassos C. Assessing health systems performance – a critical appraisal about the WHO World Health Report 2000 and future developments. Paper presented at *Conference on Restructuring of Health Services and Corporate Public Health in the Era of Reforms. 5-7-2001*, Maastricht, The Netherlands, 2001.

Ugá AD, Almeida CM, Szwarcwald CL, Travassos C, Viacava F, Ribeiro JM, Costa NR, Buss PM, Porto S. Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3):705-712, 2001.

Ustun TB, Chatterji S, Villanueva M, Çelik LBC, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Cao Y, Jun XW, Ozaltin E, Mathers C, Murray CJL. Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. Geneva: World Health Organization. (GPE Discussion Paper 37), 2001.

WHO – World Health Organization. *The World Health Report 2000*. Geneva: WHO, 2000.



Avanço na avaliação dos sistemas de saúde

A metodologia da nova Pesquisa Mundial de Saúde da OMS vem correspondendo às expectativas de especialistas como a epidemiologista Rita Barradas Barata, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa São Paulo. Ela destaca o esforço exigido na elaboração de uma metodologia mais apropriada para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. "Foi um passo importante no desenvolvimento de metodologias de avaliação de sistema de saúde", acredita. "O desafio de aprimorar formas comparáveis de avaliação não é pequeno, pois se trata de desenvolver estratégias sintéticas sem perder, no processo, a complexidade do objeto que se pretende analisar".

A pesquisa 2003 incluiu mudanças de metodologia em relação à de 2000, cujos resultados, lembra a epidemiologista, foram "polêmicos e incoerentes". "A modelagem matemática de um conjunto de indicadores para produzir uma única nota, e com isso posicionar cada país e seu sistema de saúde num ranking, resultou num procedimento falho, artificial e enganoso", sustenta. Na atual pesquisa, no entanto, essas lacunas foram preenchidas e o resultado agradou. "Não se procurou transformar aspectos tão distintos como a situação da saúde, a satisfação dos usuários e os



gastos com saúde numa única medida", afirma Rita Barradas.

Para ela, a manutenção das diferentes dimensões e seus indicadores permite compreender melhor o desempenho de cada sistema avaliado. "A pesquisa abarca dimensões relativas à situação de saúde (estado de saúde e prevalência de problemas selecionados), distribuição de determinantes de saúde e prevalência de fatores de risco, acesso a serviços de saúde e cobertura de ações de saúde, satisfação dos usuários e gastos com saúde. Assim, é possível ter um panorama mais próximo da complexidade desse objeto, e aquilatar os esforços feitos em cada país para atender às necessidades de saúde da população", analisa. Outro ponto positivo destacado por Rita Barradas é a possibilidade de troca de experiências entre diferentes países, uma vez que a mesma metodologia foi utilizada por todos eles.

A epidemiologista ressalta as informações inéditas da pesquisa, como a

prevalência de fatores e situações de risco. "Até o momento, não se dispunha de informações com abrangência nacional para esses aspectos". Há também dois pontos relevantes para o SUS. "Várias informações relativas à cobertura de atividades sugerem que a universalidade do sistema é um fato real", diz. Das pessoas que referiram problemas de saúde, 97,3% afirmaram ter obtido algum tipo de assistência. Dessas, 86,9% obtiveram todos os medicamentos prescritos. Apenas 13,1% das mulheres referiram nunca ter realizado o exame de Papanicolau. "O grande desafio para o sistema brasileiro parece estar nos dois outros princípios constitucionais: a integralidade e a equidade", avalia.

Os dados ainda permitem avaliar aspectos como a comunicação social. "Aparentemente, apontam uma contradição entre a avaliação que os indivíduos fazem do atendimento particular por eles recebido e a avaliação que fazem do sistema de saúde como um todo", diz Rita.

– O grau de insatisfação é muito maior na avaliação do sistema do que na avaliação dos atendimentos recebidos. O esclarecimento dessa aparente contradição exige pesquisas mais aprofundadas desses aspectos, inclusive, de possíveis preconceitos que podem perdurar na população em relação a políticas públicas e sociais. (W. V.)



SERVIÇO

EVENTOS

3º FÓRUM SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília realizam o 3º Fórum de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Distrito Federal, para discutir o processo de educação permanente como prática da saúde coletiva. Participam docentes, pesquisadores, representantes do movimento de educação popular em saúde, gestores, profissionais de saúde, estudantes e os interessados no debate, na reflexão e no enfrentamento dos desafios teóricos e práticos da Educação Permanente em Saúde.

Data 21 a 24 de julho

Local Faculdade de Ciências da Saúde da UnB – Brasília, DF

Mais informações

www.unb.br/fs/forumeducasaude

CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE BIOTECNOLOGIA 2004

Realizado pela Federación Latinoamericana de Asociaciones de Empresas de Biotecnología e pela Associação Brasileira de Empresas de Biotecnologia, o congresso pretende fazer balanço do desenvolvimento da biotecnologia na América Latina e analisar sua aplicação na solução de problemas nas áreas de saúde, agropecuária, meio ambiente e desenvolvimento econômico.

Data 16 a 20 de agosto

Local Centro de Convenções do Bahia, Salvador

Mais informações

Associação Brasileira de Empresas de Biotecnologia

Tel. (21) 2220-1109

E-mail biolatina@abrabi.org.br

Site www.abrabi.org.br

2º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E 1º SIMPÓSIO PAN-AMERICANO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Estão abertas as inscrições para o 2º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, paralelamente ao 1º Simpósio Pan-Americano de Vigilância

Sanitária, de 21 a 24 de novembro, em Caldas Novas (GO). Destinado a profissionais das diversas áreas de abrangência da vigilância sanitária, tanto dos serviços públicos quanto de instituições de ensino e pesquisa, o evento apresenta como tema central "Vigilância sanitária: consciência e vida" e está organizado em três eixos: "Ciência, saúde e sociedade", "Tecnologia, ética e vigilância sanitária" e "Políticas e sistemas de vigilância nas Américas". A inscrição de trabalhos pode ser feita até 20 de julho (pelo correio) e até 1º de agosto (pela internet).

Mais informações

Secretaria do evento Av. Anhanguera, 5.195, Setor Coimbra – Goiânia/GO CEP 74043-011

Tel. (62) 201-4149 / Fax. (62) 201-4150

E-mail simbravisa@visa.gov.br

Site www.simbravisa.com.br

3ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DE BIOÉTICA

Estão abertas até 15 de agosto as inscrições de trabalhos para a 3ª Conferência Mundial sobre Bioética, entre os dias 27 de setembro e 1º de outubro, em Cuenca, na Espanha, organizada pela International Society of Bioethics (SIBI). Com os temas "Problemas com água: escassez e contaminação", "Informação e manipulação" e "Pesquisas e usos de células-tronco", o evento pretende reunir os mais renomados especialistas no assunto.

Mais informações

Site www.sibi.org/3congreso/ingles/p1.htm

CICLO DE PALESTRAS

Em comemoração aos 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS), da Uerj, será realizado um ciclo de palestras. Os temas:

♦ *Dia 12 de agosto* – "A História do SUS", com o conferencista Hésio Cordeiro;

♦ *Dia 9 de setembro* – "Imagens: história, arte e medicina", com Roberto Eugênio de Almeida Magalhães;

♦ *Dia 14 de outubro* – "O Público e o privado na saúde", com Cid M. M. Vianna, Eduardo Faerstein e Madel Therezinha Luz. As palestras acontecem sempre às 10h, no auditório do IMS, na Uerj, 6º andar, sala 6.012, bloco E.

PUBLICAÇÕES

OPAS/OMS/MINISTÉRIO DA SAÚDE

Uso racional de medicamentos – temas selecionados é a primeira publicação de uma série técnica sobre uso de medicamentos.

Nesta edição, a médica Lenita Wannmacher trata dos contraceptivos orais. Entre os assuntos a serem abordados nos próximos números estão: anti-inflamatórios, reposição hormonal, tratamento da obesidade, da depressão e da osteoporose.

Mais informações

Centro de Documentação da Opas

Tel. (61) 426-9582

E-mail cedoc@bra.ops-oms.org

Para download:

www.opas.org.br/medicamentos/docs/RelatorioAtenfar20012002.pdf



UNICEF

Família brasileira fortalecida, editada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), governo federal e 28 organizações, é uma

publicação composta de uma caixa com cinco álbuns sobre os cuidados necessários às crianças na primeira infância (pré-natal a 6 anos). O objetivo do kit, que também traz tópicos sobre direitos e cidadania infantis, é ajudar as famílias a garantir saúde, segurança e estímulos positivos aos filhos. As mensagens são simples e ilustradas, de forma a traduzir o conhecimento científico sobre o desenvolvimento da criança – incluindo as melhores práticas de incentivo à capacidade de pensar e de dominar a fala e as habilidades sociais e emocionais.

Mais informações

Por carta Unicef, Caixa Postal 08485, Brasília, DF-CEP 70312-970

Por fax (61) 349 0606

Por e-mail brasil@unicef.org

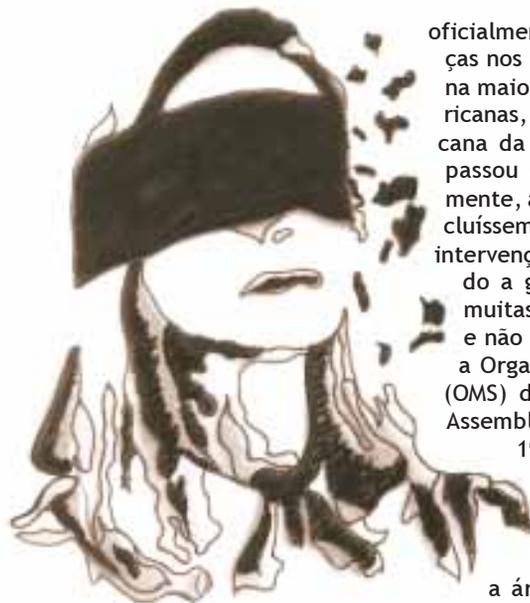
Para download www.unicef.org/brazil/bfb_albuns.htm



PÓS-TUDO

Desafio à saúde pública

ILUSTRAÇÃO: HÉLIO NOGUEIRA



Editorial de *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n° 3, maio/junho de 2004, editado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro

A DIFÍCIL E LENTA ENTRADA DA VIOLÊNCIA NA AGENDA DO SETOR SAÚDE

Maria Cecília de Souza Minayo

A violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo: (1) pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; também, (2) pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra.

Embora já ninguém duvide que violências e acidentes sejam problemas que afetam a saúde, ao longo dos anos esses fenômenos vêm sendo tratados como objeto exclusivo da segurança pública. Apenas na década de 90 o setor começou a assumi-los

oficialmente. Observando as mudanças nos perfis de morbimortalidade na maioria das regiões latino-americanas, a Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de 1993, passou a recomendar, insistentemente, aos países-membros que incluíssem o tema na sua agenda de intervenção. Mais tarde, percebendo a gravidade da situação em muitas outras partes do mundo, e não só na região das Américas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-lhe prioridade na Assembléia Mundial de Saúde em 1997. E, em 2002, a OMS publicou extenso informe, denominado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, trazendo para

a área uma reflexão sobre sua responsabilidade específica e intersectorial.

No Brasil, também foi difícil introduzir o assunto dos Acidentes e Violências na agenda da política de saúde, apesar de, desde a década de 1980, esses eventos constituírem a segunda causa de óbito no perfil da mortalidade geral. Desde então, essa situação vem sendo evidenciada e publicizada por pesquisadores e estudiosos do conceito e das informações sobre "causas externas", rubrica que na Classificação Internacional de Doenças designa as mortes, as lesões e os traumas derivados do fenômeno. No final da década de 90, mais precisamente em 1998, depois da Assembléia Mundial de 1997 que privilegiou o assunto, o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico com a finalidade de diagnosticar e de propor ações específicas para o setor.

Tive o privilégio de ser a presidente desse Comitê que compartilhou com mais 150 profissionais de todo o país a discussão da proposta, posteriormente analisada e aprovada pelas instâncias tripartites do SUS e pelo

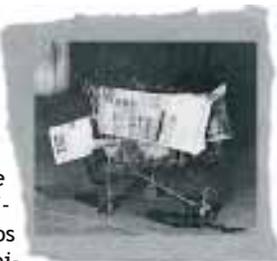
Conselho Nacional de Saúde. Em 16 de maio de 2001 (não sem muitos percalços e delongas), o documento foi oficializado por portaria com a seguinte denominação:

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esse documento contém a definição dos conceitos, o diagnóstico da situação, as diretrizes e as estratégias de ação intersectorial, ressaltando a responsabilidade do setor.

Hoje estão em curso muitas ações de nível nacional, estadual e municipal de prevenção da violência e dos acidentes, algumas existem antes da portaria que define a política, e outras são inspiradas nela. No momento presente, está sendo elaborado um Plano de Ação que orientará e integrará as diversas perspectivas e iniciativas nacionais.

Tudo tem sido muito lento e há vários motivos para isso. O principal é que, numa área dominada pela mentalidade biomédica, "as violências e os acidentes" costumam ser vistos como um objeto estranho a seu universo conceitual. Porém, é preciso que todos saibam que o perfil de mortalidade e da morbidade da população brasileira hoje é marcado mais pelas condições, situações e estilos de vida do que pelas enfermidades tradicionais. Violências e acidentes fazem parte desses problemas que devem merecer tanta atenção como a Aids, o câncer e as enfermidades cardiovasculares. ■

Maria Cecília de Souza Minayo é Coordenadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde de Jorge Carelli (Ensp/Fiocruz).



FOTOS: REPRODUÇÃO



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