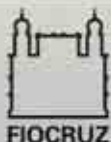


# RADIS

comunicação em saúde



Nº 24 ♦ Agosto de 2004

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

[www.ensp.fiocruz.br/publi/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis)

Impresso  
Especial

050202087-3/2004-DR/RJ  
Fundação  
Oswaldo Cruz  
CORREIOS



1861  
JUSTIÇA SOCIAL  
DESIGUALDADE  
VIOLÊNCIA  
EXCLUSÃO

## A cidade e a saúde

Congresso de Epidemiologia pede um olhar  
mais solidário para os problemas urbanos

*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.*

## Informação em saúde para o nível médio



Estão abertas as inscrições para as 25 vagas da quinta edição do curso *Especialização em Informação e Saúde – Nível Médio*, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz, no Rio de Janeiro. Dedicadas à capacitação do profissional de saúde das áreas de informação, comunicação e informática na organização e no uso das informações de interesse para a saúde no nível local, as aulas começam em setembro, e a carga horária é de 180 horas.


A filosofia do curso foi apresentada em pôster no 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (ver cobertura na página 8), mostrando que o preparo de profissionais de nível mé-

dio na informação em saúde é estratégica para a compreensão da situação de saúde, a otimização dos recursos e a melhoria do planejamento e do acompanhamento das ações e serviços de saúde, como expressaram as últimas Conferências Nacionais de Saúde e vários eventos relacionados à informação.

As aulas visam qualificar o trabalhador para atuar de forma crítica no processo de produção, organização e uso das informações, compreendendo o contexto histórico, social e político de seu trabalho, os conceitos fundamentais, a tecnologia que pode ser utilizada e se percebendo sujeito-trabalhador. O curso compreende os seguintes módulos: Informação e Saúde

(conceitos básicos); Comunicação e Saúde (conceitos, formas, usos na saúde, contexto e estado da arte); Biblioteca (organização, funcionamento, acesso à informação científica, biblioteca virtual); Gestão de Documentos e Arquivos (memória, organização, tecnologias utilizadas); A Informação produzida pelos serviços de Saúde (sistemas de informação em saúde e o prontuário do paciente); Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (contexto da evolução e uso da informática e da internet, cidadania e inclusão digital, software livre e de código aberto, principais tipos de aplicativos e seu uso na saúde).

Nos quatro primeiros cursos, tornaram-se especialistas em Informação e Saúde, 85 trabalhadores dos seguintes setores: Epidemiologia (em posto de saúde e hospital); Informática (hospital, centro de pesquisa e Secretaria de Saúde); Biblioteca (centro de pesquisa e faculdade da área de saúde); Arquivo de Prontuário (unidades de saúde); Estatística (hospital e posto de saúde); Centro de Documentação; Centro de tratamento de imagens e editora; secretaria (unidade de internação, posto de saúde, Secretaria de Saúde e centro de pesquisa).

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio ministra o curso em parceria com o Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict), a Casa de Oswaldo Cruz (COC) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), todos da Fiocruz. 

Mais informações  
**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**  
Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21045-900  
Tel. (21) 2598-4407 / 4408

## O novo olhar da epidemiologia

A desigualdade, traço histórico e estruturante da sociedade brasileira, se amplia nas cidades, por efeito de processos da segregação das populações pobres aos espaços para os quais Estado e sociedade reservam os piores serviços públicos. Na auto-segregação dos ricos reside a perpetuação deliberada das barreiras sociais. Paradoxalmente, é nas cidades que as diferenças socioespaciais são mais freqüentemente colocadas em cheque, ora pela emergência da violência, ora pela solidariedade que pulsam em todas as classes.

Antigas doenças somam-se às novas. Pesquisar essas endemias, seus processos determinantes e tudo o que afeta a vida das populações urbanas, desenvolvendo ações que promovam saúde, pode contribuir para cidades cada vez mais saudáveis. Assim, tuberculose, malária ou Aids são foco dos estudos epidemiológicos contemporâneos tanto quanto violência, trânsito, depressão, estresse, obesidade ou doenças crônico-degenerativas. Mas a principal tendência que o 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia confirma, a exemplo dos últimos congressos de saúde pública, é a freqüência cada vez maior de trabalhos de autoria de profissionais que atuam nos serviços de saúde ao lado das pesquisas acadêmicas, além da presença de usuários interessados e organizados. Em sua palestra, o australiano John Lynch, da universidade americana de Michigan, mostrou-se surpreso com tanta participação: “No resto do mundo isso não acontece; a discussão é sempre setorizada”.

Entregar-se à leitura das páginas dessa cobertura jornalística é como transportar-se para a cena do congresso, estar em três ou quatro auditórios ao mesmo tempo, complementar as informações com

os palestrantes ou pela internet, ouvir análises de especialistas e os comentários de intervalo dos congressistas. Bom para quem não pôde ir e até mesmo para quem esteve no evento. Uma aula de epidemiologia dada não apenas pelos acadêmicos, mas também por quem está inteiramente envolvido nas ações de saúde e, cada vez mais, se sente encorajado a registrar suas experiências e refletir coletivamente sobre elas.

Entre as cartas à *Radis*, um relato do resultado do trabalho de equipes de saúde da família com hipertensos e diabéticos, que vem reduzindo o número de internações no município baiano de Tapiramutá.

Confira nesta edição por que vale a pena deixar de fumar, o que pretende o governo com o Qualisus e uma introdução à bioética em entrevista com Volnei Garrafa. Acompanhe também dois debates que vão movimentar as comissões do Congresso neste segundo semestre: a votação do projeto de lei que trata do polêmico Ato Médico, rejeitado pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, e o projeto de lei complementar que regulamenta a Emenda Constitucional 29, definindo o montante de recursos a ser destinado a ações e serviços públicos de saúde pela União, os estados e os municípios. Acompanhar, na verdade, é pouco. Segundo o espírito da Reforma Sanitária e do SUS, a palavra de ordem para os segmentos envolvidos com a saúde é participar e influir nos rumos deste debate, antes das votações.

Agora, a melhor notícia: a partir deste número, cada delegado à 12ª Conferência passa a receber gratuitamente a revista *Radis*, todos os meses.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Radis

### Comunicação em Saúde

♦ Informação em saúde para o nível médio 2

### Editorial

♦ O novo olhar da epidemiologia 3

### Cartum

3

### Cartas

4

### Súmula

5

### Toques da Redação

7

### 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

♦ Cidade mais justa e saudável 8

### SUS Verde

♦ Um mapa de investimentos para a Amazônia Legal 29

### PEC 29

♦ Congresso revê as verbas da saúde 30

### 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente

♦ Em debate, novas tecnologias e OGMs 31

### Entrevista: Volnei Garrafa

♦ “O Brasil deve buscar respostas bioéticas próprias” 32

### Serviço

34

### Pós-Tudo

♦ O olhar de Oswaldo 35

Capa e ilustrações Aristides Dutra  
Ilustrações Hélio Nogueira

## CARTUM

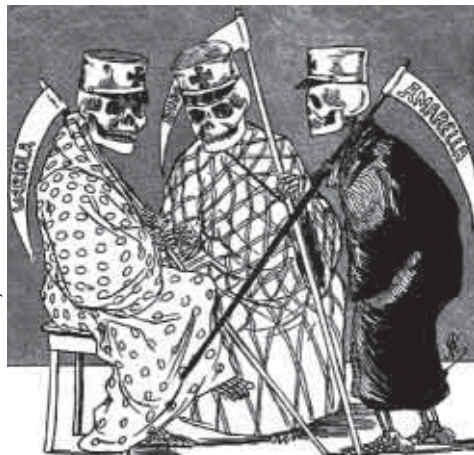


IMAGEM DA MOSTRA "100 ANOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS NO BRASIL"

Os três grandes males, a varíola, a peste bubônica e a febre amarela trocam impressões sobre as campanhas que lhes move Oswaldo Cruz:

**Febre amarela** – Mas... Oswaldo é um talento. Descobriu que o mosquito é meu servidor e não faz outra coisa a não ser matar mosquitos – é um meirinho!

**Peste bubônica** – Qual; faz coisa melhor: caça ratos com a trompeta e caixa. É um gatão!

**Varíola** – Pois com o meu aparecimento, não querendo ele responsabilizar as moscas e baratas, deu para matar as pobres crianças com ferros envenenados, a tal vacina obrigatória. É um pavão!

♦ ♦ ♦ ♦ ♦

O cartum é do início do século 20; 100 anos depois, novos e antigos flagelos desafiam a saúde pública: Aids, tuberculose e hanseníase.



## CARTAS

### SORTEIO EM GARANHUNS

Parabéns a todos pela grande iniciativa de publicar a Radis e distribuí-la gratuitamente, pois este grande ato é um passo em prol do controle social. Tomei conhecimento do programa Radis ao participar do curso de capacitação de conselheiros municipais de saúde. Lá, o monitor sorteou entre os participantes uns poucos números e tive a sorte de ser um dos contemplados. Sou funcionário público estadual, lotado no Hospital Regional de Garanhuns (Pernambuco), na função de motorista, e participo do conselho municipal de saúde em meu município.

♦ Francisco Marques da Fonseca, Garanhuns, PE

### FORRÓ DOS HIPERTENSOS

As três equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal da Saúde de Tapiramutá – município baiano com 18.425 habitantes, na Chapada Diamantina – botaram os hipertensos e os diabéticos em movimento. Duas vezes por semana a turma caminha, nada, dança e participa de passeios. Em junho foi promovido o 2º Forró dos Hipertensos. Cada dia mais os laços entre as equi-



pes e os hipertensos se estreitam. Resultado: redução de internações por derrame de 19,93% para 13,65%.

♦ Aidê Nunes da Silva, enfermeira e secretária de Saúde

### QUALIDADE E SERIEDADE

Sou graduado em Sociologia e Trabalho no Instituto Adolfo Lutz. Parabéns pela qualidade das reportagens. Pena que só a conheci há poucos dias, por uma amiga que fazia consulta na biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP. Fiquei fascinado com os temas e a seriedade como são abordados.

♦ Odair de Campos Bretas, Taipas, SP

### SUCESO NA FACULDADE

Olá, sou estudante universitária de enfermagem e por isso tive a oportunidade de conhecer a revista *Radis*, pelo sucesso que ela faz lá na

faculdade. Ela tem contribuído muito para o nosso crescimento científico.

♦ Luciana Lessa Dias Rodrigues, Rio de Janeiro, RJ.

### POVOS INDÍGENAS

Sou enfermeira aposentada, não exerço mais a profissão, mas gosto de estudar e estar sempre sabendo do “novo” e do “atual”. Fiquei emocionada com a reportagem sobre a saúde dos povos indígenas. Quero agradecer de modo especial pelo envio da *Radis* e desejar que continuem com este trabalho maravilhoso por muitos anos.

♦ Maria Bibiana Mendes, Franca, SP

### PARA ESTUDO

Gostaria de parabenizá-los pela revista, já que é um excelente material de estudo. Sou aluna de graduação de Farmácia da Universidade Federal Fluminense, e estou cursando a disciplina de Higiene Social. Este material é constantemente citado pela minha professora.

♦ Noemia Lobato Serrano, Niterói, RJ

### EM DIA

Estou orgulhosa por receber a *Radis*. Este ano vocês foram mais pontuais e mais criativos nas pesquisas, nas edições, nos assuntos etc. Em 1998 eu estava no curso técnico de enfermagem, e hoje não trabalho mais em hospital, mas numa farmácia, algo que descobri que amo. Gostaria que vocês elaborassem reportagens ligadas à farmácia, a substâncias, aos lançamentos de novos remédios, que me ajudarão a entender melhor a área em que atuo.

♦ Francineusa Saraiva Gomes, Macapá, AP

### TRANSGÊNICOS E CIDADANIA

Na Súmula da *Radis* nº 22 há um comentário de Mariana Paoli, do Greenpeace: “A Bunge, que na Europa garante produtos livres de transgênicos até para a alimentação animal, deveria respeitar o direito e a vontade dos consumidores brasileiros e garantir produtos livres de transgênicos também aqui”. A Lei e a ética atemporal são duas coisas diferentes que não podem

## 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  
Subcoordenação Justa Helena Franco

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

Arte Aristides Dutra (subeditor) e  
Hélio Nogueira

Documentação Jorge Ricardo Pereira  
e Laís Tavares

Secretaria e Administração e Infra-  
estrutura Onésimo Gouvêa e  
Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho 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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/publi/radis](http://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.

ser confundidas. A Bunge produz alimentos livres de transgênicos na Europa porque só consegue vendê-los lá se assim o fizer: tanto a fiscalização funciona quanto o consumidor rejeita o transgênico. Portanto, na Europa, a Bunge se curva à punição dupla: a da lei e a do consumidor.

O mesmo problema foi apontado por Aristides Dutra em seu artigo "Para que serve a comunicação?", e também acontece com a publicidade contra os acidentes de trânsito. Temos um problema de educação no Brasil: como Estado e povo não aceitamos limites ao nosso comportamento. Cobramos do governo que o Estado atue para o bem coletivo, mas nos comportamos visando apenas o bem pessoal. Isto impede o equilíbrio, que é a base para a formação do Estado. Enquanto isso, a Bunge continua a produzir óleo de soja sabor "T" para os brasileiros cozinharem o almoço de cada dia.

♦ Vera Lucia Soares da Silva, psicóloga, Brasília, DF

#### MAIS RICA

Sou estudante de Patologia Clínica e me enriqueceu muito a leitura da revista.

♦ Vera Lúcia C. Sereno, São João de Meriti, RJ

#### MEMÓRIAS DA MEDICINA

Sugerimos fazer chegar aos leitores a notícia do lançamento do livro *O riso dourado da vila*, que traz as memórias do professor João Amílcar Salgado, sobre os anos dourados. Nele, é descrita, com humor, a vida estudantil na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, exatamente quando o ensino ali ministrado sofreu forte guinada pela substituição do modelo francês pelo norte-americano. A mudança, patrocinada pela Fundação Rockefeller, representou a adoção de um ensino altamente elitizado. (...)

♦ Sebastião Gusmão, coordenador do Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais, Belo Horizonte

♦ O lançamento do livro está na seção Serviço (pág. 34), em Publicações. ■

#### 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

### VÍRUS DO OESTE DO NILO É MONITORADO



Entomologista da Fiocruz Anthony Guimarães faz parte de um grupo de especialistas que, a partir de agosto, rastreará em terras brasileiras o vírus do Oeste do Nilo, que já matou mais de 500 pessoas nos Estados Unidos e chegou ao México e a países do Caribe. Em entrevista ao jornal *O Globo* de 22 de junho, ele disse que o vírus já pode estar no Brasil, mas ainda não foi identificado.

Virologistas, ornitólogos e entomologistas de Brasil, Venezuela, Porto Rico e Estados Unidos criaram um consórcio internacional para acompanhar a situação, com verba de US\$ 300 mil do Instituto Nacional de Saúde, dos EUA. O vírus, originário da África, do oeste da Ásia e do Oriente Médio, é transmitido ao homem pela picada de vários mosquitos vetores. Mas aves contaminadas também têm papel importante na disseminação da doença. O vírus deve entrar na América do Sul pela Venezuela, rota das aves migratórias que deixam os Estados Unidos nos meses do inverno.

A ação deve começar no Parque Nacional Rancho Grande, norte da Venezuela. No início e no fim do período migratório, as aves terão amostras de sangue coletadas e testadas para a detecção do vírus. No Brasil, a pesquisa será realizada no Pantanal Mato-Grossense, outro destino importante das aves migratórias.

O vírus ataca preferencialmente animais, mas também infecta seres humanos, provocando febre, dores musculares e cefaléias. A mor-

te pela febre do Oeste do Nilo, porém, não é muito comum. Em Nova York matou 200 pessoas porque as aves migratórias circulam no Central Park, grande área arborizada de lazer no coração de Manhattan. Os brasileiros que moram nos grandes centros não precisam ficar assustados com a possibilidade de chegada da doença. As aves migratórias se concentram principalmente nas matas do Pantanal, do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul, esclareceu à Radis Anthony Guimarães, que é pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz.

### MEIO MILHÃO DE GRÁVIDAS MORRE SEM ATENDIMENTO

Ó Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) revelou que, 10 anos após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (Egito), os problemas de mortalidade materna nos países de Terceiro Mundo continuam inalterados. Por ano, 500 mil mulheres morrem em consequência da gravidez ou do parto, em sua maioria por falta de atendimento. Cerca de 40% das mulheres que vivem nessas regiões dão à luz sem ajuda médica, segundo levantamento feito em 169 países, para um balanço dos 10 anos da Conferência do Cairo. O risco é particularmente alto para as jovens de 15 a 19 anos, cuja taxa de mortalidade materna é duas vezes mais elevada do que a das mulheres de 20 a 24 anos, disse a professora Gita Sen, do FNUAP.

Aproximadamente 13% das mortes são causadas por abortos praticados em más condições, inclusive em países onde a interrupção da gravidez é permitida por lei. "Continuamos com essa cifra terrível de mais de meio milhão de mulheres que morrem a cada ano, enquanto aproximadamente 18 milhões de mulheres ficam inválidas ou cronicamente enfermas em razão de doenças contraídas durante a gravidez", lamentou Gita Sen.

### UNIÃO CONTRA A HANSENIASE NO RJ

A Coordenação de Hanseníase da Secretaria de Saúde do Estado do Rio, em parceria com Fiocruz, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan),

Sociedade Brasileira de Dermatologia, Associação Holandesa de Combate à Hanseníase, entre outras instituições, planeja uma campanha de esclarecimento e diagnóstico da hanseníase. A proposta é atuar paralelamente à Campanha Nacional de Vacinação, marcada para 21 de agosto. Voluntários estarão nos postos de saúde para dar esclarecimento sobre a hanseníase, fazer diagnóstico e detecção da doença.

Mas o sucesso dessa iniciativa depende da participação de voluntários. O Morhan está inscrevendo os interessados em seu site ([www.morhan.org.br](http://www.morhan.org.br)) ou por e-mail ([voluntario@morhan.org.br](mailto:voluntario@morhan.org.br)).

Vale lembrar que a hanseníase tem cura, mas, no país, ainda constitui problema de saúde pública. Por isso, diminuir sua prevalência é prioridade do governo federal. Eliminar a doença significa ter menos de um caso para cada grupo de 10 mil habitantes. No Brasil, em 2003 houve 79.908 casos de hanseníase, com taxa de prevalência de 4,52/10 mil/hab. Só no ano passado foram diagnosticados 49.026 casos novos de hanseníase no Brasil, com taxa de detecção de 2,77/10.000 habitantes.

#### DEIXAR DE FUMAR, NUNCA É TARDE



Uma ampla pesquisa da Universidade de Oxford, na Inglaterra, iniciada há 50 anos, trouxe à luz mais um forte argumento para aqueles que desejam largar o vício do cigarro. Dependendo da idade, um fumante que larga o vício pode recuperar alguns dos anos de vida que estariam comprometidos. Deixar de fumar aos 30 anos, revela a pesquisa, elimina praticamente todos os riscos de morte prematura. Aos 50 anos, reduz o risco à metade.

De acordo com a pesquisa, os fumantes vivem, em média, 10 anos menos do que aqueles que não têm o vício. Um terço dos não-fumantes nascidos por volta de 1915 que participaram da pesquisa continuam vivos, contra apenas 7% dos fumantes nascidos na mesma época. Dos fumantes do estudo, 85% dos que nunca fumaram regularmente chegaram aos 70 anos. E 57% dos regulares alcançaram essa idade, anunciaram os pesquisadores.

Outra pesquisa, realizada pela Universidade de Boston, nos EUA, analisou amostras de tecido pulmonar de fumantes, não-fumantes e ex-fumantes e constatou que as substâncias do cigarro penetram até no núcleo das células e causam alterações no material genético. Dependendo da saúde de cada um, essas mutações podem levar à formação de tumores cancerosos. Segundo os pesquisadores, "o fumo alterou a expressão de numerosos genes nas vias respiratórias. Vários oncogenes (relacionados ao câncer) tiveram expressão aumentada — passaram a funcionar com mais intensidade. Enquanto isso, genes que deveriam controlar essa atividade e proteger a célula dos agentes tóxicos do cigarro tornaram-se deficientes".

#### STF AUTORIZA ABORTO EM CASO DE ANENCEFALIA

O ministro Marco Aurélio Mello, do Supremo Tribunal Federal (STF), concedeu em 1º de julho liminar considerada histórica à Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, garantindo que mulheres portadoras de fetos anencefálicos (sem cérebro) possam, a partir de agora, interromper a gestação a qualquer momento sem autorização judicial e sem que fiquem a lei (o Código Penal criminaliza o aborto, e só o admite em casos de risco de vida para a mãe e de gravidez resultante de estupro). Ficam suspensos, portanto, todos os processos contra gestantes que interromperam a gravidez de fetos com essa anomalia. A liminar também protege médicos e profissionais da saúde que realizam a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia.

Em nota divulgada no dia 2, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (a católica CNBB) opinou que a decisão do ministro Marco Aurélio deveria ter sido tomada depois de "ampla reflexão pela sociedade" e a "participação do plenário da instituição" — o que naturalmente ocorrerá, já neste mês

de agosto, e anunciou aos jornais do dia 3 sua estratégia: a cúpula da CNBB pretende pedir ao procurador-geral da República, Claudio Fonteles, que se posicione contra a liminar.

O Ministério da Saúde, por sua vez, em nota oficial no próprio dia 1º, anunciou que o SUS "cumprirá a medida, em todo o território nacional", a partir do momento em que a Advocacia Geral da União fosse notificada da decisão liminar. "A determinação do Supremo será seguida até que o mérito da questão seja julgado", diz a nota.

O movimento feminista celebrou a decisão, que considera um passo importante em sua luta pela descriminalização do aborto, e elogiou especialmente a nota do MS.

"Considero uma nota técnica que imediatamente incorpora, sem titubear, que cumprirá a liminar. Isso é bom demais", disse à *Radis* a médica Fátima Oliveira, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde. Para ela, representou um grande apoio político à liminar, pois, mesmo antes de recebê-la, o ministério adiantou-se e disse que a cumprirá e a integrará aos procedimentos do SUS. "Nos 10 anos em que acompanho o debate sobre aborto na imprensa, é a primeira vez que o Ministério da Saúde divulga em tão curto espaço de tempo uma nota positiva sobre um debate polêmico acerca do aborto."

A neonatologista Elisabeth Moreira, do Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz), no Rio de Janeiro, afirmou que a medida já deveria ter sido tomada há mais tempo. "Havia muita hipocrisia por trás disso, pois as pessoas impedidas de realizar esse procedimento eram as menos favorecidas, já que aquelas com mais recursos resolviam o problema por outras vias". Para ela, o mais importante é que agora, apesar de todas as questões culturais e religiosas que permeiam o assunto, a decisão ficará a cargo da mãe. "É um sofrimento muito grande para a mulher que precisa trabalhar para sustentar a família saber que terá de carregar por nove meses um feto que morrerá em 24 ou 48 horas", opinou.

A nota do MS informou também que a partir de junho deste ano as farinhas de trigo e de milho fabricadas no país ou importadas deverão ser enriquecidas com ferro e ácido fólico. É o que determina a Resolução 344 da Anvisa, baixada em 2002. O ácido fólico é indicado para mulheres em idade fértil, porque previne a má formação do tubo neural (estrutura precursora do cérebro e da medula espinhal)

no feto. Quando não há o fechamento do tubo neural, o feto apresenta deformações como anencefalia, espinha bífida e meningocele (defeitos na coluna). O prognóstico de morte é de 100%.

## FOME ZERO EM EXPANSÃO



Em entrevista ao boletim eletrônico Em Questão, da Secretaria de Comunicação do Palácio do Planalto, o ministro Patrus Ananias, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, informou que o Bolsa-Família, programa de transferência de renda do Fome Zero, contabilizava, no fim de junho, cerca de 4 milhões de famílias atendidas, em 5.463 municípios brasileiros. Segundo ele, até dezembro deste ano estarão sendo atendidas 6,5 milhões de famílias.

— A estratégia de expansão do programa priorizará as famílias que residem em regiões metropolitanas, onde a situação de risco social é mais severa, devido aos problemas de concentração demográfica, violência e desagregação familiar, disse Patrus.

O ministro informou que o esforço estava concentrado na melhoria dos indicadores sociais de 1.227 municípios do Semi-Árido nordestino em que o programa foi implantado, viabilizando 110 mil pequenas propriedades: a aquisição de produtos agrícolas e leite de pequenos produtores rurais e a construção de mais de 17 mil cisternas para captação de água da chuva vêm ajudando a manter no campo as famílias assistidas. Segundo o ministro, a compra pelo governo de 775 mil litros diários de leite de pequenos produtores foi responsável pela preservação e criação de 12 mil empregos. Também foi melhorada a qualidade da merenda em escolas, creches e entidades filantrópicas.

O Bolsa-Família unificou os vários programas de transferência de renda existentes antes do governo Lula. As ações de segurança alimentar e nutricional e de transferência de renda contarão com R\$ 6 bilhões em 2004, afirmou Patrus.

## SENSOR BIOLÓGICO RENDE À ENSP PRIMEIRA PATENTE AMERICANA

A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), da Fiocruz, conseguiu sua primeira patente nos Estados Unidos. O produto patenteado é um sensor biológico para detecção de microorganismos através de fibra ótica em tempo real. O trabalho é coordenado pelo pesquisador Aldo Pacheco Ferreira, do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Ensp, em parceria com os pesquisadores da UFRJ Marcelo Werneck e Ricardo Ribeiro. Os pesquisadores perceberam que a cafeína é uma molécula estável no processo de tratamento de esgoto e, com isso, pensaram em correlacionar um nível de padrão de cafeína com outros indicadores já existentes para analisar melhor a qualidade da água.

A equipe está trabalhando com essa correlação e no desenvolvimento de uma modalidade do sensor para aplicá-lo ao tratamento da água em vários municípios. O sensor é composto por um kit com bateria, no qual se coloca a água a ser analisada e se vê o nível de tolerância da cafeína dentro dela. Se o resultado dessa tolerância for acima do nível padrão, é possível afirmar que há contaminadores potenciais agindo nessa água.

## MAL DA VACA LOUCA MATA NOS EUA

Depois de assombrar a Inglaterra, onde matou mais de 140 pessoas, o mal da vaca louca fez a primeira vítima nos Estados Unidos. Uma mulher de 25 anos (Charlene Singh), da cidade de Fort-Lauderdale, na Flórida, morreu no dia 20 de junho, 10 anos depois de contrair a doença, o que aconteceu na Grã-Bretanha, segundo a família da vítima: há dois anos, ela foi diagnosticada com a doença de Creutzfeldt-Jacob, versão humana do mal da vaca louca (encefalopatia espongiforme bovina). ■

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

toques da redação



**CALMA, PESSOAL!** — Nada está perdido em relação ao Ato Médico. O substitutivo do senador Tião Viana (PT-AC) foi, sim, aprovado na Comissão de Constituição e Justiça no dia 30 de junho, mas isso não significa que também o será na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para onde foi encaminhado (e aguarda designação de relator). O senador, que é médico, pede que a discussão sobre o mérito da proposta seja feita na CAS, que promoverá três audiências públicas sobre o assunto.

Afinal, Tião participou da 12ª Conferência Nacional de Saúde, e sabe muito bem que o Ato Médico levou um não rotundo de 4 mil delegados na Plenária Final — incluindo delegados-médicos. O PLS 025/02 tem apenas cinco artigos, e seu ponto mais polêmico é a atribuição da prescrição terapêutica apenas ao médico, o que deixou indignados, com toda a razão, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros; seus conselhos e fóruns enviaram ao Senado moção de repúdio ao substitutivo.

Flávia Lima e Alves, assessora de Tião Viana, lembra porém que o senador promoveu em março ampla reunião com representantes das categorias prejudicadas, e todos concordaram em guardar o debate para a CAS, já que à CCJ cabe apenas a avaliação da constitucionalidade da proposta.

Esperemos, então. Mas não custa refletir sobre um comentário da psicóloga Vera Silva, de Brasília: essa matriz do pensamento médico lembra a de advogados e magistrados. “Não por acaso, são profissões que surgiram em tempos muito antigos, quando os sacerdotes eram os médicos e a lei divina era aplicada pelos reis (então, também sacerdotes)”. A matriz deteriorou-se com o tempo, e resultou uma percepção de conhecimento e poder separada do auto-conhecimento, da fraternidade e da própria lei. “Algo sem corpo, mas que forma um corpo profissional desvinculado do profissional e de suas idéias”. ■

# CIDADE mais justa e saudável

**A**proximar a teoria da prática dos serviços de saúde, preocupação que pontuava encontros anteriores, foi a tônica dos debates do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Pernambuco, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) entre 19 e 23 de junho. Evitar a canonização de um método, aproveitar o caráter fluido e dinâmico da epidemiologia, medir e denunciar as iniquidades, para intervir no processo saúde-doença e construir coletivamente a saúde das pessoas, é o que deve mover a prática dos epidemiologistas, propuseram vários expositores. Apelo que se ajustou à perfeição ao tema do EPI-Recife, "Um olhar sobre a cidade" – campo por excelência dos estudos epidemiológicos. O desafio à construção de cidades mais justas e saudáveis foi certamente aprovado lá do alto por "epidemiologistas" do corpo e da alma, como o médico e geógrafo Josué de Castro (1908-1973), o arcebispo D. Helder Câmara (1909-1999) e o sanitarista Frederico Simões Barbosa (1916-2004). Afinal, em terras pernambucanas, eles combateram a fome, a miséria e a doença, e não por acaso foram homenageados *in memoriam* no congresso.

Participaram da cobertura:

*Jesuan Xavier, Justa Helena Franco, Kátia Machado,  
Marinilda Carvalho e Rogério Lannes Rocha*



Os organizadores anunciaram o 6º Congresso no Recife, mas como todas as atividades foram reunidas no Centro de Convenções de Pernambuco, que está em Olinda, fica a dúvida sobre a localização. Olinda ou Recife? Recife ou Olinda? Não importa. Na cerimônia de abertura, noite do dia 20, no Teatro Guararapes lotado (ver números do congresso nas páginas 13 e 14), o prefeito do Recife, João Paulo Lima e Silva, pediu a reflexão dos congressistas sobre a dura realidade da divisão social e não hesitou em culpar a concentração da riqueza como a causa da violência e da exclusão — males que não distinguem fronteiras. Ele foi o primeiro orador a destacar este produto tipicamente brasileiro, a mobilização dos profissionais da saúde, “graças à qual o setor é o que mais avança entre as políticas públicas”.

Último a falar na abertura do 6º Congresso, o ministro da Saúde, Humberto Costa, não escondia a alegria de anfitrião, como pernambucano assumido — que o sotaque não esconde —, embora paulista de nascimento. Ele festejou a contribuição científica ao estudo das doenças e sua aplicação nas práticas da saúde e na qualidade de vida da população, e defendeu o fortalecimento do SUS, “o sistema que da noite para o dia incluiu 50 milhões de excluídos”, como forma de combate aos paradoxos da saúde pública no Brasil. “Enquanto o atendimento de alta complexidade é um dos mais avançados, pois somos o segundo maior transplantador do mundo, a média complexidade e a atenção básica são muito deficientes”, disse.

O ministro destacou os esforços para modificar esse quadro de desigualdades, en-

Nesta e nas páginas seguintes, imagens da mostra “100 anos de prevenção e controle de doenças no Brasil”, do Ministério da Saúde (ver box na pág. 28)

tre eles o acesso universalizado ao atendimento e a medicamentos, a atenção à saúde no controle das endemias, a política de recursos humanos, com treinamento e maior aproximação das universidades para a formação de profissionais. Com seu ministério sob investigação, Humberto não deixou de mencionar a importância dos mecanismos de controle social e de transparência administrativa.

Entre algumas piadas, fez uma rápida queixa: “É preciso acabar com as informalidades nos pactos entre as três esferas de governo e instituir obrigatoriedades, como determina a Constituição Federal”. À mesa, além do presidente da Abrasco, Moisés Goldbaum, e de Rômulo Maciel Filho, diretor do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-Recife), estavam autoridades estaduais, municipais e representantes dos conselhos de secretários de Saúde, Conass e Conasems.

## AS MUITAS EPIDEMIOLOGIAS

Para secretários, sempre às voltas com verbas curtas, epidemiologia é questão de dinheiro. Para os epidemiologistas que acorreram em massa ao congresso, epidemiologia é sacerdócio, seja ela molecular, clíni-

ca, clássica ou social. Sim, uma das mesas-redondas da manhã do dia 21 debateu no Auditório Tabocas, inicialmente lotado, pouco a pouco esvaziado pelos chamados do almoço, “A epidemiologia e seus adjetivos”.

Eram quatro expositores, três deles epidemiologistas de carteirinha: Eduardo L. Franco, diretor da Divisão de Câncer Epidemiológico da Faculdade de Medicina da Universidade McGill, do Canadá, que falou da epidemiologia molecular e das questões de método, que exigem rigor e ausência de ambigüidades; Maria Inês Schmidt, especialista em diabetes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que analisou a epidemiologia clínica, ou seja, o trabalho com as populações na perspectiva de sua relação com os serviços públicos; e Rita Barradas Barata, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, que esmiuçou as origens, as teorias e os dilemas da epidemiologia social, que se distingue pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Por fim, José Ricardo Ayres, da USP. Auto-intitulado “investigador médico-



social”, e não “epidemiologista de ofício”, foi indicado para falar sobre epidemiologia clássica, mas fez na verdade um balanço esclarecedor das tão diferentes vertentes desta área da saúde coletiva. A epidemiologia, lembrou José Ricardo, iniciou o processo de se atribuir adjetivos desde que começou a tentar se autodefinir. (E não parou até hoje: qualquer um que procure uma definição simples de epidemiologia na internet se depara com verdadeiros tratados.) Com o passar do tempo, pulverizou-se em epidemiologia experimental, da saúde, social, clínica, molecular, crítica. Fora os subadjetivos, continuou ele, como descritiva, analítica, psiquiátrica, ambiental, dos serviços. “Já encontrei epidemiologia matemática e, não raro, a epidemiologia sem números”.



Para José Ricardo, o processo de abstração nas definições da epidemiologia é que permitiu essa ampla adjetivação. “E permitiu paralelamente uma enorme liberdade especulativa, de fazer perguntas, abrindo potencialidades interdisciplinares fantásticas”, disse. O lado negativo: imprecisão da identidade (o que é o epidemiologista, afinal?, foi uma célebre pergunta feita em meados do século passado por uma revista científica), dificuldades de diálogo, de organização institucional, imprecisão da esfera de validação, inconsistência na interpretação dos resultados...

# A epidemiologia

No Brasil, a epidemiologia vem se desenvolvendo há cerca de três décadas como parte do movimento da saúde coletiva e ferramenta fundamental para a transformação das condições de saúde da população e poderosa aliada do Sistema Único de Saúde. Muitos epidemiologistas afirmam hoje que essa área do conhecimento caminha para sua maturidade ao tentar compreender a relação entre saúde, doença e cuidado como parte da organização social. Nesse caminho, porém, alguns trajetos precisam ser reconstruídos, disse Gastão Wagner, secretário-executivo do Ministério da Saúde e professor da Unicamp, no painel *A epidemiologia e o SUS*, no dia 23, que levou grande público ao Teatro Guararapes.

Em sua opinião, o principal objetivo da área deveria ser o de investigar, conhecer e compreender os modos de produzir saúde e doença, e assim intervir no SUS. Mas o que atualmente está em prática, conforme alertou, é uma maior preocupação da epidemiologia com o método de pesquisa aplicado. “Quando canonizamos um método, que é o

que vem fazendo a área, estamos empobrecendo a capacidade desse campo do conhecimento de construir novas hipóteses e excluimos sua capacidade exploratória de conhecer e intervir sobre a realidade”, explicou.

A preocupação de definir e prender-se a métodos é, segundo Gastão Wagner, resultado de um processo de institucionalização da epidemiologia e normalização das ciências. “A epidemiologia precisa se aproximar da ciência em geral”, defendeu. “Normalizar significa se aproximar da ciência positiva, ou seja, é esperado que o epidemiologista trabalhe com evidências verificáveis, analise essas evidências e busque verdades universais, isole fatores para estudá-los e use uma metodologia principalmente matemática e estatística”, criticou. Hoje, quem não utiliza métodos está em princípio descartado. “Não vai ter financiamento, não passará nos mestrados, não vai ter seu trabalho publicado nas revistas científicas, vai para o limbo”.

Apesar da crítica, para Gastão o caminho a ser percorrido não é o de



Como superar?, perguntou José Ricardo. “Não sei se teria muito a dizer sobre o que fazer, talvez mais so-

bre o que não fazer”. Não tentar respostas na marra, com dogmatismo, com fechamentos corporativos, em que a comunidade de pesquisa e ensino de epidemiologia acaba fechada em feudos e guetos, atrapalhando o diálogo. Na esfera da validação, evitar também duas situações polares: “Epidemiologia é tão ba-



OS FLAGELOS DE UM PAÍS EM CONSTRUÇÃO  
Charges e ilustrações de personagens com varíola e febre amarela

# a serviço do SUS

abandonar o método, e sim aproveitá-lo sem esquecer que o principal propósito dessa área do conhecimento é investigar a expressão coletiva do processo de saúde e doença, da distribuição de riscos, da vulnerabilidade e da intervenção em saúde. “Não estou propondo renunciar ao que foi conquistado, mas precisamos reconstruir e enriquecer a epidemiologia sem nos perdermos nesse referencial mecanicista, duro, que as ciências positivas assumem”, alertou.

Para Gastão, qualquer método é válido, desde que os epidemiologistas consigam esclarecer a relação saúde e doença em sua dimensão coletiva e possam ajudar clínicos, enfermeiros, sanitários e gestores da saúde a conhecer o contexto de produção de doença, seu risco e sua vulnerabilidade.

## CORREÇÃO DE RUMOS

Se a epidemiologia propõe ser ferramenta poderosa para o SUS, alguns rumos precisam ser corrigidos. Usando a obesidade como exemplo, Gastão explicou como a epidemiologia poderá intervir nos serviços de saúde. “Precisamos de uma epidemiologia capaz de oferecer conhecimento e explicação sistemática para orientar a sociedade a

lidar com a obesidade”, disse. Para tanto, estudos epidemiológicos precisam interagir com outras áreas, como a antropologia e a área ambiental. “Não digo que o epidemiologista deva ser um antropólogo ou um ambientalista. Mas precisamos conversar entre nós para construir nossas hipóteses”, disse Gastão, ele próprio estudioso e epidemiologista.

O mesmo ocorre em relação aos estudos em mortalidade materna. Na opinião de Gastão, analisar o problema é mais do que usar indicadores de mortalidade, é compreender como vivem as mães e entender a situação de vida e morte em seu contexto mais amplo.

“Quando estudamos a mortalidade materna das mulheres negras, por exemplo, devemos considerar que os índices, hoje quatro ou cinco vezes maiores que os das mulheres brancas, são consequência dos fatores pobreza e cor”, advertiu. Para ele, epidemiologistas precisam estar dentro dos hospitais realizando seus estudos e trabalhando com outros profissionais da saúde. “Precisamos compreender o que médicos e instituições de saúde fazem com mulheres negras, e para isso é necessário investigar uma situação, e não apenas analisar indicadores.”

cana que vale tudo, o que vier valeu, o que só faria a gente perder tempo, recursos, credibilidade”; mas também não se deve, disse, por dificuldades metodológicas, “frear as questões práticas que nos movem — por exemplo, se alguma coisa não pode ser traduzida epidemiologicamente então não se fala sobre aquilo” (ver box). Para ele, é preciso superar a timidez da epidemiologia,

como já propôs Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, pesquisadora do Instituto Nacional do Câncer, que coor-

denava a mesa. “A epidemiologia não é um agregado de princípios de estudo, não somos isso. Somos uma ciência, sim, talvez das mais modernas, justamente por seu caráter fluido, dinâmico, aberto”.

Precisamos recuperar a filosofia para a epidemiologia, conclamou José Ricardo, para quem é possível e necessário filosofar dentro da epidemiologia. “O que queremos conversar? Eu proponho que nos perguntemos onde, quando e como temos oportunidade de construir coletivamente a saúde das pessoas. Acho que assim podemos fazer a epidemiologia progredir bastante”. José Ricardo encerrou com uma brincadeira. “Não sei se a alternativa em termos estratégicos seria, como já foi proposto, usarmos a expressão *Departamento de Epidemiologia*, ponto, para não haver adjetivo, ou, ao contrário, encher a epidemiologia de adjetivos; se nos decidirmos pela segunda alternativa já escolhi o meu: quero um Departamento de Epidemiologia Hermenêutica”.

## O ABRIGO DAS EPIDEMIOLOGIAS

Não poderia, portanto, ser mais estimulante o mote do congresso. Alvo permanente de olhares disciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares, a cidade acolhe todas as epidemiologias. “Um olhar sobre a cidade”, aliás, era o nome do programa de Dom Helder na Rádio Olinda, no qual driblava a



## AS EPIDEMIAS E O IMAGINÁRIO SOCIAL



Ilustração de Anne Sillars. Arquivo Fundação Brasileira (UFRJ).

Visão pavorosa comparável à ação dos cavaleiros do apocalipse, as epidemias aterroizam a humanidade e desafiam os homens há milênios. Tempo de grande sofrimento e medo, a passagem de uma epidemia é um fenômeno complexo.

Os estudos sobre as epidemias revelam aspectos que ultrapassam as questões biológicas e seus impactos demográficos: elas são momentos privilegiados de observação da sociedade. Acompanhadas por intensas polêmicas em torno de suas causas e formas de combatê-las, elas são marcadas por calorosos embates entre concepções culturais, científicas, religiosas e políticas as mais diversas. O fervor religioso, em busca da salvação e do perdão divino, procura conferir sentido ao sofrimento coletivamente experimentado; a desesperança, que coloca em risco a ordem pública, pode degenerar em vandalismo.

Dissolvendo, por vezes, os limites entre o público e o privado, os momentos de eclosão e curso de uma epidemia confrontam a organização social e são uma experiência-limite, cujas heranças são visíveis tanto nos regulamentos e nas legislações sanitárias quanto nas crenças e rituais postos em prática e conservados na memória pelas populações por ela atingida. Doenças infecciosas como peste, cólera, varíola, malária, tifo, febre amarela, difteria, tuberculose e mais uma série de outras mobilizam o imaginário social e produzem diversas representações sobre o mal que ameaça a todos, marcando a literatura e demais manifestações culturais. Não raro associadas a figuras femininas, tais representações nos remetem, muitas vezes, à ideia de devassidão, de corrupção do caráter e de degeneração dos costumes. Em episódios como a epidemia de influenza,



Ilustração de Sita Likien. Coleção gentileza.

censura da ditadura para veicular suas mensagens de liberdade e justiça social; e foi este o foco de grande parte dos trabalhos dos técnicos de secretarias de Saúde, dos estudantes e professores de pós-graduação; e ainda o título da brilhante conferência da professora Tânia Bacelar de Araújo, da Universidade Federal de Pernambuco, também no dia 21. Pensadora multidisciplinar – é doutora em Economia Pública pela Sorbonne, socióloga, demógrafa, estudiosa do urbanismo –, Tânia proporcionou à platéia do Teatro Guararapes uma aula magna em epidemiologia, digamos... geopolítica?, infelizmente assistida por poucos dado o horário tardio.



"Epidemiologia pode ser sem números, mas os números ajudam a indicar onde estão os problemas", começou a professora do mestrado em Geografia da UFPE. Mais da metade da população do planeta vive nas cidades. Há 10 anos, eram 45%. Nos países ricos e na América Latina, 3 em cada 4 pessoas vivem nas áreas urbanas.

Com a cidade capitalista veio a mercantilização da vida social: "Tudo passa pelo mercado", o que não seria grave se não houvesse concentração na mão de poucos. Também fomos apresentados à *financeirização*, novo regime de acumulação que chegou para ficar – a riqueza se acumula não na esfera produtiva, mas na financeira. Tânia deu exemplo: entre as famílias americanas, 3 em 4 dólares estão investidos em patrimônio financeiro. O que não seria grave se houvesse emprego. "Grande



O BRASIL NO FIM DO SÉCULO 19  
Vista de São Paulo, por volta de 1895.

## NÚMEROS DO CONGRESSO

3.178 participantes	2.936 trabalhos apresentados
2.820 do Brasil	73,1% do setor de ensino e pesquisa
29 do exterior	24,4% de serviços de saúde
329 não informaram	1,8% de ONGs
1.235 do Nordeste (38,9%)	0,7% de diferentes setores da saúde
1.032 do Sudeste (32,5%)	525 sobre doenças parasitárias (14,8%)
253 do Sul (7,9%)	7 colóquios
183 do Centro-Oeste (5,7%)	446 comunicações coordenadas
117 do Norte (3,7%)	114 painéis
694 de Pernambuco	44 palestras
504 do Rio de Janeiro	4 conferências
328 de São Paulo	9 mesas-redondas
131 da Bahia	22 cursos
167 de Minas Gerais	15 oficinas de trabalho
113 do Ceará	
103 do Rio Grande do Sul	
350 palestrantes e coordenadores	

contradição dos nossos tempos, o desemprego é problema mundial, mesmo nos países avançados".

A *globalização* constitui a terceira desventura da urbe capitalista, por sua natureza seletiva, desigual, escolhendo mundo afora os países, os segmentos, as pessoas que interessam. "Natureza seletiva social, mas também econômica: a África é menos do que a América Latina, o Brasil é mais do que a Colômbia, e o Brasil de Belo Horizonte para baixo interessa mais". A *reestruturação produtiva*, a mazela seguinte, promoveu uma mudança de profundidade no "como" produzir – da eletroeletrônica à

microeletrônica, do orgânico ao transgênico. No rastro da bem-vinda revolução tecnológica, o emprego temporário: no Brasil, somente um terço dos trabalhadores tem carteira assinada. São Paulo sozinha reúne 3 milhões de desempregados. "Uma Região Metropolitana do Recife inteira desempregada", assombrou-se a professora, que em janeiro entregou ao ministro Ciro Gomes, da Integração Nacional, o cargo de secretária de Políticas de Desenvolvimento Regional, desanimada com a falta de dinheiro para tocar seus projetos.

## CENTRO DE CONVENÇÕES DE PERNAMBUCO

**2.600** lugares no Teatro Guararapes  
**800** no Auditório Tabocas  
**400** no Teatro Beberibe  
**400** no Teatro do Brum  
**36** salas de **80** lugares

### CADA UM POR SI, E O MERCADO REGULA

A *onda neoliberal*, o último infortúnio apontado pela professora, derrotada na primeira metade do século passado voltou com força nos anos 70, achatando as políticas sociais. "O público dá lugar ao privado, cada um por si, e o mercado regula". O quadro não é otimista, resumiu a professora. Estão longe do cumprimento as Metas do Milênio da ONU – erradicar a miséria e a fome das vidas de 1,2 bilhão de pessoas, universalizar o ensino básico (113 milhões de crianças estão fora da escola), promover a igualdade de oportunidades entre os sexos (dois terços dos analfabetos são mulheres), reduzir a mortalidade infantil (1 bilhão de bebês morrem anualmente), promover a saúde materna (uma em 48 mães morre de parto), combater a Aids, a malária, a tuberculose, garantir a sustentabilidade ambiental (1 bilhão não têm água potável), estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

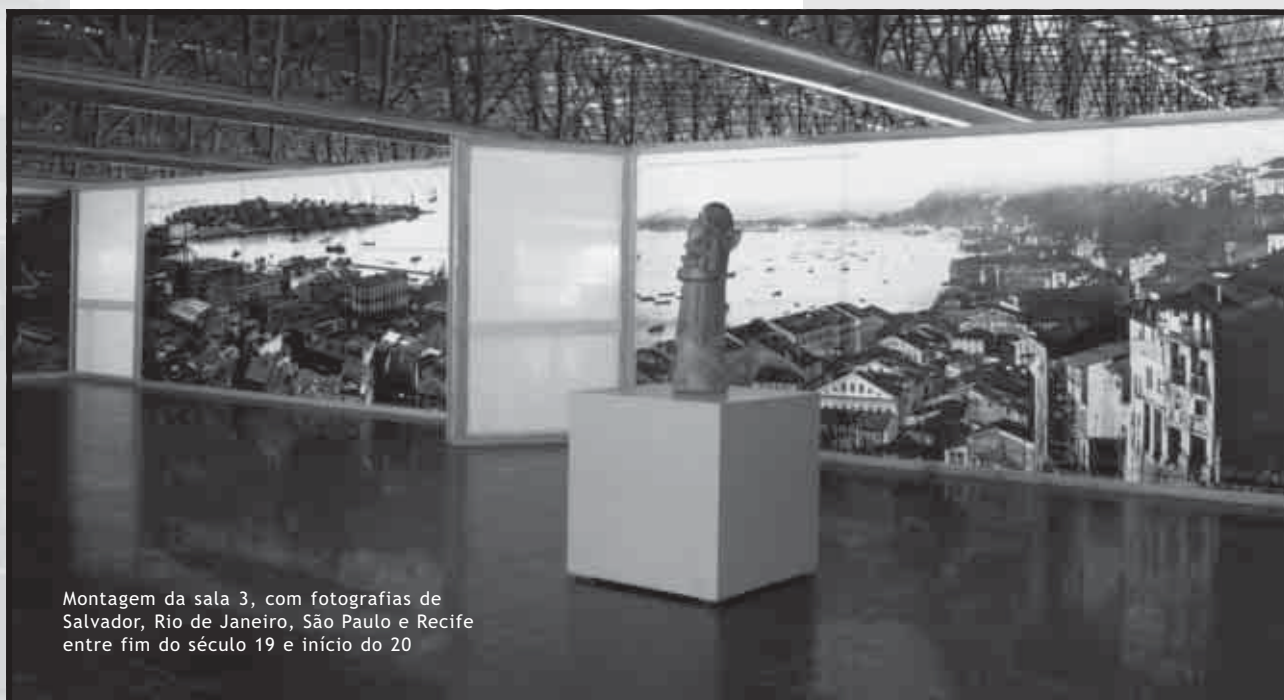
No caso do Brasil, insurgiu-se Tânia, R\$ 140 bilhões são destinados aos juros da dívida. À saúde, R\$ 36 bilhões. Estaremos para sempre condenados a esse esquema de espoliação internacional de nossos recursos? Ou é possível quebrar esse gesso? Para Tânia, sim. Nos últimos anos, a região Ásia-Pacífico/Sul da Ásia (países como Japão, Coréia do Sul, China, Taiwan, Filipinas, Camboja, Vietnã, Tailândia) tirou 123 milhões de pessoas da tal faixa de miséria e fome citada pela ONU. Em contrapartida, a América Latina jogou nesta vala mais 53 milhões de pessoas.

No Brasil, o latifúndio e a agricultura patronal de exportação "não dão emprego". A que dá, a agricultura familiar, não atrai investimentos, não atrai ninguém – "nem a academia". A herança da escravidão tolda a mentalidade empresarial e a visão do trabalho. A política industrial é focada na demanda de alta renda. A carga tributária antes do Plano Real era de 25%, agora é de 35%, e quem se apropria dela são os credores do Brasil. A política educacional é prioridade pequena. "Estamos rendidos ao *rentismo*, com baixo crescimento, queda da renda e alto desemprego". Tudo isso num país que se urbanizou com muita força: fez em seis décadas o que os outros levaram séculos. O resultado: 6,5 milhões nas favelas. Pobreza e riqueza juntas no mesmo espaço físico, como no seu Recife natal, "mistura

incerta de terra e água, cidade anfíbia", citou ela a famosa frase de Josué de Castro.

O congressista sai de uma conferência assim injuriado. Ou desalentado. Mas Tânia Bacelar costuma dizer que o Estado é um palco de luta que precisa ser ocupado pela sociedade. Os epidemiologistas fazem seu papel. O gestor que foi ao congresso em busca de idéias e modelos úteis para sua prefeitura ficou tonto de felicidade. E o que destacar num evento com 3.544 trabalhos, entre pôsteres, colóquios, painéis, palestras, conferências? Embora cada um deles seja de valor inestimável para a comunidade em que foi desenvolvido, para outras que eventualmente o apliquem com sucesso ou para quem apenas busca se informar, a equipe da *Radis* optou pelos temas mais amplos, cuja discussão é oportuna para a maioria das concentrações populacionais urbanas: desigualdades, violência, grandes endemias.

Como destacaram os organizadores na página do congresso na internet ([www.congressoepidemiologia2004.com.br/apresentacao.php](http://www.congressoepidemiologia2004.com.br/apresentacao.php)), o objeto da epidemiologia, doentes em populações, assume configuração especial na cidade, e por isso induz à produção de novas explicações sobre o processo saúde-doença, subsidiando gestores na formulação de políticas e na ação prática sobre a realidade.



Montagem da sala 3, com fotografias de Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Recife entre fim do século 19 e início do 20

## A INIQUIDADE NO ADOECER E MORRER

Essa opção tem razão de ser. As desigualdades sociais são hoje fatores determinantes das formas de adoecer e morrer numa sociedade. Na mesarredonda *Desigualdade e iniquidade no adoecer e no morrer*, do dia 21, que atraiu grande platéia ao Teatro Guararapes, os presentes foram alertados para as disparidades entre pobres e ricos.

De acordo com o palestrante

César Victora, professor da Universidade Federal de Pelotas (Ufpel), as crianças pobres continuam morrendo mais do que as ricas. "Elas estão mais expostas a doenças simples como a diarreia, têm menor cobertura com intervenções preventivas, maior probabilidade de adoecer, menor resistência às doenças, menor acesso aos serviços de saúde, menor qualidade da atenção recebida e menor acesso aos serviços de média e alta complexidade", lamentou Victora. Por isso, afirmou o especialista em estudos de iniquidade em saúde da criança, "pesquisas epidemiológicas precisam considerar os determinantes sociais, políticos e econômicos". Sem isso, disse ele, "deixamos de intervir no processo saúde-doença".



Hoje morrem por ano, no mundo, 10,7 milhões de crianças menores de 5 anos. "Mas, quando mapeamos essas mortes, percebemos que o sul da África e a África Subsaariana registram os maiores índices de mortalidade infantil". São ao todo 192 países com alta mortalidade de crianças com menos de 5 anos. Seis países — Índia, Nigéria, China, Paquistão, Congo e Etiópia — representam 50% das mortes; 42 outros países (incluindo o Brasil) representam 90% de todas as mortes, e mais de 99% das mortes ocorrem em países pobres.

Presente à discussão, o mesmo afirmou Malaquias Batista Filho, professor da UFPE: "A diferença é grande entre países ricos e pobres quando se fala de mortalidade infantil". Em 1960, segundo Malaquias, a África Subsaariana registrava taxa de 150 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto em países industrializados essa taxa era de 33 para cada 1.000. "Isso quer dizer que em 1960 a região tinha um índice 4,8 vezes maior do que o dos países ricos". Atualmente, países desenvolvidos registram taxa de mortalidade infantil de 5 por 1.000 nascidos vivos; ela é de 27 por 1.000 na América Latina e no Caribe, de 46 no Oriente Médio e Norte da África, de 70 na Ásia Meridional e de 106 por 1.000 na África Subsaariana. "Mais uma

vez, a África aparece em primeiro lugar, com registro 21,2 vezes maior do que o dos países ricos".

Muitas dessas mortes seriam entretanto evitáveis, segundo Victora, com algumas intervenções de baixo custo. "Mediante o uso de terapias de retenção oral, como o soro caseiro, evitamos as diarreias e, conseqüentemente, 15% de mortes infantis; ao estimular a amamentação, reduzimos a mortalidade em 13%; o uso de mosquiteiros em lugares com alto índice de malária pode reduzir em 7% a morte de crianças com menos de 5 anos", disse.

Em seu estudo, ele mostrou que intervenções efetivas e de baixo custo podem prevenir 6 milhões (63%) de mortes infantis se alcançarem cobertura universal. "Hoje, nos 42 países com maiores índices de mortes de crianças com menos de 5 anos, a amamentação cobre apenas 30% da população, as terapias de retenção orais, 15%, e o uso de mosquiteiros, 2%".

De fato, enfrentar as desigualdades na saúde é um dos maiores desafios dos profissionais da área. César Victora lembrou que as diferenças não apenas entre países como também entre as regiões aumentam cada vez mais. "No Brasil, os 20% mais ricos registram 20 mortes anuais a cada 1.000 crianças menores de 5 anos, enquanto entre os 20% mais pobres esse índice sobe para 110 mortes para cada 1.000 crianças. Na África do



## Doença e condição social

**N**um evento em que boa parte dos convidados estrangeiros não compareceu, uma das conferências mais concorridas foi a do australiano John Lynch, professor-adjunto do Departamento de Epidemiologia da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos. Ele falou sobre *Iniquidade em saúde* a um teatro (o Guararapes) lotado, no penúltimo dia do encontro.

Na abertura de sua exposição, elogiou o evento: disse que pela primeira vez via um congresso de epidemiologia com participação de profissionais de diversos segmentos da área da saúde. “É muito interessante ver pesquisadores, sanitaristas e agentes de saúde juntos, tratando de assuntos relevantes à área”, comentou. “No resto do mundo isso não acontece. A discussão é sempre mais setorializada”.

Lynch procurou, inicialmente, traçar um paralelo entre doenças



cardíacas e o consumo de álcool, citando pesquisas que comprovam incidência maior de ataques do coração nos países em que a bebida é mais consumida. “Na Rússia, por exemplo, percebeu-se queda muito grande nas doenças cardiovasculares, após uma campanha maciça antiálcool realizada no fim da década de 80”, afirmou, exibindo nos telões gráficos produzidos em poderoso software. O hardware, por sinal, também era avançado: usou controle remoto

para trocar os slides, evitando o enjoado “próximo” repetido aos técnicos a cada mudança de tela.

Para ele, as populações carentes e desinformadas são as mais vulneráveis a desenvolver algum tipo de doença. “Os fatores sociais afetam, sim, a expectativa de vida”, disse, citando como exemplo o Japão, onde a média de idade é a mais alta do mundo, “resultado de uma menor desigualdade social”.

O epidemiologista contou que, no começo do século passado, o Japão deu importante virada nos altos índices de mortalidade infantil. Em meados de 1900, segundo ele, as mulheres japonesas passaram a ter acesso à educação. “Até então, isso era simplesmente inconcebível. A partir daí, a mortalidade infantil passou a cair muito”.

Lynch lamentou apenas que o consumo de tabaco seja tão alto no país oriental. “O cigarro (por causa do câncer de pulmão) pode interromper essa fantástica expectativa de vida”. Sobre o Brasil, apresentou dados curiosos: 35% das mortes estão ligadas ao vírus HIV, aos homicídios e à hipertensão. “Todos fatores perfeitamente controláveis”.

Ao finalizar, o epidemiologista fez questão de dizer que há mais em análise do que apenas a estratificação social. “A questão da saúde também está ligada às diversas mudanças, políticas e culturais, pelas quais os países passam. É só analisarmos a história mundial.”

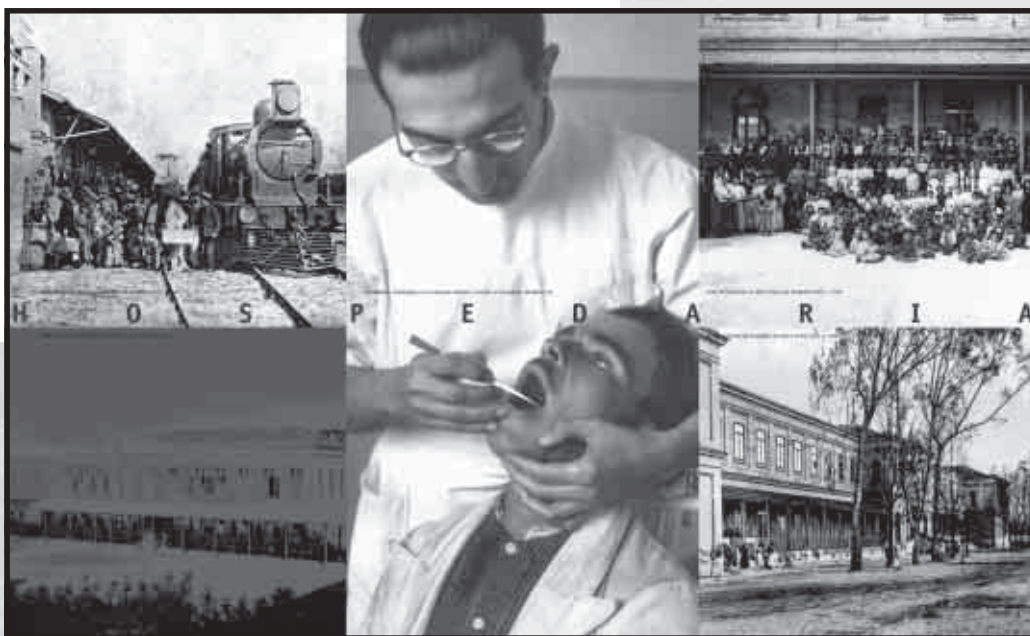


Sul, a taxa entre os 20% mais ricos é de 70 mortes, e entre os 20% mais pobres, de 150 mortes”, ressaltou.

Historicamente, contou Victora, o Nordeste tinha uma taxa de morta-

lidade infantil uma vez e meia maior que a do Sul. Na década de 90, a diferença passou para duas vezes e meia. “Se a desigualdade é grande é porque novas interven-

ções em saúde tendem a atingir inicialmente os mais ricos e, portanto, contribuem a curto prazo para aumentar as iniquidades”, analisou



### BRASIL, TÚMULO DOS ESTRANGEIROS?

Nestas páginas e na seguinte, painéis representando os imigrantes em três fases distintas – sempre sob a ameaça da febre amarela: sua chegada ao Brasil, os procedimentos de recepção e sua integração ao mercado de trabalho.

Victora, com base na hipótese na equidade inversa.

Nas últimas décadas, ainda que o Brasil tenha conquistado taxas menores de mortalidade infantil, os números não parecem tão promissores se comparados aos de outros países. Segundo Victora, a taxa que, em 1930, era de 160 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, em 2000 passou para 30 mortes. "Mas a redução não é tão relevante se a taxa for comparada à do país com menor taxa da América", disse ele. "Em 1960, a taxa de mortalidade infantil brasileira era quatro vezes maior do que a taxa mais baixa do continente (a dos Estados Unidos). Hoje, é sete vezes maior".

Victora exemplificou a diferença entre classes com a cidade de Pelotas (RS). "Em 1982, os mais ricos registravam taxa de mortalidade infantil de 12 crianças para cada 1.000 nascidas vivas, enquanto os mais pobres, 80 mortes a cada 1.000 nascidos vivos. Em 1993, esse índice caiu, mas manteve a diferença entre ricos e pobres: os ricos tinham taxa de 10 por 1.000 nascidos vivos, os pobres, de 40 por 1.000".

## A CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA

As pesquisas epidemiológicas são hoje importantes instrumentos para medir e denunciar as iniquidades. "Precisam, portanto, intervir no processo saúde/doença, rea-

lizar inquéritos populacionais, usar novos indicadores e incorporar a equidade como critério fundamental de avaliação de programas", defendeu Victora. Para ele, as iniquidades em saúde existem em todos os níveis de agregação, e o progresso tecnológico pode acentuá-las. "Na luta pela equidade, epidemiologistas precisam continuar a medir iniquidades e a divulgar seus achados."

Na opinião da palestrante Marilisa Barros, professora da Universidade de Campinas (Unicamp), "qualquer estudo epidemiológico precisa considerar e compreender quais são as desigualdades e iniquidades nos municípios". Para entender e solucionar os problemas de saúde em Campinas (SP), Marilisa dividiu o município em estratos socioeconômicos. "Se analisarmos a população que vive em um quarto da área de melhor nível de Campinas, comparada ao quarto de pior nível econômico, verificamos uma absoluta distinção do perfil de mortalidade".

Na área mais carente, o principal fator de mortalidade dos homens em qualquer idade são as causas externas (acidentes e agressões), enquanto na população que reside na melhor área as causas externas aparecem em quinto lugar.

Estudar a incidência de doenças e mortes numa determinada região significa também analisar a situação geográfica, econômica e social daquele grupo. Foi o que mostrou Marilisa

ao falar do estudo epidemiológico de Campinas. "Embora no município a população mais carente tenha maior risco de mortalidade por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebro-vasculares, a grande diferença é com relação à violência e ao homicídio. Nos grupos mais pobres, violência e homicídios têm ocupado o primeiro lugar das causas de morte".

## POBREZA, RAÇA E DISCRIMINAÇÃO

"A pobreza no Brasil tem cor e raça". Dessa forma, Fernanda Lopes, doutora em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, abriu a discussão da mesa-redonda *Raça, discriminação e saúde*, dia 23, no Teatro Beberibe. Ela deu como exemplo o número de domicílios de brancos e negros sem esgotamento sanitário. "Em 1992, a taxa para residentes brancos era de 21,9%, enquanto a dos negros era de 46,6%. Em 2001, essa taxa caiu, mas a diferença entre as raças foi a mesma: 16,5% eram domicílios brancos e 35%, negros", informou Fernanda.

A diferença entre as raças fica clara também nos índices de mortalidade infantil. De acordo com a epidemiologista, em 1977, enquanto entre brancos a taxa de mortalidade infantil era de 76 a cada 1.000 nascidos vivos, entre negros o índice acusado era de 96 a cada 1.000 nascidos vivos. Em 1993, a taxa de mortali-






## Pesquisa ganha rede latino-americana

Um dos destaques do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia foi a criação de uma rede latino-americana de pesquisa, importante para que as pesquisas em epidemiologia sejam fortalecidas. "A realidade da saúde coletiva tem mostrado que a cooperação entre os países do Hemisfério Sul precisa ser incrementada", comentou o presidente da Abrasco, Moisés Goldbaum.

Ele acredita que entre os fatores que contribuíram para a cri-

ação da rede podem ser ressaltados o crescimento da produção científica nos países latino-americanos e a presença de representantes de 12 deles no evento. "Uma das coisas que já acertamos é o intercâmbio de pareceristas entre os países, num fluxo que deve ser maior do Brasil para o exterior", disse. "Temos uma massa crítica bastante expressiva, que poderá contribuir com os nossos vizinhos." 

dade no país se reduziu, mas a diferença entre brancos e negros cresceu: 37 a cada 1.000 nascidos vivos entre brancos e de 62 entre negros.

Quando se fala de esperança de vida ao nascer, a desigualdade parece ficar mais evidente. Segundo Fernanda, a expectativa de vida dos homens bran-

cos é de 70,31 anos, dos negros, 63,79, das mulheres brancas, de 77,71, e das mulheres negras, de 71,57 anos. O mesmo ocorre em relação às mortes causadas por doenças infecciosas. "A taxa de óbitos por doenças infecciosas entre brancos é de 17,14%, e entre negros, de 30,58%", alertou.

Presente à discussão, Dora Chor, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), lembrou o quanto o tratamento diferenciado por causa da cor, ou seja, a prática do racismo, pode influenciar na saúde da população. "O racismo gera estresse crônico e outros determinantes como a obesidade e o alcoolismo", informou. Para ela, as desigualdades socioeconômicas não explicam toda a diferença nos índices de saúde.

Destacar, portanto, as diferenças existentes entre as raças significa ampliar a luta por justiça de tratamento e redução dos problemas de saúde entre negros. "Esse é um desafio a ser assumido por nós, epidemiologistas", alertou Fernanda. "Muitas são as limitações", reconheceu Dora. Mas "não monitorar e não compreender as diferenças e tendências de saúde nos diferentes grupos étnico-raciais pode ser um crime perfeito contra a população negra".



**O ENCONTRO DE UMA GERAÇÃO: UMA NOVA SAÚDE PÚBLICA ENTRA EM CAMPO**  
Nesta página e na seguinte, uma nova geração de médicos-sanitaristas aplica, no Brasil do fim do século 19, as idéias da microbiologia de Pasteur

## VIOLÊNCIA E EXTERMÍNIO SOCIAL

Um dos pontos mais debatidos no congresso foi a violência como questão de saúde pública. O Ministério da Saúde aproveitou o evento para lançar a publicação *Saúde Brasil 2004*, reunião de informações sobre a saúde do brasileiro dos anos 80 até a década atual. Os homicídios mais do que duplicaram nos últimos 10 anos, e as agressões e os acidentes de trânsito são a segunda causa de morte da população masculina, atrás apenas das doenças cardiovasculares.

Pernambuco aparecia em 2001 com a maior taxa de mortalidade por assassinato do país: 58,6 por 100 mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro (50,3 por 100 mil habitantes). A coordenadora do trabalho, Maria de Fátima Marinho de Souza, defendeu o desarmamento. "A diminuição da quantidade de armas em circulação terá impacto na saúde", disse. De 1980 a 2000, as

agressões foram responsáveis por 584.457 mortes no Brasil. Desse total, 401.090 óbitos ocorreram entre 1990 e 2000, sendo que 72% foram produzidos por arma de fogo.

Como analisou Cecília Minayo, pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli, da Ensp/Fiocruz, a violência é, antes de tudo, uma questão social. "Tornou-se tema do setor saúde devido ao 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", disse, ao participar da mesa-redonda *A saúde nas cidades: inclusão, segregação, exclusão e extermínio social*, no dia 22, no Auditório Tabocas.

Diante de grande platéia, que ocupou os 800 lugares, Cecília afirmou não ter ido ao congresso para propor soluções. "Em minha fala não há final feliz, somente levantamento de questões", disse. Entre os problemas, ela destacou o auto-extermínio de jovens da periferia urbana. "Adolescentes estão se matando em tro-

ca de poder e mando de território". Fora as mortes provocadas pela segurança pública e por situações sociais depressivas, como o alcoolismo. "Essa situação tem a ver também com gênero, pois, de todas as mortes por violência, 82% incidem sobre jovens do sexo masculino".

Uma dor globalizada. Maria Luiza de Lima, também pesquisadora da Ensp/Fiocruz, no painel *Violência nas cidades*, do dia anterior, tinha falado sobre as estatísticas de homicídio e suicídio divulgadas pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com a OMS, em 2002, 1,6 milhão de pessoas morreram por violência no mundo. Ou seja, cerca de 28,8 pessoas a cada 100 mil indivíduos. Desse total, 520 mil por homicídio (8,8), 815 mil por suicídio (14,5) e 310 mil por conflitos bélicos (5,2).

Por idade e sexo, a incidência de homicídios é maior entre os jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, uma taxa de 19,4 por 100 mil habitantes, seguidos por homens entre 30 e 44 anos, com taxa de 18,7. Entre jovens do sexo feminino de 15 a 29 anos, a incidência é de 4,4 a cada





### VITAL BRAZIL

Vital Brazil Mineiro da Camanha (1895-1950) carregava sua cidade e Estado de origem no nome. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1891, clinizou em Botucatu (SP) e lá observou a incidência de mortes de lavadores por picada de cobra. A convite de Adolfo Lutz, integra-se ao Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo, em 1897. Ao lado do próprio Lutz e de Oswaldo Cruz, compõe a equipe que enfrentou a epidemia de peste bubônica, em Santos (SP), em 1899. Nesse mesmo ano, é encarregado da produção de soro contra a peste nina dos laboratórios do Instituto Bacteriológico. Em 1901 assume a direção do Instituto, agora batizado de Instituto Butantan, e lá permanece por 20 anos, pesquisando jararacas e cascavéis e produzindo soro antiofídico. Em 1920, transfere-se para Niterói (RJ), onde funda o Instituto Vital Brazil.



### ADOLFO LUTZ

Nascido no Rio de Janeiro, em 1855, Adolfo Lutz cursou medicina na Universidade de Berne, Suíça, e aprimorou sua formação em laboratórios na França, Inglaterra e Alemanha. Depois de clinizar em Lins (SP), viveu em Hamburgo, Alemanha, onde pesquisou o bacilo de Hansen, o que o habilita a dirigir o Hospital de Kalili, no Havai, entre 1889 e 1892. Participou da criação e foi diretor do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo até 1908, quando, a convite de Oswaldo Cruz, assume um dos setores de Manginhos (RJ). Pesquisador exemplar em áreas como medicina veterinária, microbiologia e parasitologia, trabalhou no Instituto Oswaldo Cruz até 1940, ano de sua morte. Em sua homenagem, o Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo recebeu o nome de Instituto Adolfo Lutz.




100 mil habitantes, entre mulheres de 30 a 44 anos, de 4,3. Já os casos de suicídio, de acordo com a OMS, são mais freqüentes no grupo acima dos 60 anos: taxa de 44,9 entre homens e 22,1 entre mulheres. Entre homens de 15 a 29 anos, a incidência de suicídio é de 15,6 por 100 mil habitantes. Entre as mulheres de mesma idade, 12,2. O grupo masculino entre 30 e 44 anos apresenta incidência de 21,5, e o feminino, de 12,4.

Comparado a outros países, informou Maria Luiza, o Brasil tem os piores índices de homicídio. Em 2002, a taxa era de 27 homicídios a cada 100 mil habitantes. Entre as capitais brasileiras, Recife tinha em 2002 a maior taxa (95,8), seguido por Vitória (78,7), Cuiabá (69,5), São Paulo (64,8) e Rio de Janeiro (56,5).

### TANTO VÍTIMA QUANTO AGENTE

A triste constatação de Cecília Minayo: a juventude é principal vítima e autora dos homicídios do país. Para ela, o aumento da violência está diretamente ligado ao aumento do desemprego. "Mas não é a única causa do crescimento da delinquência

que mata", disse. "Se assim fosse estaríamos vivendo uma barbárie." De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o desemprego na juventude cresce mais de duas vezes que a taxa mundial, que é de 6,2% por 1.000 habitantes. "Na juventude", informou, "esse índice sobe para 14,6%". Do total de desempregados, 90% estão nos países em desenvolvimento. No Brasil, apontam os dados oficiais, a taxa de desemprego é de 13,1%, mas entre jovens salta para 26,5%.

Se o desemprego impulsiona a violência é porque, na opinião de Cecília, "provoca um desarranjo na subjetividade do jovem". Afinal, o emprego nos obriga a um tempo e um espaço diferentes, a uma hierarquia clara e, conseqüentemente, a uma disciplina. "Já dizia Weber, na origem do capitalismo é a noção de tempo, espaço e hierarquia que conforma a disciplina na sociedade industrial", ilustrou ela o papel moral do emprego na sociedade, citando o sociólogo alemão Max Weber (1864-1920).

Hoje, os piores índices recaem sobre os jovens: minoria de empregados (18,4%), grande parte de desempregados (44%) e maioria dos que procuram emprego (60%). Do total de jovens brasileiros, 50% vivem em famílias pobres e 80% não têm sequer ensi-

no fundamental completo. "No entanto", ressaltou, o mundo hoje mostra que o segredo da empregabilidade é a formação profissional e a educação".

A maioria dos desempregados jovens sobrevive do trabalho alternativo, sem vínculo trabalhista. E uma minoria expressiva recorre à criminalidade. "É um novo mercado de trabalho, com hierarquia e espaço de trabalho, que preocupa e assusta a sociedade", disse Cecília. A criminalidade é formada por dois grandes mercados: o da droga e o da arma, que figuram entre os três maiores mercados transnacionais e globalizados. Na hierarquia do capital mundial, o petróleo vem em primeiro lugar, seguido pelo mercado de drogas e pelo mercado de armas.

Se hoje a criminalidade virou alternativa para tantos jovens é porque não tem ele formação necessária para ocupar postos de trabalho legais e porque "o ilegal dá status, dinheiro e poder". "É a cultura do imediatismo, da desvalorização da vida e da glorificação do consumismo". Para Cecília, a juventude de hoje difere daquela dos anos 60, que tinha um ideal de luta: a democratização política. "Nossa juventude, ainda que preocupada com a vida e com a família, tem horror à política, e muitos preferem a ditadura, mas nem sabem



#### O SANITARISMO (RE)DESCOBRE O BRASIL

Família de trabalhadores na produção de farinha em Itaguaí (BA), outubro de 1911



o que foi isso”, disse. “Há uma descrença das instituições políticas, inclusive a polícia”. Para ela, não é que a sociedade que está surgindo seja ruim. O ruim, alertou, “é a exacerbação dessa nova sociedade chamada de pós-modernismo”.

### DOR ENTRE QUATRO PAREDES

No dia 21, a pequena sala B-2 do Centro de Convenções ficou lotada, com muita gente em pé, para a palestra da professora Lília Blima Schraiber, da Faculdade de Saúde Pública da USP, sobre outra ferida: *Violência de gênero, questões éticas e metodológicas*, pesquisa que coordenou em São Paulo. Para ela, o tema é “sensível e complexo”, exigindo aproximação ética e metodologia especial. Foi uma das poucas apresentações que geraram debates: da psiquiatra baiana à médica legista pernambucana, a platéia — 90 mulheres e seis homens — queria aproveitar as recomendações de Lília, úteis aos serviços municipais de atendimento à mulher.

A pesquisadora mostrou que esta modalidade de violência teve quatro marcos históricos, e sua denominação mudou segundo o enfoque da época: nos anos 50, violência intrafamiliar; nos 70, violência contra a mulher; nos 80, violência doméstica; e, a partir dos anos 90, violência de gênero. Lília e sua equipe entrevistaram 322 mulheres, das quais 224 relataram ter sofrido algum tipo de agressão na vida adulta: 36,6% consideraram que foram vítimas de violência, 35,7% não quiseram relatar episódio marcante. Das 144 mulheres que contaram algum episódio, 46,5% atribuíram um nome à agressão, mas 53,5% não a nomearam. As que nomearam

usaram sinônimos para mascarar a violência, grande parte banalizou a agressão, outras se atribuíram a responsabilidade.

“Verifica-se a polissemia da palavra *violência* para as próprias mulheres, ou seja, ela ganha muitas significações”, disse. “Elas ficam indecisas entre nomear ou não nomear, entre os nomes apropriados e os impróprios, porque são experiências singulares que envolvem sexualidade, loucura — sempre fortes emoções, estigmatizadas, difíceis de exteriorizar”. Segundo Lília, até perguntar é difícil nessas situações.

Assim, o profissional que entrevista uma mulher agredida precisa romper o determinismo e a simplificação que permeiam a violência, precisa saber incorporar as incertezas, a contradição e a pluralidade que rondam cada experiência, não deve jamais usar termos estigmatizantes ou fazer julgamentos morais. Precisa saber lidar com ordem/desordem, parte/todo, singular/geral, nas palavras de Lília — um campo tipicamente transdisciplinar que, ao mesmo tempo, sofre com a insuficiência de disciplinas específicas. E, o que complica mais ainda, uma questão epidemiológica, da sociedade, mas vivida no singular, entre quatro paredes.

### A INFÂNCIA ROUBADA

Assim como a violência de gênero, a exploração da criança é tão presente quando complexa, mostraram várias apresentações. O trabalho infantil é hoje umas das maiores preocupações da sociedade, sobretudo nos países pobres, nos quais a criança é obrigada a ajudar no sustento

da casa. Se o trabalho dignifica o adulto, na criança prejudica o desenvolvimento psicomotor, causa doenças a partir do estresse e da fadiga, reduz o rendimento escolar.

Segundo a OIT, cada vez mais a infância vem sendo comprometida pelo trabalho precoce. A entidade estima (já que o cálculo exato é impossível, especialmente no que diz respeito ao trabalho doméstico) que haja no mundo cerca de 351 milhões de crianças e adolescentes trabalhadores, e as proporções são mais graves nos países pobres. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), das 250 milhões de crianças de até 14 anos que trabalham, 61% estão na Ásia, 30% na África e 7% na América Latina.

Esse flagelo chama a atenção, sobretudo, do setor saúde. Na sala A-6, no painel *Trabalho precoce e saúde do trabalhador*, em 22/6, a professora Vilma Santana, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba), disse que em 1997 foram concedidos no Brasil 4.314 benefícios por acidente de trabalho a trabalhadores com idade inferior a 18 anos. Em 2000, 218 adolescentes morreram em consequência de acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais. “Esse número, ainda que assustador, não mostra a realidade, visto que apenas uma pequena parcela de trabalhadores adolescentes é previdenciária. Temos certamente um número muito maior de crianças e adolescentes trabalhando”, alertou Vilma.

A pesquisadora Anaclaudia Fassa, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medici-



A REVOLTA DA VACINA  
Charges do início do século 20 sobre a reação popular às campanhas sanitárias



na da Universidade Federal de Pelotas, relatou que dos 5,4 milhões de crianças e jovens brasileiros economicamente ativos, 3,5 milhões têm entre 5 e 15 anos e 2 milhões, entre 16 e 17 anos; desse total, 1 milhão está no que a OIT chama de trabalho infantil perigoso (TIP). Para Anaclaudia, dizer que o trabalho infantil é uma preparação para o trabalho adulto é justificar a exploração da criança. "O trabalho precoce e sobretudo o trabalho infantil perigoso existem porque criança é mão-de-obra barata, daí que os maiores índices estejam nos países pobres", disse.

Conforme a Emenda Constitucional nº 20, trabalho precoce no Brasil é todo aquele realizado abaixo da idade mínima básica de 16 anos, que prejudica a saúde da criança, interfere na frequência escolar e não permite tempo livre para o estudo fora da escola, além de roubar a infância e o lazer. Combater o trabalho infantil é questão de direitos humanos, tarefa do Estado e da sociedade civil.

No projeto chamado Acidentes, Vilma Santana estuda no ISC/Ufba 2.512 famílias de Salvador, com 2.560 jovens entre 10 e 20 anos. Da população que conseguiu coletar material, a pesquisadora destacou 259 (29,2%) com trabalho pago e na escola, 211 (23,8%) apenas trabalhando e 442 (4,8%) apenas na escola, sem trabalho remunerado. Vilma constatou que o abandono escolar é quase três vezes maior entre os trabalhadores pagos. O trabalho na indústria manufatureira e o de empregadas domésticas tem as maiores taxas de incidência anual por 100 Trabalhadores de Tempo Integral (Full Time Equivalent, FTE).

Para Vilma, ainda sabemos pouco sobre as consequências do trabalho na infância. "Como a legislação trabalhista para adolescentes trabalhadores não menciona que o trabalho pode

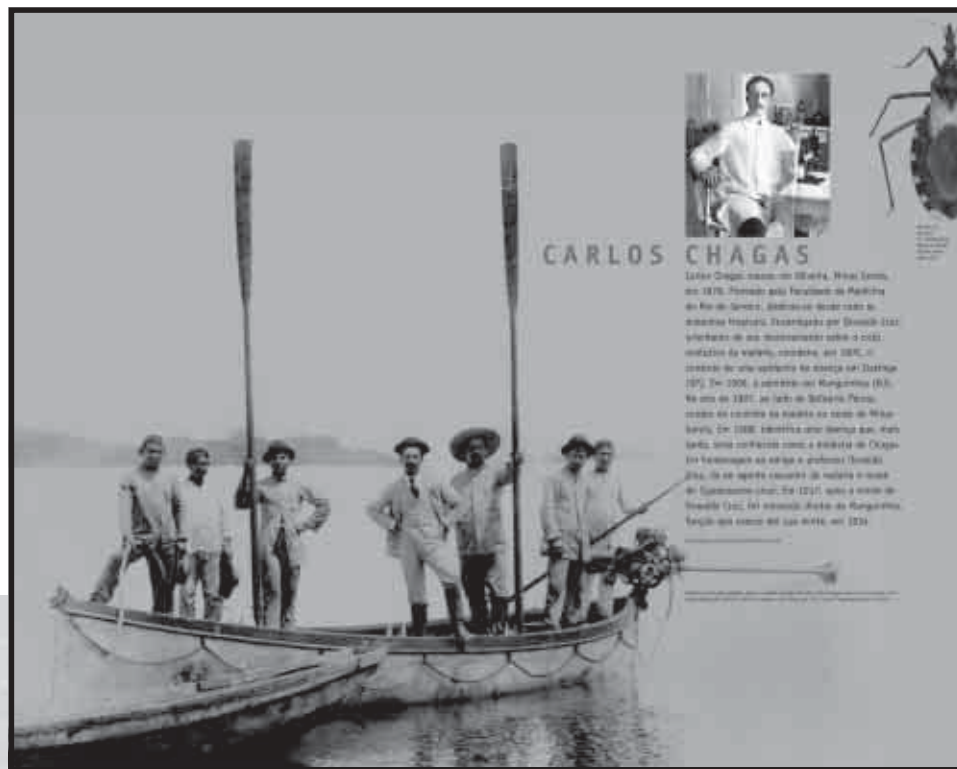
comprometer o desempenho escolar nem estabelece a duração da jornada de trabalho, sua revisão é urgentemente necessária".

### O TRABALHADOR ADULTO ABANDONADO

A saúde do trabalhador adulto e a preocupação com estatísticas confiáveis para o embasamento adequado das políticas públicas igualmente mereceram numerosas apresentações, entre elas *Acidentes de trabalho no Brasil: é possível corrigir estimativas?*, estudo da médica Letícia Nobre, doutoranda em Saúde Coletiva do ISC/UFBA, no painel *Desafios para o estudo dos acidentes de trabalho no Brasil*, que lotou a pequena sala A-10 do Centro de Convenções. Letícia pintou um retrato preocupante das estatísticas sobre acidentes de trabalho (AT), distantes da realidade, por culpa da não-padronização dos sistemas de informação, da cobertura parcial dos sistemas previdenciários, da subnotificação e até da dificuldade no dimensionamento real da população trabalhadora. Para a pesquisadora, a lei que reduz impostos para incentivar empresas com poucos acidentes na verdade incentiva a não-notificação.

Impressionou saber que as próprias estatísticas globais da OIT são de credibilidade duvidosa: a organização aplica à totalidade da força de trabalho dos países as taxas de mortalidade por AT que lhe são efetivamente informadas (os registros mais fidedignos são os da União Européia). Aos países que não enviam informações são aplicadas taxas de países similares. Por exemplo, as taxas da América Latina e do Caribe são baseadas nos números do Brasil — logo o Brasil, com sua notória subnotificação —, corroborados por dados da Bolívia, da Colômbia, do México e da Guatemala...

Letícia citou estudo crítico de 1999 de Jukka Takala, diretor da própria OIT para saúde e segurança ocupacional, segundo o qual os dados oficiais para a América Latina afirmam que, para uma população de 202 milhões trabalhadores em 1998, a taxa de mortalidade por AT foi de 13,5/100.000; a estimativa seria então de 27.270 mortes por ano, num cenário em que todas mortes são registradas e em que as mortes no setor formal equivalem às do informal. Na realidade, são dados pressupostos, porque somente metade dos AT são notificados; a taxa no



#### SANITARISMO (RE) DESCOBRE O BRASIL

Detalhes de foto da expedição à Amazônia, feita em São Gabriel da Cachoeira (AM), às margens do Rio Negro, em 1913. No centro, Carlos Chagas

## Saúde, um direito humano e social

“O conceito de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aplicado em todos os países-membros, refere-se não somente à ausência de enfermidades, à promoção de estados saudáveis das pessoas, mas também ao componente de bem-estar físico, mental, emocional e social como um direito humano e social a ser considerado por todas as políticas sociais”. Horácio Toro Ocampo, representante da Opas/OMS no Brasil, iniciou as discussões sobre serviços sociais como ferramenta para o estabelecimento do bem-estar social explicando o conceito de saúde.

O tema atraiu grande público ao painel *Serviços sociais: importância como políticas de inclusão*.

Toro Ocampo afirmou que esse não é um ideal inalcançável ou uma

proposta utópica. Para ele, “é um conceito progressista no sentido de considerar a saúde como um fenômeno biológico e psicológico, um enfoque em que as intervenções sociais como produção, distribuição de renda, consumo, moradia, trabalho, ambiente, lazer devem ser consideradas”.

Daí que para alcançar tal proposta, como disse Toro Ocampo, a saúde social ou pública deve ter como complemento os serviços sociais justos e equitativos. Mas o que se entende por serviços sociais? Para o representante da Opas, “é todo aquele direito social concretizado em políticas sociais que são exercidas por meio de todas as instituições que visam o bem-estar do indivíduo e que surgem de forma espontânea, procurando a equida-

de e a justiça social”. Dessa forma, disse ele, “é um conjunto de serviços públicos para prevenir as desigualdades sociais, ou para possibilitar a integração social do cidadão mediante equipes técnicas especializadas e unidades administrativas de gestão pública ou privada”.

No debate, Toro Ocampo destacou como exemplo serviços sociais que atendem a idosos, adultos e deficientes físicos em países da Europa. Sendo os resultados promissores, “pode-se deduzir que a política de serviços sociais, em nossos países, deve ser uma linha prioritária nos próximos anos e um processo que norteie a movimentação da assistência clínica para a saúde pública e desta para os serviços que propiciem o bem-estar total”.



setor informal é 50% maior do que no formal, tendo havido na verdade 68.147 mortes por AT no ano. Assim, a taxa é 9,16 vezes mais alta do que indicam os dados oficiais, e o sub-registro atinge 89,1%.

Com base nas propostas metodológicas de Takala e de especialis-

tas brasileiros, Leticia Nobre apresentou 14 gráficos estatísticos para provar que é possível produzir taxas mais próximas da realidade, visando contribuir para o aprimoramento das estimativas oficiais brasileiras: “Precisamos padronizar as taxas por faixa etária e por sexo (gênero), construir

taxas e estimativas para toda a população economicamente ativa ocupada por ramo de atividade econômica e promover estudos específicos para dimensionar o sub-registro de AT com óbito e sem óbito”, pediu. Uma mudança gigantesca.



### ARTHUR NEIVA

#### ALIADOS DE PESO

A chegada da gripe espanhola ao Brasil, em 1918, contribuiu de forma decisiva para o fortalecimento dos defensores da centralização. A epidemia não deixava dúvidas sobre a necessidade de controle das questões que ultrapassavam a esfera local.

A ação dos sanitarianos não redundou de imediato na criação de uma Pasta exclusiva para a Saúde. Pragmáticamente, eles se contentaram com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública, e cederam aos argumentos de que a saúde, por seu caráter de vez coercitivo e por necessitar agir de forma rápida em situações de emergência, estaria mais bem posicionada se mantida como área do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

A pesar de não ter obtido êxito imediato, a Liga Pro-saneamento do Brasil contribuiu decisivamente na discussão do novo papel do Estado no contexto da Revolução de 1930. Logo após a vitória sobre as oligarquias que comandavam a República Velha, a liderança do movimento revolucionário instituiu, em meio a uma série de medidas de intervenção nos Estados, o Ministério de Educação e Saúde, criado apenas três dias depois de oficializada a instalação do novo governo.



## AS CIDADES E OS CHOQUES EPIDEMIOLÓGICOS

Exatidão das informações é crucial na epidemiologia – muitos trabalhos bateram nesta tecla. Na manhã do último dia do congresso (23/7), a sanitarista Maria da Glória Teixeira, pesquisadora da UFBA, descreveu como os choques epidemiológicos se abatem sobre as cidades, exigindo preocupações crescentes com as intervenções ambientais, o saneamento básico, especialmente o acesso à água. Maria da Glória, que vem dedicando boa parte de sua atividade acadêmica ao estudo da incidência da dengue em Salvador, falou menos do comportamento do *Aedes aegypti* e mais da conduta do *Homo sapiens* na concorrida mesa-redonda *Tempos epidêmicos: a cidade sob vigilância*, no Auditório Tabocas.

Maria da Glória lembrou que, como dizia o geógrafo baiano Milton Santos (1926-2001), o homem não é apenas o habitante de um determinado lugar, mas também o produtor, o consumidor e o integrante de uma classe social que ocupa lugar específico e especial no espaço. “Assim, o



⌋ Maria Goretti, Heloisa Mendonça, Julio Müller, Expedito Luna e Maria da Glória

processo de ocupação do espaço das cidades, desde seu início (passado) até o momento (presente) se refletirá no futuro, e é parte inerente dos determinantes das condições de vida e saúde”.

Como primeiro exemplo desta cadeia de processos, que faz repercutir nas gerações de hoje os atos das gerações de ontem, Maria da Glória citou a epidemia da violência, analisada em suas muitas faces por tantos palestrantes, como relatado nas páginas anteriores, “resultante da nossa história, do desenvolvimento desordenado, da concentração de

renda e do desemprego em massa, das injustiças sociais, da falta de perspectiva dos nossos jovens, que se envolvem e morrem tão precocemente com o tráfico de drogas, entre outras causas”. Josué de Castro, Dom Helder e Milton Santos concordaram lá do alto.

Para ela, as grandes cidades precisam de “sentinelas sanitárias”, uma rede estruturada de serviços de vigilância, o que pressupõe bons sistemas de monitoramento – “elaboração e análise de mensurações rotineiras visando detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade”, citou ela a definição de Last (John M. Last, professor de



### A LIGA PRÓ-SANEAMENTO DO BRASIL

Nas duas páginas, imagens da expedição ao Vale do Tocantins, entre 1911 e 1912

Epidemiologia e Medicina Comunitária da Universidade de Ottawa, Canadá).

Não faltou a menção à realidade do mundo globalizado e seus 500 milhões de viajantes atravessando fronteiras todos os anos, seus 70 milhões de migrantes de países pobres, seus 30 milhões de refugiados e deslocados por guerras, fomes e catástrofes – todos levando na bagagem seus agentes infecciosos, num movimento contínuo que ressoa em nossa aldeia. O surgimento de novas doenças ou o renascimento daquelas até certo ponto controladas será um fato concreto nos próximos anos, principalmente nas grandes zonas urbanas, advertiu. “Como na época medieval, a sociedade fica perplexa e insegura, tentando entender o que acontece, exigindo pronta atuação da saúde pública”.



## DEPRESSÃO, A EPIDEMIA DO NOVO SÉCULO?

As ansiedades da humanidade contemporânea não se restringem, entretanto, ao medo da doença alienígena. A OMS já chamou atenção: até 2020 a depressão pode virar epidemia mundial. Com essa previsão o psicanalista Joel Birman, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), alertou para a necessidade de um entendimento ainda mais amplo do que seja a saúde mental. Na mesa-re-

donda *Saúde mental nas cidades*, coordenada por Evaldo Melo, secretário-adjunto de Saúde do Recife, Birman sucedeu palestra da psiquiatra Ana Bernarda Ludermir, da UFPE. Ambos falaram no segundo dia do congresso a uma platéia de 100 pessoas no grande Teatro Guararapes.

Em sua exposição, Ana traçou paralelo entre desigualdade social e doença mental, e procurou demonstrar que os menos favorecidos são mais suscetíveis a desenvolver algum mal-estar psíquico. “Já constatamos, por várias pesquisas, que desempregados e suas famílias têm pior saúde mental do que aqueles que estão bem economicamente”, afirmou.

Birman manteve a mesma linha de pensamento da colega. Explicou que a partir dos anos 70 houve importantes mudanças nas descrições do chamado mal-estar psicossocial, relatadas em diversas monografias de psiquiatras e psicanalistas. “A questão do tratamento da saúde mental deixou de ser o ponto principal das discussões”, disse. “Os profissionais passaram a apontar, como problema fundamental da saúde mental, o mal-estar urbano”.

Segundo ele, as depressões aparecem efetivamente como uma espécie de climatógrafo dual das sociedades contemporâneas. “Nossa

preocupação hoje não é mais com as psicoses, e sim com as depressões, e as depressões têm características do contemporâneo muito específicas”.

Na visão de Birman, as depressões atuais não se caracterizam mais como as descritas na época de Freud, como forma de sofrimento psíquico, centrado na experiência da culpa. Para ele, estamos diante de uma desqualificação identitária muito forte, o que nos faz sentir vergonha. “O que caracteriza a depressão contemporânea é o sentimento do vazio”, afirmou.

Mas nada pode ser tão negativo para a saúde mental como a violência que atinge os grandes centros do país e do mundo, disse ele. Para Birman, a síndrome do pânico, que no começo do século era chamada de neurose de angústia, aflige atualmente milhões de pessoas. “Estatisticamente, a síndrome do pânico cresce de uma forma assustadora”. Birman lembrou que morar numa cidade moderna traz para as pessoas estresses antes inimagináveis. “Temos hoje um excesso de preocupação com o corpo. Transformamos academias em verdadeiros santuários”.

O psicanalista também alertou para a compulsão às drogas. Não só as ilícitas. “Vemos o consumo desenfreado de medicamentos e até alimentos”. Ele chamou a atenção para a do-



## TEMPOS DE GUERRA: O CAMPANHISMO ENTRA EM CENA

Ações de combate a doenças específicas, como febre amarela, peste bubônica, varíola e malária



ença do novo século, "a compulsão pela compra". A ânsia pelo consumo de qualquer coisa, pelo simples prazer de comprar, pode trazer males incriveis. "As pessoas criam ansiedade e tensão para adquirir alguma coisa de que simplesmente não precisam".

Segundo ele, o efeito da globalização trouxe ao habitante da cidade muitos problemas, e até o excesso de informação pode ser nocivo. "A necessidade de estarmos ligados 24 horas também é prejudicial à saúde". Birman contou o relato de médicos que descrevem a síndrome da fadiga crônica como uma espécie de epidemia nos últimos 10 anos. "É uma sensação exaustiva, quando a pessoa não tem disposição para nada. Não quer nem se levantar da cama para realizar suas atividades rotineiras". Estes percentuais não mentem:

- ♦ 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes;
- ♦ 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- ♦ 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- ♦ 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados à Saúde Mental.

Fonte: Ministério da Saúde

### O DESCALABRO CONSENTIDO

Mas outros sofrimentos nos afligem. O Brasil está entre os 22 países que concentram 80% dos casos estimados de tuberculose no mundo, embora cai-

ba a ressalva de que o país tem o mais baixo coeficiente de incidência (número de doentes por habitantes) entre todas essas nações. Em números absolutos, é o 15º colocado no ranking da OMS. "A estimativa da OMS é que haja hoje entre 114 mil e 118 mil novos casos no Brasil", informou o pneumologista Miguel Ayub na mesa que discutiu *Tuberculose: o desafio brasileiro*. Segundo ele, apesar dos programas de governo, que prevêm o controle da doença num futuro próximo, a taxa de mortalidade ainda é alta. "Quase seis mil pessoas morrem por ano de tuberculose".

Ayub afirmou que o simples abandono do tratamento é a maior dificuldade. A meta traçada pelo Ministério da Saúde é curar 85% dos casos que são diagnosticados. "O problema é que não conseguimos reduzir a média de abandono durante todo o período do tratamento, que atinge 12% dos pacientes".

Alcoolismo, desemprego e o vírus da Aids são alguns dos fatores determinantes para esse abandono, esclareceu o epidemiologista Ricardo Ximenes, da UFPE, em debate anterior, no Teatro Beberibe, no qual relatou a situação no Recife. "Temos hoje aqui um grande problema com a tuberculose. Estimamos uma relação de 120 casos para um grupo de 100 mil habitantes".

A doença, que sempre atingiu principalmente os

homens (cerca de dois terços de todos os infectados), vem crescendo a cada ano no sexo feminino. "Segundo dados do Banco Mundial, já é a primeira causa de morte entre mulheres com idade de 14 a 55 anos", disse o pneumologista Antônio Roberto Campelo, do Departamento de Medicina Clínica da UFPE.

### MILHÕES MORREM NO PRIMEIRO MUNDO

Para demonstrar que a doença é hoje um "descalabro consentido", Campelo continuou citando o Banco Mundial. A tuberculose já matou, nos países em desenvolvimento, mais do que todas as outras doenças infecciosas juntas — incluindo a Aids no período entre 1990 e 2000. "A meta das Nações Unidas é reduzir em 50% o número de mortes e a prevalência da tuberculose até 2010" — atualmente, morrem cerca de 3 milhões de pessoas por ano nos chamados países pobres.

Ayub informou que a maior incidência da doença se verifica nos países africanos, principalmente nas regiões que concentram infectados pelo HIV. "Dos casos notificados de tuberculose no Brasil, 7% têm Aids. Em termos mundiais, esse índice sobe para 9%". Aqui, disse ele, o Rio de Janeiro lidera o ranking da mortali-



### O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em meio a intenso debate sobre o papel do Estado, a criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953

## A CRIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A reorganização do país, em 1953, levou à criação do Ministério da Saúde. Este órgão foi formado a partir da fusão de várias secretarias e departamentos existentes no então Ministério da Educação e Cultura. A criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953.

O Ministério da Saúde foi criado em 25 de julho de 1953, por meio da Lei nº 1.108, de 25 de julho de 1953. Esta lei alterou a estrutura do então Ministério da Educação e Cultura, criando o Ministério da Saúde. O novo órgão foi formado a partir da fusão de várias secretarias e departamentos existentes no então Ministério da Educação e Cultura.

A criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953. Este órgão foi formado a partir da fusão de várias secretarias e departamentos existentes no então Ministério da Educação e Cultura. A criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953.

O Ministério da Saúde foi criado em 25 de julho de 1953, por meio da Lei nº 1.108, de 25 de julho de 1953. Esta lei alterou a estrutura do então Ministério da Educação e Cultura, criando o Ministério da Saúde. O novo órgão foi formado a partir da fusão de várias secretarias e departamentos existentes no então Ministério da Educação e Cultura.

A criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953. Este órgão foi formado a partir da fusão de várias secretarias e departamentos existentes no então Ministério da Educação e Cultura. A criação do MS foi oficializada em 25 de julho de 1953.

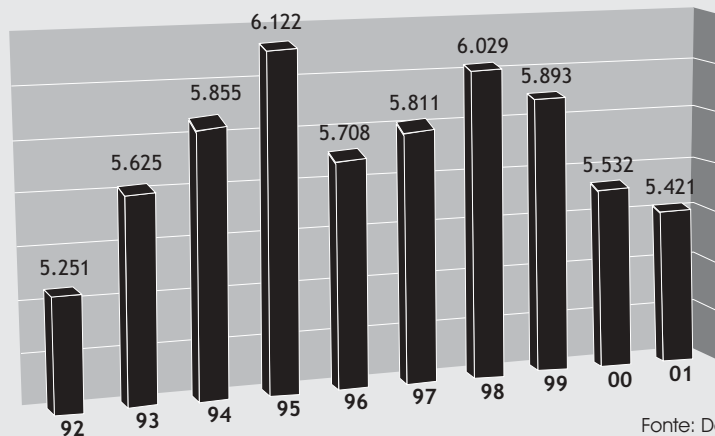
dade — cerca de 7 mortes por 100 mil habitantes. “Em Santa Catarina, o índice é menor do que 1/100 mil”.

Campelo apresentou pesquisa realizada pelo Datasus (ver gráfico), para demonstrar que os índices de mortalidade no Brasil vêm apresentando certa estabilidade desde 1996, depois de atingir o pico no ano anterior (6.122). Em 2002, o Brasil registrou 77.634 casos de tuberculose, dos quais 35.351 na Região Sudeste. Destas notificações, São Paulo teve 15.592 casos e incidência de 40,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. O Estado do Rio tem a maior taxa de incidência da tuberculose na região, e notificou 13.101 casos, com incidência de 88,9/100 mil habitantes.

Minas Gerais e Espírito Santo tiveram 5.689 e 1.377 casos e incidência de 31 e 43 casos para cada 100 mil pessoas, respectivamente.

“Parece que há uma forte tendência à redução da doença aqui”, disse Ayub, ao comentar o trabalho do governo pela conscientização do paciente, visando diminuir o abandono do tratamento. Mas a expectativa ainda não é a erradicação total da tu-

## MORTALIDADE POR TUBERCULOSE BRASIL 1992/2001



Fonte: Datasus

berculose no país. Para isso, ressaltou ele, também é necessário contar com novos meios de cura, novas drogas e vacinas. “Para conseguirmos isso, precisamos unir todas as forças, governamentais e não-governamentais”.

O ministro Humberto Costa enfatizou, em seu discurso na abertura do congresso, que o problema da tuberculose é prioridade em sua pasta: “É ne-

cessário aumentar a detecção de novos casos e a taxa de cura e, principalmente, diminuir o abandono do tratamento”.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) está recebendo o maior investimento dos últimos 10 anos. Até 2007, serão aplicados R\$ 119,5 mi-



**A SAÚDE PÚBLICA EM NOVOS CONTEXTOS**  
Nas duas páginas, painéis sobre o Programa Nacional de Imunizações, instituído em 1973

lhões. Entre as prioridades estão: capacitação de profissionais de saúde para diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica da doença, integração das ações com o Programa Nacional de HIV/Aids, aquisição de equipamentos para laboratórios e apoio aos pacientes em tratamento. "O Ministério da Saúde colocou essa doença entre as ações prioritárias nas agendas de 2004 e 2005", afirmou o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa. "Precisamos fazer com que o programa brasileiro de tuberculose tenha nível de excelência como os que alcançamos com os programas de prevenção da Aids, da dengue e de doenças imunopreveníveis, que se tornaram referência mundial", frisou.

### EM MARCHA PARA O INTERIOR

O problema é que a doença não costuma esperar. A chamada interiorização da epidemia da Aids, por exemplo, representa para as ações de saúde pública um novo desafio. O alerta foi da médica sanitária Maria Goretti Fonseca, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

Em palestra concorrida no último dia do evento, ela abriu a mesa-redonda *Tempos epidêmicos: a cidade sob vigilância*, a mesma em que Maria da Glória Teixeira falou sobre os choques epidemiológicos. "A Aids, atingindo no seu processo de expansão populações de municípios menores e mais empobrecidos, certamente com maior dificuldade de acesso ao servi-

ço de saúde, traz um novo obstáculo a ser vencido", afirmou.

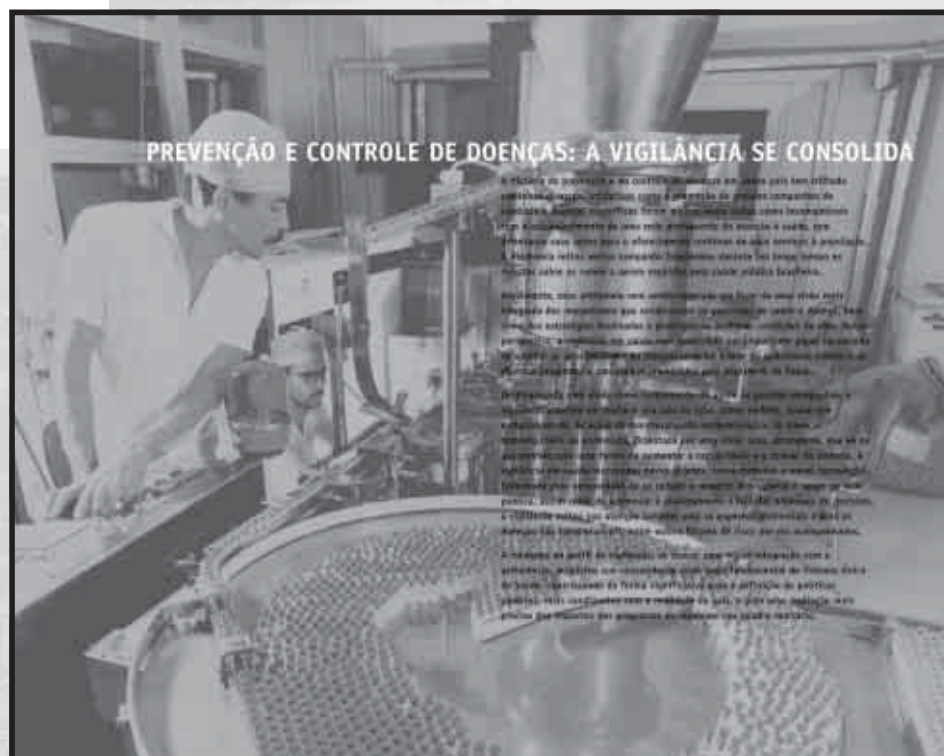
Maria Goretti demonstrou, citando várias pesquisas, a evolução do HIV aqui no Brasil. Até o fim da década de 1980, era uma doença que atingia basicamente a população das grandes metrópoles. "No começo dos anos 90, já tínhamos 2 mil municípios com notificação de pelo menos um caso de Aids". O processo de interiorização se consolidou, segundo ela, no fim do século passado. Após 20 anos de epidemia, o vírus já está presente em todos os estados brasileiros. "As notificações de casos já chegam a 3 mil municípios" (o Brasil tem 5.560 municípios).

Embora as cidades com mais de 200 mil habitantes ainda sejam as mais atingidas pela epidemia, Maria Goretti alertou para a velocidade com que a doença se dissemina nas de menor porte. "Há um processo claro de crescimento no interior". Citando a pesquisa para a OMS coordenada por Célia Landmann, do DIS/Cict/Fiocruz (*Radis* nº 23), Goretti mostrou a dinâmica da doença no Rio de Janeiro. Os primeiros casos foram relatados na Zona Portuária, no Centro. "Hoje há um evidente crescimento do litoral para o interior da cidade". As regiões que concentram favelas são as mais atingidas, "e onde as mensagens educativas, pelo baixo grau de escolaridade encontrado, são de difícil compreensão".

Em outra mesa-redonda, *Raça, discriminação e saúde*, no Teatro Beberibe, Fernanda Lopes, epidemiologista da Faculdade de Saúde Pública da USP, apresentou dados sobre a doença no Brasil. Ela destacou que o HIV atinge mais a população negra. No Sudeste, por exemplo, 23,13% dos infectados são homens negros — contra 15,6% dos homens brancos. Os negros com Aids predominam em todas as outras regiões do Brasil, exceto no Sul, onde 6,33% dos doentes são homens brancos — contra 6,13% de negros. "Isso se explica pelo fato de que no Sul do país a imensa maioria da população é branca".

### A FORÇA TRANSFORMADORA DO CIDADÃO

O peso das informações de Maria Goretti sobre a Aids na mesa *Tempos epidêmicos: a cidade sob vigilância* ganhou contornos ainda mais preocupantes com a exposição de Heloísa Mendonça, professora do Departamento de Medicina Social da UFPE e superintendente do Hospital das Clínicas do Recife, que perguntou: "De que vigilância estamos falando?" Para ela, o retrocesso na noção de bem público e de solidariedade, com o encolhimento das funções sociais e políticas do Estado, resultou no desaparecimento da divisão entre



#### PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS: A VIGILÂNCIA SE CONSOLIDA

A vigilância em saúde é um conceito amplo que abrange a identificação, a investigação e o controle das doenças e agravos à saúde. Ela é realizada por meio de ações de coleta, análise e interpretação de dados, com o objetivo de gerar informações que subsidiem a tomada de decisões para a prevenção, o controle e o tratamento das doenças e agravos à saúde. A vigilância em saúde é uma atividade contínua e dinâmica, que se adapta às mudanças das doenças e agravos à saúde ao longo do tempo e do espaço. Ela é realizada por meio de ações de coleta, análise e interpretação de dados, com o objetivo de gerar informações que subsidiem a tomada de decisões para a prevenção, o controle e o tratamento das doenças e agravos à saúde. A vigilância em saúde é uma atividade contínua e dinâmica, que se adapta às mudanças das doenças e agravos à saúde ao longo do tempo e do espaço. Ela é realizada por meio de ações de coleta, análise e interpretação de dados, com o objetivo de gerar informações que subsidiem a tomada de decisões para a prevenção, o controle e o tratamento das doenças e agravos à saúde.

Estado, sociedade civil e espaço privado. O espaço social foi redefinido como um simples espaço operacional passível de ser modificado por qualquer estratégia organizacional e, o espaço público, essencial à democracia, converteu-se num espaço publicitário e midiático. Advieram a restrição da política e o enfraquecimento da cidadania. Essa crise de civilidade, manifestou Heloísa, leva a uma emancipação dos indivíduos de todo e qualquer enquadramento normativo, à aversão à esfera pública e ao sentido de obrigação civil.




Nesse cenário, as coletividades perdem o comando de seus destinos. Ela também citou Milton Santos: nenhuma regulação é possível, porque não é desejada. “É nesse conjunto de fragmentos que me inspiro para referir a *epidemia transcendente*, e que consistiria na incapacidade

de regulação do Estado”, disse. Como vai desaparecendo esse grande centro coordenador capaz de impor uma finalidade comum ao conjunto social, surge aos poucos um conceito de regulamentação circunstancial, próprio das corporações.

“Em contexto, pois, de debilitação do agente estatal, de qual vigilância estaríamos falando?”, indagou Heloísa. “O que foi a vigilância em suas origens, sobre as cidades e sobre as doenças, senão uma das expressões do nascimento do Estado?” Ela citou as clínicas populares, “essa doença emergente”, os consultórios de bairro, os falsos contratos, as burlas à lei e toda uma gama de ações irregulares empreendidas pelas corporações de saúde em nome de um atendimento mais rápido. “Onde está o agente estatal?”

À mesa sentava-se ninguém menos que o diretor de vigilância

epidemiológica da SVS, Expedito Luna, que só pôde concordar com Heloísa ao receber o microfone para a resposta. Ele disse que o grande desafio da vigilância é justamente a capacidade reguladora do Estado no espaço privado, e atribuiu as dificuldades ao fato de termos uma democracia ainda jovem, que precisa ser reforçada.

Para Heloísa, entretanto, se a vigilância não se faz mais possível nos moldes em que a concebemos, também não pode mais ser compreendida como antes: ações que se realizam com prudência, com precaução, para evitarmos riscos. “Proponho então que essas ações sejam realizadas com ousadia, com audácia, o que somente se pode materializar no campo da ação política, essa sim, capaz de resgatar o papel do Estado e a força transformadora dos cidadãos.” A turma lá do alto aplaudiu. 

## Saúde pública, uma história centenária

As páginas da revista Radis dedicadas à cobertura do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia são ilustradas com imagens da mostra *100 anos de prevenção e controle de doenças no Brasil*, montada pelo Ministério da Saúde no Centro de Convenções de Pernambuco. A exposição pode ser requisitada por instituições interessadas, e deve percorrer outras cidades do país nos próximos meses.

Na mostra, arte e história se unem para, em fotos, gravuras, charges e textos literários, retratar as diferentes fases da saúde pública brasileira — e também mundial — em 48 painéis de 2,5 m por 3 m, expostos em 10 salas, visitadas por 2 mil congressistas nos cinco dias do evento.

A contribuição do criador da microbiologia, Louis Pasteur (1822-1895), as campanhas de Oswaldo Cruz (1872-1917), o trabalho de Emílio Ribas (1862-1925), Vital Brazil (1865-1950) e Adolfo Lutz (1855-1940), entre outros temas, são destaques da exposição. A mostra conta com a assessoria científica de profissionais da Casa de Oswaldo Cruz, da Fiocruz, do Rio de Janeiro.


O Ministério da Saúde incluiu na exposição os avanços recentes do Brasil, como a cobertura ampla de vacinação infantil e a conquista da



Entrada da exposição no Centro de Convenções de Pernambuco

erradicação de doenças. Segundo Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, também presente em Olinda, feitos como a erradicação da varíola, da pólio e da febre amarela urbana são suficientes para afirmar que, embora haja muito o que fazer, o Brasil está no caminho certo.

Histórias importantes do passado recente, que vão servir para balizar políticas públicas em futuro próximo, também foram contadas na mostra. No passado, a idéia errada de que todas as doenças transmissíveis seriam erradicadas fez com que as

equipes de vigilância baixassem a guarda. O ressurgimento de doenças como cólera e dengue, apenas para ficar com dois exemplos, além do aumento dos casos de tuberculose no mundo, mostra que o complexo mundo da saúde merece atenção redobrada permanente. 

Informações sobre a mostra com André Falcão: (61) 325-2103/2108  
E-mail [andre.falcão@saude.gov.br](mailto:andre.falcão@saude.gov.br)  
Informações sobre acervo e possibilidade de pesquisas: Casa de Oswaldo Cruz Tel. (21) 3882-9126  
E-mail [consulta@coc.fiocruz.br](mailto:consulta@coc.fiocruz.br)

## SUS VERDE

# Um mapa de investimentos para a Amazônia Legal

Katia Machado

**A**cordos de cooperação técnica, aquisição de veículos para deslocamento das equipes de saúde nas extensas regiões da Amazônia, estruturação de serviços de urgência e emergência, criação de centros de referências, contratação e capacitação de profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, incentivo à pesquisa, à produção de medicamentos fitoterápicos, construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de unidades intinerantes e expansão da rede laboratorial de saúde. Essas foram algumas das prioridades apontadas na oficina de trabalho "Amazônia legal, construindo uma base macrorregional para um investimento integrado e sustentado", realizada em Brasília, no mês de junho.

Dando continuidade à construção de um plano de Saúde para a Amazônia Legal, o encontro reuniu gestores e profissionais de saúde, representantes do Conasems (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do Conass (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e técnicos dos ministérios da Saúde, da Integração, do Desenvolvimento Social e do Meio Ambiente. O objetivo da oficina, organizada pela Diretoria de Investimento e Projetos Estratégicos de Saúde (Dipe) do MS, foi o de consolidar um plano de investimento de curto, médio e longo prazo para a região Amazônica, que há anos carece de recursos financeiros e humanos.

Distribuídos em grupos de trabalho, os participantes da oficina debateram as situações sanitária, socioeconômica e organizacional da região para construir um mapa de investimentos. Levando em conta a urgência de injeção de dinheiro na educação e no trabalho em saúde, na gestão descentralizada e participativa, na atenção às áreas de saúde, ciência, tecnologia e inovação, na vigilância em saúde, na saúde indígena e de outras populações vulneráveis, como as ribeirinhas, a oficina tentou encontrar respostas para as seguintes perguntas: qual a infra-estrutura necessária para



a montagem de uma rede de serviço que torne o sistema de saúde da região funcional?; qual a infra-estrutura necessária para garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde na fronteira da Região Amazônica?; em vista dos grandes projetos econômicos, da ampliação das fronteiras agrícolas, da abertura de rodovias e do crescimento da demanda por produção de biotecnologia, quais são os investimentos que o setor saúde deverá realizar na Amazônia?

Milton Moreira, secretário estadual de Saúde de Rondônia, chamou atenção especial para a dificuldade que a região tem em atrair e firmar profissionais na área. "A Amazônia carece de recursos humanos. Para tanto, precisamos de um investimento real", reclamou. Alex Fiúza, reitor da

Universidade Federal do Pará e PhD em Ciências Sociais pela Unicamp, preferiu destacar a necessidade de formação de recursos humanos. "O desenvolvimento da região, apesar dos recursos naturais importantes a serem apropriados, depende diretamente do profissional que nela vai atuar", disse. Para ele, não há necessidade de buscar profissionais de fora. "Assim como os recursos naturais, os recursos humanos já estão na região. O problema é que nunca houve investimento real na área". Falta um plano nacional claro para a Amazônia, uma área com tanta diversidade.

Na opinião de Wagner de Jesus Martins, coordenador-geral de investimento em saúde da Dipe/MS e também do evento, a oficina impulsionou a construção do Plano Regional Diretor de Investimento (PRDI) do ministério pelos representantes das três esferas de governo. Segundo ele, as propostas sugeridas serão analisadas pelo MS e incorporadas ao plano de investimentos. Para viabilizar as ações, o MS passará a contar com o Qualisus — Projeto de Qualificação do Sistema Único de Saúde (ver box).

"Foi um momento histórico", resumiu os debates Edna Shutz, secretária municipal de Saúde de Espigão do Oeste, em Rondônia, também vice-presidente do Conasems da Região Norte, que na abertura dos trabalhos já antecipara: "Estamos reunidos para mudar a cara da região".

## Equidade no SUS

**Q**ualisus, lançado pelo ministro Humberto Costa em 8 de julho no campus da Fiocruz, no Rio de Janeiro, visa financiar ações e qualificar o SUS, com ampliação do acesso, melhoria da qualidade e da eficiência do sistema e promoção de equidade nas ações e serviços de saúde. Para tanto, os recursos do Qualisus serão distribuídos de acordo com a diversidade regional do país, os aspectos geográficos, demográficos, sociais e econômicos. A concepção do Qualisus incorpora mecanismos de

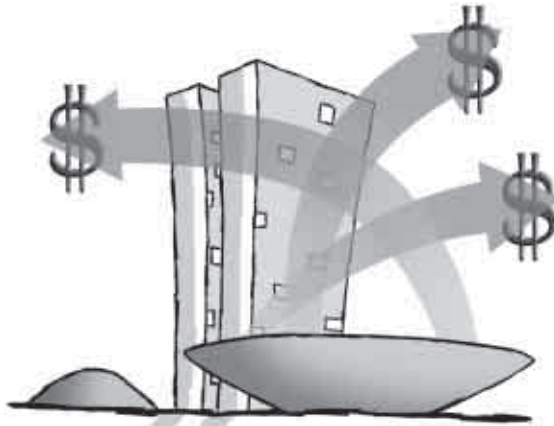
melhoria da capacidade de gestão, do controle social, da redução de iniquidades, da integralidade do sistema e da racionalidade dos investimentos em infra-estrutura. Para minimizar a iniquidade no país, o projeto pretende usar o conceito de população SUS-Dependente. Ou seja, estabelecerá parâmetros para alocação de recursos físicos e humanos de acordo com o perfil da população que depende exclusivamente do SUS e que não tem condições de pagar planos de saúde privados.

# Congresso revê as verbas da saúde

Wagner Vasconcelos

**N**a discussão de rumos e estratégias para a saúde nacional, os conflitos parecem se multiplicar na mesma proporção em que os recursos parecem se esvaír. Em meio a temores de mais uma tentativa de aplicação, pela União, das verbas da saúde em outras ações e serviços públicos, desvirtuando o que determina a Emenda Constitucional nº 29, uma nova discussão sobre os destinos do setor foi deflagrada no Congresso. Está pronto o Projeto de Lei Complementar nº 1/2003 (PLP-01/03), que define o montante de recursos a ser destinado a ações e serviços públicos de saúde pela União, pelos estados e os municípios. Se aprovado, trará mudanças em relação à vinculação das verbas e delimitará de uma vez por todas o conceito do que sejam ações e serviços de saúde para efeito de financiamento.

De autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), o PLP-01/03 previa a aplicação na saúde, a partir de 2005, de 11,5% das receitas advindas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Mas o relator do projeto, deputado Guilherme Menezes (PT-BA), fez algumas alterações no texto com o objetivo de conseguir mais recursos. A proposta dele (e também a proposta aprovada pela Plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro) é que a União destine a ações e serviços de



saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes brutas, que são todos os tributos recolhidos pelo governo (impostos, contribuições e taxas) mais as receitas patrimoniais provenientes dos setores agrícola, industrial e de serviços.

"Em termos monetários, tomando o exercício financeiro de 2002, isso representaria um montante de cerca de R\$ 34 bilhões. Já a proposta contida no projeto principal, que é a de tomar como base de cálculo as receitas de impostos e contribuições, deduzidas as transferências constitucionais, representa um montante de recursos de R\$ 28 bilhões", diz o relatório do deputado Guilherme Menezes. Outro exemplo: se a proposta do deputado já estivesse em vigor, a União teria de repassar à saúde, em 2004, um total aproximado de R\$ 43 bilhões, já que as receitas correntes brutas devem fechar em cerca de R\$ 436 bilhões. Ou seja, um aumento significativo em relação aos R\$ 36,5 bilhões que de fato estão

previstos no orçamento da saúde para este ano. Para estados e municípios, os repasses continuariam como estão, pelo PLP-01/03: 12% e 15%, diz o relatório.

O deputado Guilherme Menezes está otimista em relação aos resultados que a aprovação do projeto pode trazer. "O PLP-01/03 contribuirá decisivamente para que o SUS se constitua ainda mais no plano de saúde de todos os brasileiros", diz. "Ele reforça no SUS o ser humano como fim, não como meio". Para ele, o projeto estabelece que recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços de saúde sejam distribuídos obedecendo a critérios de necessidade de saúde da população, ao mesmo tempo em que será obedecido o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

## AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

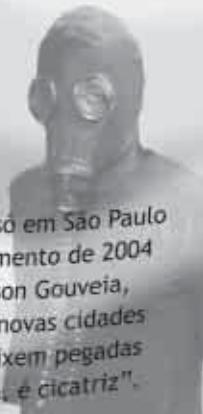
O Projeto de Lei Complementar 01/03 traça linhas objetivas sobre o que é e o que deixa de ser ação e serviço de saúde. Ações e serviços de saúde são as que seguem determinadas diretrizes: acesso universal, igualitário e gratuito em conformidade com os objetivos e as metas explicitados no planejamento de saúde de cada ente da Federação. Além disso, "que seja de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde", estabelece o projeto. Uma referência ao uso das verbas da saúde em assistência social, combate à fome, aposentadorias e saneamento.

O PLP-01/03 regulamenta o 3º parágrafo do Artigo 198 da Constituição Federal, que determina a criação de lei complementar estabelecendo, a partir de 2005, percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de poder. O projeto já

## O Radis adverte

Poluição faz mal à saúde e dá prejuízo!

A poluição do ar vai pesar no bolso do contribuinte: só em São Paulo da Saúde estadual. No EPI-Recife, o professor Nelson Gouveia não cometa os mesmos erros que precisa ecoar: "Que as novas cidades ecológicas, que em muitos casos nem é mais pegada, é cicatriz".



foi apreciado pela Comissão de Seguridade Social e Família, no dia 07 de julho. Mas o deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS) pediu vistas ao projeto, um dia antes de o Congresso votar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Com isso, e devido ao recesso parlamentar, a votação do texto será adiada, provavelmente, para o mês de novembro. Antes de seguir para votação em plenário, o projeto ainda tem de passar por mais duas comissões: a de Tributação e a de Constituição, Justiça e Cidadania.

A regulamentação do parágrafo 3º do Artigo 198 foi discutida por representantes de vários setores: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, conselhos nacionais de secretários estaduais (Conass) e municipais (Conasems) de Saúde, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, Comissão de Assuntos Sociais do Senado, Associação dos Membros do Tribunais de Conta (Atricon), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas-OMS), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Conselho Federal de Con-

tabilidade, Fundação Getúlio Vargas e Banco do Brasil.

### VETO E POLÊMICA

Os recursos de financiamento à saúde no Brasil sempre deram margem a muita polêmica, e uma delas foi referente à votação da LDO para 2004, aprovada em julho do ano passado, mas com vetos do presidente da República que revoltaram muitos dos que atuam na área.

A gritaria deu-se por causa do veto ao parágrafo 2º do Artigo 59 da LDO que, em outras palavras, determinava que só poderia ser considerado como ações e serviços de saúde o que estava dentro do orçamento — sem contar, entretanto, o pagamento de aposentadorias, os serviços de dívida e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate à Pobreza. Segundo os críticos, por causa do veto o setor perderia cerca de R\$ 5 bilhões, uma vez que tais despesas seriam pagas com dinheiro do orçamento da saúde. Diante da controvérsia, os recursos gastos com o pagamento de tais dívidas foram repostos.

Mas ainda há preocupações sobre os rumos que os investimentos em saúde podem tomar. O médico-sanita-

rista Gilson Carvalho, da USP, alerta para o fato de que o governo estaria estudando a desvinculação de recursos da saúde, sob a alegação de que a vinculação criaria "uma rigidez orçamentária que inibe uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos". Gilson se baseia num memorando de 2003 enviado pelo governo ao FMI. Ele também teme que ações e serviços de saúde sejam desvirtuados do que está previsto no projeto de lei.

Para Gilson, especialista em financiamento da saúde, o governo, sabendo das dificuldades de fazer tais alterações na Constituição, pode tentar fazê-las no PLP-01/03. "Vai se procurar, pela lei complementar da regulamentação da Emenda Constitucional 29, ampliar o conceito de ações e serviços de saúde, acrescentando-lhe uma série de outras atividades não-típicas de saúde", receia. "A saúde, que tem pouco dinheiro, teria de arcar com mais despesas hoje alocadas em outras áreas." ■

*A íntegra do projeto pode ser lida no site da Câmara. Para acessar, vá a [www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br), clique no link proposições e preencha o campo com o nome do projeto — PLP-01/2003.*

## 3º SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE

# Em debate, novas tecnologias e OGMs

A Fundação Oswaldo Cruz vai promover, entre os dias 20 e 22 de setembro, o 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente no auditório do BNDES, no Rio de Janeiro. Representantes de universidades nacionais e internacionais, dos ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do Congresso Nacional discutirão temas que variam da "Sustentabilidade e impactos de novas tecnologias" a "Certezas e incertezas sobre os organismos geneticamente modificados". Da programação consta a premiação de projetos educacionais sobre o tema que utilizem a arte como instrumento de produção e difusão de conhecimentos.

Para o vice-presidente de Serviços de Referência e Ambiente da Fiocruz, Ary Carvalho de Miranda, os pontos de destaque no seminário deste ano são aqueles relacionados à formulação de políticas sociais de meio ambiente e aos



impactos das tecnologias no setor de saúde e de meio ambiente.

Participam como conferencistas ou debatedores o professor Jaime Breilh, do Centro de Estudos de Ambiente y Salud do Equador, Guilherme Franco Netto e Marcus Barros, dos ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, respectivamente, o deputado federal Fernando Gabeira (sem partido-RJ) e Lia Giraldo, da Fiocruz; Jacobo Finkelman, ex-gerente da Opas, Wilmar Barbosa (Coppe/UFRJ), Anamaria Testa Tambellini (Nesc/UFRJ), Antonio Carlos Robert Moraes (USP), Mauricio Monken (Fiocruz).

E ainda Niede Guidon (Fundação Museu do Homem Americano), Henri Acselrad (Ippur/UFRJ), Marcelo Firpo de Souza Porto (Fiocruz), Renaud de Plaen (IDRC, Canadá), Brian Wynne, da Lancaster University (Reino Unido), participa da mesa-redonda "Certezas e incertezas sobre os organismos geneticamente modificados", com Deise Maria Fontana Capalbo, da Embrapa, sob a coordenação de José Eduardo Pessoa Andrade, do BNDES. O duelo entre duas visões opostas sobre transgênicos vai esquentar o seminário. ■

*As inscrições para o evento podem ser feitas, gratuitamente, pelo e-mail [fiocruz@sr-online.com](mailto:fiocruz@sr-online.com) ou pelos correios, para o seguinte endereço: Secretaria Executiva do 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente — SR Promoções Culturais, Rua Martins Ferreira, 73, Botafogo, Rio de Janeiro/RJ. CEP: 22.271-010. Ou ainda pelo telefone (21) 2527-2783.*

## ENTREVISTA

Volnei Garrafa

## "O Brasil deve buscar respostas bioéticas próprias"

Wagner Vasconcelos

**A**s discussões sobre ética no campo da saúde ganharam espaço, mas isso não quer dizer que as controvérsias em torno do assunto estejam perto do fim. Muito pelo contrário. O presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Volnei Garrafa, se preocupa com o que classifica de "apropriações indébitas" que grupos religiosos e juristas estão fazendo em relação ao tema bioética. Palestrante no 1º Simpósio Sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos, realizado entre os dias 21 e 26 de junho no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, ele diz que tais "apropriações" acabam passando à sociedade uma imagem embaçada dos reais sentidos bioéticos e de seus objetivos.

Volnei defende a criação urgente de comitês de ética nos hospitais, ataca a rejeição dos cientistas em debater o assunto e aposta no sucesso da Comissão Nacional de Bioética – cujo modelo está sendo formulado e deve ser apresentado até novembro deste ano. Nesta entrevista à *Radis*, Volnei Garrafa afirma que os países da América Latina não podem seguir importando acriticamente teorias éticas externas: "A bioética brasileira deve pesquisar nosso cotidiano cultural na busca de valores morais genuínos à nossa realidade concreta", disse. A seguir, a entrevista que concedeu à *Radis*.

**O Brasil ainda está atrasado em bioética?**

Costumo dizer que no Brasil a bioética é tardia. No mundo, de uma forma geral, ela começou a aparecer no início dos anos 70. No Brasil, isso só se deu formalmente a partir dos anos 90. Por outro lado, ela evoluiu aqui de forma espantosa. Tanto que, em 2002, sediamos o 6º Congresso

Mundial de Bioética, em Brasília, que reuniu 1.400 participantes de 62 países. Foi nosso teste de maioridade. O tema oficial foi "Bioética, poder e injustiça". Pela primeira vez, a pauta bioética foi internacionalmente politizada.

**Como era antes?**

Até o fim dos anos 90, a bioética era basicamente pautada numa linha chamada "principlista", ou seja, baseada exclusivamente em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Corrente de origem anglo-saxônica que acabou se tornando hegemônica sobre as demais, ela superdimensiona o indivíduo em detrimento do coletivo e é insuficiente para a análise, por exemplo, de macroquestões sociais. Acaba deixando de lado outros valores culturais, como os nossos, latinos, baseados nas virtudes, na proteção aos vulneráveis, na solidariedade. Podemos dizer que incorporamos novos valores à pauta internacional e que o Brasil não aceita importar pacotes éticos acriticamente.

**Como é a nossa ética de caráter mais solidário? O que isso significa?**

Os países do Hemisfério Sul do mundo, principalmente na América Latina, devem buscar suas próprias respostas bioéticas para a resolução dos seus problemas. Não podem seguir importando acriticamente teorias éticas externas. Nesse sentido, a bioética brasileira deve pesquisar nosso cotidiano cultural na busca de valores morais genuínos à nossa realidade concreta. Como latinos, o campo das "virtudes" precisa ser mais explorado, possibilitando melhor compreensão de termos como solidariedade, responsabilidade, tolerância e o que venho chamando de os quatro "pês" para uma bioética comprometida com o século 21: prudência, prevenção, proteção e precaução.

**Quais as resistências à bioética no Brasil?**

Há uma espécie de endeuamento da ciência, e vários cientistas não aceitam intensificar os debates. Pensam que sabem de ética espontânea e naturalmente. Isso é um equívoco, pois a bioética tem um estatuto epis-temológico próprio e precisa ser estudada. Precisamos sempre buscar respostas socialmente úteis e moralmente aceitáveis. Também há muita incompreensão política sobre o que é a bioética e o que ela representa. Como exemplo, temos a Lei de Biossegurança. A Comissão de Educação do Senado recentemente chamou 40 entidades para discuti-la, mas, absurdamente, deixou de fora a SBB.

**Que mudanças são necessárias na Resolução 196?**

O Ministério da Saúde montou uma comissão para formular uma resolução que regulamentasse a pesquisa com seres humanos no Brasil. Na época, isso foi um avanço, mas, como todo documento, precisa ser revista. Primeiro, a resolução do MS pre-



cisa se transformar em lei, e mais abrangente. Segundo, a resolução é principialista. Portanto, temos de contextualizá-la. E, terceiro, a composição da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) não deve mais ser feita por sorteio a partir de nomes indicados pelos comitês locais. É preciso que essa escolha seja meritória.

#### Por quê?

Há no Brasil cerca de 400 comitês de ética que não estão sendo adequadamente avaliados. A Conep, hoje, tem uma composição frágil do ponto de vista acadêmico e de formação em bioética. Há integrantes de qualidade, mas a média está muito aquém da real qualidade acadêmica dos campos científico-tecnológico e da bioética. Apenas um terço desses 400 comitês é de ótima ou boa qualidade. Outro terço é razoável e precisa de treinamento específico. E o último terço não tem condições de funcionamento.

#### De que forma isso prejudica o trabalho da Conep?

A Conep, devido a sua política centralizada e centralizadora, está sobrecarregada, o que não permite uma avaliação aprofundada do número excessivo de projetos que recebe, que acabam aprovados a toque de caixa, muitos praticamente sem discussão. Os comitês locais não são avaliados, e isso é urgente que se faça, porque os Ceps (comitês de ética em pesquisa) de qualidade devem ter autonomia exatamente para evitar a sobrecarga na Conep.

#### Que confusão se faz com o termo bioética?

Alguns setores religiosos vêm se apropriando indebitamente do termo e isso traz certos transtornos. A bioética laica não trabalha com absolutismos morais. Deve haver conflitos de idéias. Afinal, se há absolutismo, não há discussão. No campo do direito acontece coisa semelhante. Criaram de forma oportunista um termo chamado de "biodireito", que se propõe a substituir a bioética no campo jurídico. Mas a raiz *ethos* desaparece do neologismo, trazendo à luz uma visão estritamente legalista. Tudo isso passa à sociedade a idéia de que a bioética é conservadora, o que não é verdade. Defendemos o pluralismo de idéias, e não imposições religiosas ou legais.

**O senhor sempre se refere à diferença entre ética e moral. Em sua visão, qual é essa diferença?**

A diferença é histórica. Para muitos filósofos, moral e ética significam a mesma coisa. Particularmente, vejo diferenças na construção histórica das duas. A moral está dentro de nós, é tudo aquilo que nos é habitual, costumeiro. O campo da moral não trabalha o legalismo, mas a legitimidade. A ética, por sua vez, vem se tornando crescentemente legalista neste século 21, incorporando os códigos (de ética) profissionais, as regulamentações e normatizações. Com relação aos conflitos morais, algumas questões devem ser necessariamente legalizadas. Outras, é preferível que sejam deixadas mais "livres", para que a decisão aconteça de acordo com a moralidade de cada pessoa, de cada cultura, num mundo irreversivelmente pluralista sob o ponto de vista de moralidades.

“ Os cientistas pensam que sabem de ética espontânea e naturalmente. Isso é um equívoco, pois a bioética tem estatuto epistemológico próprio e precisa ser estudada. ”

**Os dilemas éticos na área da saúde não se limitam ao campo da pesquisa em seres humanos. No dia-a-dia dos hospitais e postos de saúde os profissionais da área são obrigados até mesmo a escolher o paciente a ser atendido. Como ser ético nesses momentos?**

Essas escolhas são mesmo muito difíceis. Se houvesse mais recursos sendo aplicados, poderíamos prevenir mais esse tipo de situação. Tenho uma posição utilitarista e conseqüencialista sobre a decisão a ser tomada. Isso quer dizer que ela deve levar em conta o maior número de pessoas a serem atendidas, pelo maior espaço de tempo e que tragam as melhores conseqüências sociais. Os profissionais de saúde não podem tomar esse tipo de decisão isoladamente. É preciso que os hospitais tenham comitês

pluralistas de bioética para discutir as prioridades. No Brasil, os comitês de ética ainda estão muito restritos à área da pesquisa e da atuação profissional.

#### Quais os passos do país no campo da bioética?

No fim do ano passado, o governo nomeou um grupo de trabalho para constituir a Comissão Nacional de Bioética. A proposta deve ser entregue em novembro deste ano. A SBB participa deste grupo e a sociedade brasileira será consultada. Se já tivéssemos essa comissão, o Projeto de Lei de biossegurança, por exemplo, não teria chegado tão verde ao Congresso.


#### Qual será a diferença entre esta comissão e a Conep?

A Conep e a CTNBio (Comissão Técnica Nacional de Biossegurança) são comissões técnicas para temas específicos (no caso, pesquisas com seres humanos ou com a biossegurança). Uma comissão nacional de bioética tem escopo muito mais amplo, deve orientar os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, ser pluralista e multidisciplinar.

#### O que é bioética de intervenção?

Em países periféricos como o Brasil, o estado tem de intervir em favor das populações vulneráveis, que, ao contrário do que acontece nos países centrais, não têm autonomia. Para isso, é preciso priorizar recursos para a área da saúde. No Brasil, são investidos menos de 3% do PIB em saúde, enquanto nos países desenvolvidos esse índice varia entre 10% a 14%. Gastamos pouco e gastamos mal em saúde. A bioética de intervenção defende a legitimidade do papel do Estado na proteção das maiorias populacionais excluídas.

#### O que é bioética de situações persistentes e de situações emergentes?

Chamo de persistentes aquelas situações historicamente configuradas, que persistem desde épocas remotas de nosso desenvolvimento. Entre elas, incluo a exclusão social, todas as formas de discriminação, a vulnerabilidade, o tema da priorização na alocação de recursos escassos em saúde, o aborto, a eutanásia, entre outros. As situações emergentes são produto do desenvolvimento científico e tecnológico acelerado das últimas décadas: as novas tecnologias reprodutivas, os transplantes e a doação de órgãos e tecidos humanos, o campo da genômica com todos os seus desdobramentos morais... 

## SERVIÇO

## EVENTOS

## 4º SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE

Encerram-se no dia 15 de agosto as inscrições para o Seminário do Projeto Integralidade – Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde, que debate o tema “Cuidado: as fronteiras da integralidade”. Nesse debate, destacam-se os seguintes assuntos: direito à saúde; saberes e instituições na produção de conhecimento; tecnologias de gestão; informação e comunicação; e formação em saúde. O evento, em sua quarta edição, é organizado pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Uerj.

Data 1º a 3 de setembro, das 9h às 18h  
Local Uerj, auditório do IMS, 6º andar, sala 6.012, bloco E

## Mais informações

site [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)

## 3ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DE BIOÉTICA

Também se encerram no dia 15/8 as inscrições de trabalhos para a 3ª Conferência Mundial sobre Bioética, entre 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 deve reunir os mais renomados especialistas no assunto.

## Mais informações

Site [www.sibi.org/3congreso/ingles/p1.htm](http://www.sibi.org/3congreso/ingles/p1.htm)

## SEMINÁRIO LAVERAN &amp; DEANE SOBRE MALÁRIA

Destinado a estudantes de mestrado e doutorado que desenvolvem projetos de pesquisa em malária, esta nona edição do seminário vai discutir projetos de tese em malariologia de 20 a 24 de setembro, no Rio de Janeiro. A organização é do Laboratório de Pesquisas em Malária do Instituto Oswaldo Cruz, da Fiocruz, e as inscrições estão abertas até 13 de agosto.

## Mais informações

Tel. (21) 3865-8145

Email [laverandean@ioc.fiocruz.br](mailto:laverandean@ioc.fiocruz.br)  
Site [www.ioc.fiocruz.br/laverandean](http://www.ioc.fiocruz.br/laverandean)

## NA INTERNET

## PROGRAMA PARA ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS DE DADOS TABULADOS

A Direção Geral de Saúde Pública da Galícia, em colaboração com a OPAS/OMS, está divulgando o EPIDAT 3.0, programa orientado para análises epidemiológicas de dados tabulados. A última versão do programa tem melhor interação com o Windows, ajuda detalhada em hipertexto e foco mais didático. O programa, com menos de 10 mb, pode ser baixado da página da Direção Geral de Saúde Pública da Galícia, no endereço <http://dxsp.sergas.es/default.asp>

## PUBLICAÇÕES

## LANÇAMENTO — EDITORA UFMG

O riso dourado da vila traz as memórias do professor João Amílcar Salgado sobre os anos dourados. No livro, o autor descreve com irreverência sua vida estudantil na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, época em que o modelo francês, base do ensino ministrado na universidade, é substituído pelo modelo norte-americano. Salgado descreve o cenário das repúblicas estudantis da época, revela preciosidades do anedotário escolar e formula a curiosa teoria de que Nepomuceno é o umbigo do mundo.

## Mais informações

Tel. (31) 3499-4650

Site [www.editora.ufmg.br](http://www.editora.ufmg.br)



## LANÇAMENTO — EDITORA DO MS

Revista Saúde e direitos humanos, lançada recentemente pelo Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde (Nedh) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fiocruz, apresenta em sua primeira edição vários artigos focalizando as múltiplas faces da produção do direito à saúde. Entre eles, um artigo da conselheira da OMS Helena Nygren-

Krug, que apresenta um histórico sobre direitos humanos em saúde na OMS. Há ainda textos da ONG Criola e do Projeto Leal, de Alberto Lopes Najar, que escreve sobre discriminação racial positiva, de Rosane Magalhães, sobre desigualdades sociais, de Maria Helena Barros de Oliveira, que aborda a questão humana do direito e da saúde, entre outros.

A distribuição da revista é gratuita e poderá ser solicitada pelo e-mail [revista.saudedh@ensp.fiocruz.br](mailto:revista.saudedh@ensp.fiocruz.br). A revista está também disponível no site da Editora do MS [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

## LANÇAMENTO — EDITORA FIOCRUZ

Itinerário da Loucura em Território Dogon, de Denise Dias Barros, faz parte da coleção “Loucura e Civilização”, que debate o processo de saúde/doença mental. A



autora fala da emergência da dor e de como a sociedade de Dogon, na República do Mali, África Ocidental, se organiza para acolher e explicar esse momento da existência individual e coletiva. Denise permaneceu dois anos na região e pôde compreender como esse povo traduz a loucura. Fotos de Gianni Puzzo, da Casa das Áfricas, ilustram o livro.

## Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039

Site: [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

## LANÇAMENTO — ENSP/FIOCRUZ

Revista Cadernos de Saúde Pública, da ENSP, lança edição especial (volume 20, suplemento 1) com a pesquisa de Maria do Carmo Leal e Silvana Granado Gama, com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sobre a saúde perinatal. Entre as informações levantadas, o estudo constata que a taxa de mortalidade perinatal na cidade é ainda alta, aproximadamente de 16 mortes para cada 1.000 nascidos vivos (1,6%).

## Mais informações

Tel. (21) 2598-2511 / (21) 2598-2508

site <http://www.enasp.fiocruz.br/csp>  
e-mail [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

## PÓS-TUDO

## O olhar de Oswaldo

*Resumo da memoria apresentada pelo delegado do Brazil a 3ª Convenção Sanitária Internacional reunida na Cidade México de 2 a 7 de dezembro de 1907 [conforme a grafia da época].*

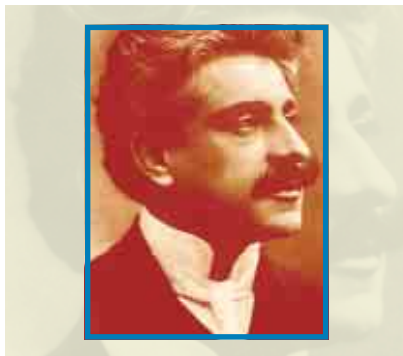
Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz

As condições sanitarias do Brazil melhoram de anno em anno, acompanhando de perto as vantagens colhidas na luta contra molestias infectuosas e melhoramentos materiaes emprehendidos no Rio de Janeiro, que constituia o principal fóco de disseminação das infecções por todo Brazil.

A acção dos serviços sanitarios locaes dos principaes Estados do Brazil tem conseguido manter as boas condições sanitarias do paiz e de seus portos.

Alguns casos esporádicos de peste na cidade do Rio de Janeiro e de febre amarella, no Rio, Nitheroy, Pará e Manáos são as molestias que têm merecido particular cuidado e cuja extincção completa o Governo tem certeza de obter em um futuro muito proximo. Quanto ao antigo grande fóco de febre amarella no Rio de Janeiro, poderemos consideral-o praticamente extinto e os poucos casos esporádicos ainda observados tinham a sua origem em pequenos fócos existentes na cidade de Nitheroy, fronteira ao Rio, distando delle apenas 20' e em continua comunicação com a Capital. O Governo Federal resolveu intervir, de completo accordo com o Governo local, e a campanha methodicamente levada a efeito naquella cidade está dando o mais completo resultado, de maneira que a extincção absoluta da febre amarella no Rio é uma questão de mais alguns mezes.

O problema da prophylaxia da febre amarella no Rio assumiu difficuldades enormes, porque se trata duma cidade muito accidentada, coberta de morros, na encosta de montanhas revestidas de abundante vegetação, ocupando uma area de 133 kilometros quadrados, n'uma extensão maior de 60 kilometros, por uma largura de 4 a 5, e com uma população superior a 811,000 habitantes.



Quanto ao impaludismo, após a prophylaxia instituida, de accordo com a idéa de sua transmissão unica pelos mosquitos, tem diminuido enormemente nas zonas beneficiadas.

O trachoma foi observado em algumas localidades do Estado de S. Paulo, entre imigrantes. A administração sanitaria de S. Paulo, uma das melhores do Brazil, installou um serviço especial de prophylaxia, que tem impedido a diffusão da molestia, cuja introducção tem sido vedada pelo exame dos immigrants nos portos. [...]

Em summa, actualmente o estado sanitario do Rio de Janeiro é muito favoravel. Com uma cifra de mortalidade de 21.7 por 1,000 habitantes, é uma das mais salubres das cidades tropicaes e mais salubre que muitas cidades europeas como Madrid, Lisboa, Athenas, S. Petersburgo, Napoles e tantas outras.

### ESTADO SANITARIO DOS PORTOS

No ponto de vista da prophylaxia internacional maritima, já se acham completamente installados os portos do Rio de Janeiro e Santos, que estão dotados dum desinfectorio fluctuante com aparelhos Claytons, estufa, camaras de formol e enxofre, dum hospital de isolamento e da vigilancia medica, em terra. Esses dois portos são auxiliados nas grandes emergencias pelo antigo Lazareto da Ilha Grande, hoje transformado em estação de desinfecção e observação. Dentro de poucos mezes ficarão preparados os portos da Bahia, Pará, Maranhão e Rio Grande do Sul, para os quaes estão sendo construidos

desinfectorios fluctuantes. O antigo Lazareto de Tamandaré, em Pernambuco, transformado em estação de desinfecção e observação sanitarias, encarrega-se do tratamento sanitario dos navios que demandam os portos com-prehendidos entre a Bahia e Rio Grande do Norte, para o que está devidamente aparelhado. Os navios que se dirigem ao extremo norte do Brazil soffrem seu tratamento sanitario na estação de Tatuóca, no Pará, onde tambem, como em Tamandaré e Ilha Grande, existem um desinfector terrestre, hospital de isolamento e pavilhões de observação, para quando esta se faz necessaria (passageiros de 3ª classe). [...]


O Governo Federal pensa apresentar ao Congresso Nacional um projecto de organização sanitaria completa de todos os portos do Brazil. [...]

### ABASTECIMENTO D'AGUA

Estão iniciados e proseguem com grande actividade os trabalhos de captação de novos mananciaes, que farão com que, á cidade do Rio de Janeiro sejam distribuidos 360 milhões de litros diarios, o que dará uma média superior a 440 litros por habitante.

### ESGOTOS

As principaes cidades do Brazil são dotadas de redes de esgotos. No Rio de Janeiro, o Governo pensa substituir o tratamento chimico das aguas fecaes, actualmente utilizado, pelo tratamento biologico d'esse effluente, para o que organizou uma Comissão de estudos que prosegue a experiencias conscienciosas, em um leito de observação installado para esse fim. [...]

O Brazil continua a dirigir-se pela lei sanitaria de 5 de janeiro de 1904, cuja acção foi prorogada por decisão do Congresso, deste anno. 

*In: OSWALDO Gonçalves Cruz: Opera omnia. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747p. p.527-540. Texto em portugês e inglês. Integra na Biblioteca Virtual da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz ([www.prossiga.br/oswaldocruz/](http://www.prossiga.br/oswaldocruz/))*





## 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](http://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