

NESTA EDIÇÃO



Cobertura da
2ª Conferência
Nacional de Ciência,
Tecnologia e
Inovação em Saúde

RADIS

comunicação em saúde



Nº 25 ♦ Setembro de 2004

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

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

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



ENSP 50 anos

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

Mídia e saúde

Quem pauta quem?



ILUSTRAÇÃO: HÉLIO NOGUEIRA

Aristides Dutra

Os meios de comunicação noticiosos - sejam eles jornais impressos, revistas, telejornais, rádios, sistemas de alto-falantes, os arautos medievais ou os modernos sites de notícias na internet - têm sempre que fazer escolhas entre o que noticiar e também de que modo noticiar. Essa agenda ou roteiro de assuntos a serem noticiados é a chamada pauta. Como o senso comum nos diz que o fato antecede a notícia, somos levados a concluir que é o conjunto de acontecimentos do cotidiano que determina o que será notícia nos meios de comunicação. Seria, contudo, ingênuo pensar que essa relação é automática. Os meios de comunicação também são capazes de exercer pressão ou até mesmo determinar mudanças nesse mesmo mundo que eles noticiam.

Na relação entre a mídia e a saúde não é diferente. A imprensa, quando cobre os temas do setor, é pressionada por todos os lados e também exerce pressões. Interesses de grandes multinacionais da indústria farma-

cêutica podem interferir, de alguma forma, na cobertura. Em contrapartida, uma reportagem-denúncia pode redirecionar toda uma política, pública ou privada, da área da saúde. A ansiedade pela descoberta de um novo medicamento ou a cura de uma doença pode precipitar notícias.

Há ainda que se ressaltar, nessa complicada relação, a dificuldade entre dois tipos de linguagem completamente diferentes: a técnica, dos pesquisadores, e a dita objetiva e, por vezes, superficial, dos profissionais da mídia.

Afinal, quem pauta quem? Partindo dessa questão-chave, a professora Inesita Araújo, do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict) da Fiocruz, propôs amplo debate a seus alunos do Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde. Durante cerca de três horas, convidados e mestrando, numa sessão aberta ao público, no começo do mês passado, discutiram a partir de cinco perguntas colocadas inicialmente no quadro-negro: 1) Que usos a mídia faz do discurso científico?; 2) Como a juventude é retratada na mídia? Autores ou vítimas da violência?; 3) Qual a expressão dos valores

socialmente construídos no discurso da mídia?; 4) O jornal impresso, diante de diferentes temáticas, trabalha com concepções previamente definidas?; 5) Pautar é o mesmo que arbitrar?

No jornalismo de algumas décadas atrás, a resposta para a pergunta inicial (quem pauta quem?) seria simples e imediata, afirmou o historiador e cientista social da UniRio Nilson Moraes: quem pautava era o pauteiro, isto é, o jornalista responsável pela elaboração da pauta.

Mas, na atualidade, a questão é mais ampla. Percebemos uma mídia extremamente parcial, comentou a pesquisadora da Fiocruz Marilene Nascimento. "O que aparece hoje na mídia é o discurso dos grandes laboratórios", disse. Há interesses econômicos fortíssimos, que acabam comprometendo a imparcialidade na cobertura - é a opinião da também pesquisadora Kathie Njaine.

Ao fim do debate, com mais perguntas do que respostas, Inesita sugeriu que o grupo voltasse a se encontrar. "Não para acharmos respostas, que talvez nem existam, mas para darmos seqüência a essa produtiva discussão." (Colaborou Jesuan Xavier)

Ensp 50 anos: história e histórias!

Mergulhar nas páginas desta 25ª edição da revista do *Radis* é não apenas acompanhar 50 anos da história desta “Escola das escolas de saúde pública”, mas também viver um pouco do contexto atual da dinâmica do setor saúde, com as polêmicas recentemente acontecidas na 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; ao mesmo tempo, é possível entender melhor essa proposta, denominada de Farmácia Popular do Brasil, que vem sendo discutida desde a sucessão presidencial que culminou com a vitória de Lula e que hoje disponibiliza 84 medicamentos a preço de custo à população brasileira. Sem agregar nenhum lucro, levantando argumentos a favor e contra, elogios e críticas. Entretanto, não como medida isolada, mas aliado a investimentos nos laboratórios oficiais, cooperação com Cuba para incorporar a tecnologia para a produção de medicamentos de alto custo e ao aumento no gasto com assistência farmacêutica no SUS, o programa pretende complementar o acesso gratuito a medicamentos essenciais no setor público.

Sistemas de Informações Geográficas, indicadores do IBGE e a sempre atual discussão relativa a saúde e ambiente são apenas temas atuais também abordados com propriedade e que fazem com que as edições da *Radis* sejam leitura obrigatória para os gestores das três esferas de governo que compõem o SUS.

O ecoar de memórias do passado construído ao longo de 50 anos de muita luta, desde os primórdios da Ensp, é um exercício verdadeiramente fascinante. O resgatar de imagens, frases e relatos daqueles que ajudaram, independentemente de seu perfil e ideologia, a consolidar esta sólida instituição que presta relevantes serviços em ensino, pesquisa, prestação de serviços de referência e cooperação técnica, certamente que não foi tarefa fácil para esse conjunto de historiadores e jorna-

listas que recuperaram momentos que a História não escreveu. As idéias que levaram à sua criação, a denominada “interferência da conjuntura política (a ditadura)” nos anos 60; a crise e a volta por cima da década dos 70 com a chegada de Sergio Arouca e o Grupo de Campinas; os fortes investimentos no mestrado e doutorado na década de 80, mas sempre uma incomparável capacidade de inovação ao longo de cinco décadas, conseguiram consolidar a Ensp como a maior e mais dinâmica escola de saúde pública da América Latina. Nesse sentido, os cursos descentralizados, o trabalho em redes, a Educação a Distância, os mestrados profissionais fazem parte do elenco de inovações que tornam a Ensp uma referência para a Região das Américas.

A construção de parcerias sólidas é assunto que vem merecendo destaque em todos os momentos. A diversidade e interdisciplinaridade que caracterizam o elenco de atividades desenvolvidas pela Ensp, a tal ponto que interage com todas as estruturas do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, nos levam a que nos sintamos sempre apoiando fortemente o SUS e, em especial, a esfera federal, na formulação, implementação e avaliação de políticas setoriais no campo da saúde. A participação cada vez mais integrada nos grandes embates nacionais e internacionais fazem com que a Ensp assumam um papel cada vez mais incisivo nas interfaces do setor saúde com outras áreas também no plano internacional, como é o caso do comércio.

Esta é a nossa Ensp, que com muito orgulho completa 50 anos. Cabe ressaltar que foi necessário beirar o meio século para nossa escola ser batizada, imortalizando para sempre nosso colega, amigo e mestre Sergio Arouca. Essa é agora a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Jorge Bermudez
Diretor da Ensp/Fiocruz



Comunicação em Saúde

- ♦ Mídia e saúde: quem pauta quem? 2

Editorial

- ♦ Ensp 50 anos: história e histórias! 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Toques da Redação

- 7



ENSP 50 anos

- ♦ Escola das escolas de saúde pública 8

Farmácia Popular

- ♦ Entre a oposição dos críticos e o sorriso do usuário 16

Sistemas de Informações Geográficas

- ♦ Os lugares das doenças e as doenças do lugar 21



2ª CNCTIS

- ♦ Ciência e inovação tecnológica, tema urgente para a saúde 22

3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente

- ♦ Um debate fundamental para o país 31

Estatísticas em saúde

- ♦ Pesquisadores discutem metodologia do IBGE 32

Serviço

- 34



Pós-Tudo

- ♦ O dilema do SUS 35



CARTAS

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Sou estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, e venho parabenizá-los pela edição da revista deste mês, sobretudo pela matéria dos 10 anos do Programa Saúde da Família. Ressalto também que a revista é um poderoso instrumento de estudo para nós, estudantes antenados com os acontecimentos da saúde do Brasil e com a consolidação do SUS.

♦ Adelita Hort, Brusque, SC

LUTA INDÍGENA



Ganhei no EPI-Recife a edição "Terra é saúde", e presto elogios a toda a equipe da revista, pois trabalho com população indígena e achei muito bom o conteúdo da matéria sobre a luta pela demarcação das reservas indígenas.

♦ Márcio Rodrigo, Recife

EM PLENA FLORESTA

Caríssimos, saudações nortistas. Sou enfermeira e trabalho num projeto de mineração em plena Floresta Amazônica, e conheci a Radis há 4 anos, quando cheguei a este Projeto Jarí. Esta revista me ajuda a ficar conectada com a saúde pública, que é a paixão de minha vida, me ajuda a levar informações atualizadas aos alunos do Técnico de Enfermagem e a discutir saúde com meus colegas de profissão. Enfim, a Radis faz parte da minha vida e espero ansiosamente todos os meses a sua chegada. Enfim, como leitora assídua, venho declarar meu amor por esta revista tão agradável que nos sensibiliza com tamanha amplitude de informações.

♦ Rejane Brandão Pinto, administradora hospitalar, Posto Médico Munguba, Pará

ORIENTAÇÃO DA SAÚDE

Sou enfermeira, trabalho há mais de 20 anos na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, na Regional da Saúde de Baturité, como orientadora da saúde (gerente geral), coordenando, além de minha equipe, oito municípios desta jurisdição. Atualmente estou

estudando para o processo seletivo do mestrado em saúde pública. A Radis me mantém atualizada nas questões da saúde, tão importantes para o cargo que exerço.

♦ Maria Fátima Ferreira de Oliveira, Fortaleza

LUTA DOS NEGROS



Sou estudante de Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Estadual do Maranhão, campus de Bacabal. O trabalho de vocês está 10. Os temas abordados não se prendem apenas à saúde propriamente, mas estendem-se a assuntos polêmicos e sociais de forma geral, não perdendo, porém, o foco central, que é comunicar em saúde. Fiz uma pesquisa para a disciplina Saúde Pública sobre a "população negra", para a qual a Radis nº 20, de abril, muito contribuiu como fonte. Nunca tinha feito uma pesquisa com tanto prazer. Fiquei muito feliz por saber que em nosso país existe uma revista com grau tão elevado e nobre.

♦ Josefa Costa Neta, São Luís

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 Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 43.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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 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

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

Impressão

Editora 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.

MAIS CONHECIMENTO

Sou assistente social e, atualmente, trabalho na Secretaria de Saúde de uma prefeitura da região metropolitana de Recife. Há muito venho acompanhando a saúde pública no Brasil, e a revista tem sido um importante instrumento para ampliação do meu conhecimento.

♦ Laudicena Barreto, Recife

PUBLICAÇÕES GRATUITAS

Primeiro, quero elogiar a Radis pelas suas brilhantes reportagens sobre a saúde no Brasil. A cada nova revista que recebo mais fico lisonjeada em receber tal publicação. Segundo, gostaria de sa-

ber se as publicações que falam sobre Saúde Pública, citadas na contracapa da Radis de maio, são gratuitas.

♦ Daiane Caires M. de Souza

■ *Daiane, as publicações são gratuitas.*

OLHAR EPIDEMIOLÓGICO

Sou aluna do curso de Tecnologia em Saneamento Ambiental do Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo e venho parabenizá-los pela iniciativa de disponibilizar gratuitamente informações sobre a área de saúde na revista Radis, que conheci por meio da professora de Saúde Pública e Vigilância Epidemiológica Giovana Venturim, do Cefet-ES. A revista é muito importante por contribuir para o meu olhar epidemiológico sobre a saúde pública. (...)

♦ Georgette Cristina Salvador Lázaro, Cariacica, ES

MENINGITE EM MARACÁS

Venho dizer aos senhores que em 2003 a meningite foi um transtorno para a população de Maracás, na Bahia, causando muitas mortes. No entanto, neste ano de 2004 está se repetindo o pânico da meningite. No dia 13 de julho um garoto de 9 anos morreu. Quero pedir um favor: que investiguem o que anda acontecendo. O que mais me deixa preocupado é que até o momento não foi tomada nenhuma iniciativa, nem sequer a vacina. Alegaram que a vacina tem um custo alto. Então nós, que somos pobres, temos que morrer? E os deveres dos governantes?

♦ Cláudio Santiago, Maracás, BA

■ *O diretor de Vigilância Epidemiológica da Bahia, Edgar Lessa Crusóe, informa que a morte do menino foi causada por meningococemia, e não meningite meningocócica. Nas amostras obtidas de outros dois pacientes, já recuperados, não foi possível isolar o meningococo, pois a cultura não cresceu. As autoridades afirmam que são casos isolados, que não configuram surto e não exigiriam vacinação. A Radis vai continuar acompanhando a situação em Maracás.*

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

MAIS R\$ 3 BILHÕES EM 2005

O ministro da Saúde, Humberto Costa, anunciou em 4 de agosto que terá R\$ 3 bilhões a mais para gastar em 2005 em relação a este ano. O orçamento global de sua pasta para 2005 será de R\$ 39,5 bilhões, quando em 2004 é de R\$ 36,5 bilhões. O ministro já encaminhou a proposta ao Ministério do Planejamento e agora ela seria encaminhada ao Congresso até 31 de agosto, prazo final para o envio da mensagem orçamentária.

Excluindo gastos com pessoal, inativos e pagamento de dívidas e com o programa Farmácia Popular, o Ministério da Saúde calcula que vai assegurar o gasto mínimo de R\$ 31,5 bilhões com o setor, como determina a EC 29.

A emenda 29 prevê que o Orçamento da saúde deve ser igual ao montante do ano anterior acrescido do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Este é o mínimo que deve ser gasto na área. Com isso, o total para ser investido irá ganhar, em 2005, mais R\$ 3,1 bilhões.

A LUTA DOS JOVENS DOUTORES



O Brasil formou 8.094 doutores em 2003, um grande salto em relação aos 868 de 1987, mas não aproveita esses recursos de alto nível: na década de 1990, o país perdeu cerca de 1.000 pesquisadores para empresas e institutos de pesquisa no exterior, segundo notícia da Agência Fapesp. Os dados foram apresenta-

dos no debate "Mercado de trabalho para jovens doutores", na 56ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), no mês de julho, em Cuiabá.

"O Brasil é um excelente fornecedor de mão-de-obra para o mundo", disse Reinaldo Guimarães, diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do MS. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação, instituiu comissão para elaborar o Plano Nacional de Pós-Graduação do quinquênio 2005-2010, um instrumento para traçar metas estratégicas de uma política de investimentos no setor. A proposta deverá ser apresentada até dezembro.

VERBA DA SAÚDE AVANÇA NA CÂMARA

A Comissão de Seguridade Social da Câmara aprovou na manhã do dia 11 de agosto o substitutivo do deputado Guilherme Menezes (PT-BA) ao Projeto de Lei Complementar 01/2003, que estabelece que a União deverá destinar à saúde no mínimo 10% de suas receitas correntes brutas [ver Radis nº 24], informou a Agência Câmara. O texto ainda será analisado pelas comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça, antes de ser votado em dois turnos pelo Plenário.

Pela Emenda Constitucional 29, a União deve empregar em ações de saúde o mesmo montante aplicado no ano anterior mais a variação nominal do PIB. O substitutivo aprovado determina que a União deverá destinar, a ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 10% de suas receitas correntes brutas. "Hoje, isso significa R\$ 43 bilhões por ano, enquanto 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 R\$ 28 bilhões", informou Guilherme Menezes.

Estados e Distrito Federal deverão aplicar em saúde 12% da receita obtida com o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), o imposto sobre doações ou transmissão de bens "causa mortis" (impostos estaduais) e também com os repasses da União relativos à arrecadação do Im-

posto de Renda, deduzidas as transferências aos municípios. Já os municípios e o Distrito Federal deverão aplicar em saúde 15% do produto da arrecadação do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) e de outros impostos municipais, e também dos repasses da União relativos à arrecadação do Imposto de Renda.

O projeto veda a inclusão de gastos com pagamento de amortizações, juros, encargos da dívida pública e previdenciários, por não serem despesas com ações e serviços de saúde.

O substitutivo de Menezes não prevê percentuais de repasse dos recursos da União a estados e municípios: o rateio seria feito segundo as necessidades de saúde da população e levaria em consideração as características epidemiológica, demográfica e socioeconômica da região. O relator defende que a decisão do rateio seja descentralizada, remetida a instâncias gestoras. No entanto, para preservar o controle social do SUS, as decisões sobre a metodologia de rateio e sobre o montante de recursos a dividir seriam aprovadas pelos Conselhos de Saúde do ente da Federação correspondente. O substitutivo prevê ainda a possibilidade de remanejamento de parcelas dos recursos entre os municípios, por meio de consórcios ou outras formas de cooperativismo intermunicipal.

A proposta original trazia os percentuais amarrados na lei: 70% dos recursos dos estados seriam destinados aos municípios, dos quais 15% com base no critério populacional e o restante, de acordo com análise técnica de programas e projetos combinada com critérios de demanda, populacionais e financeiros. Os 30% restantes seriam aplicados nos estados.

APROVADA A CRIAÇÃO DA HEMOBRÁS



ILUSTRAÇÃO: ANDRÉ ARANTES

Outra do dia 11 de agosto, também da Agência Câmara: a proposta de criação da Empresa Brasileira de

Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) encerrou sua tramitação na Câmara dos Deputados, onde foi aprovada. O Projeto de Lei 2.399/03, do Poder Executivo, já havia passado pelo Plenário no dia 1º de junho, mas ficaram à espera de votação vários destaques apresentados pelo PFL — que acabaram rejeitados pelo Plenário. A proposta segue agora para o Senado Federal.

Pelo texto aprovado, a Hemobrás funcionará sob a forma de sociedade limitada subordinada ao Ministério da Saúde, e terá a função social de garantir aos pacientes do SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia. A sede da empresa continua indefinida (*Radis* nº 20).

GENÉRICOS JÁ VENDEM US\$ 203 MILHÕES

Entre janeiro e junho o volume de medicamentos vendidos (incluindo os de referência e similares) cresceu 9,8%, passando das 597 milhões de unidades registradas em igual período de 2003 para 655,4 milhões. No segmento de genéricos, o impulso foi ainda maior, informou a *Gazeta Mercantil* de 5 de agosto: as vendas cresceram 36% em volume e 56% em valor, movimentando no Brasil US\$ 203,3 milhões, ante os US\$ 130 milhões do mesmo período em 2003, conforme a pesquisa do IMS Health. Esse desempenho em valor garantiu elevação de 23% da participação do segmento no faturamento total do mercado.

A indústria farmacêutica brasileira conseguiu recuperar no primeiro semestre de 2004 parte das perdas acumuladas nos últimos anos. Vera Valente, diretora-executiva da Pró-Genéricos, entidade que reúne os principais fabricantes de medicamentos genéricos do país, disse que a estagnação do mercado farmacêutico poderia ter sido mais acentuada se não fossem os remédios genéricos. “O consumo está intrinsecamente ligado ao poder aquisitivo das pessoas”, disse. “Quanto menor a renda, mais genéricos se consome, porque ele é em média 40% mais barato que o medicamento de referência e tem qualidade compatível”.

Vera acredita que alternativas devem ser buscadas para ampliar o acesso aos medicamentos, ainda limitado pelo achatamento da renda do brasileiro. Uma alternativa, ela informou, seria a cobertura dos gastos com remédios pelos planos de saú-

de. “O brasileiro vai ao médico, mas não tem dinheiro para comprar o medicamento e o governo não tem como fornecer a todo mundo; fica mais barato para o plano de saúde investir em medicamentos do que em internações.”

LULA VISITA CAMPUS DA FIOCRUZ



FOTO: PETER ILLICIEV/FIOCRUZ

O presidente Lula aproveitou o Dia Nacional da Saúde, em 5 de agosto, para visitar o campus da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, onde inaugurou unidades que “acrescentaram à Fiocruz mais alguns títulos e números significativos”, fazendo da instituição “o maior centro de pesquisa na área biomédica da América Latina” — nas palavras da reportagem “Números que impressionam”, publicada no *Jornal do Brasil*.

“O que esta Fundação faz pelo povo engrandece a todos nós”, disse Lula. “Qualquer investimento que se faça aqui é pouco perto do que a Fundação já fez pelo Brasil.” O presidente estava com a mulher, Marisa Letícia, e três ministros: o da Saúde, Humberto Costa, da Educação, Tarso Genro, e da Ciência e Tecnologia, Eduardo Campos. Recebido pelo presidente da Fiocruz, Paulo Buss, Lula cumpriu o primeiro compromisso da agenda no Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), onde inaugurou o Centro de Produção de Antígenos Bacterianos Charles Mérieux (CPAB), o mais moderno laboratório de vacinas bacterianas da América Latina (foto).

O CPAB tem capacidade para produzir 20 milhões de doses anuais contra o bacilo *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), gerando economia de R\$ 10 milhões no ano. A bactéria é responsável por infecções graves e agudas em crianças, como pneumonia,

meningite purulenta, artrite e epiglote. O CPAB também poderá produzir 20 milhões de doses anuais da vacina contra meningite A e C. Futuramente, vai fabricar vacinas conjugadas contra meningite B e C e contra pneumococos. Paulo Buss acentuou que a principal diretriz de Bio-Manguinhos – como de toda a instituição – é o foco nas chamadas doenças da pobreza.

Em seguida, Lula inaugurou o novo prédio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), única escola federal do país voltada exclusivamente para a educação profissional em saúde, com 5 mil metros quadrados e 23 laboratórios. Oficializada como Centro Colaborador da OMS para a educação de técnicos em saúde, a obra beneficiará 1.000 estudantes por ano. Lula e Marisa posaram com os jalecos dos alunos e tiraram fotografias ao lado dos jovens.

No Castelo de Manguinhos Lula oficializou a posse da fábrica de medicamentos comprada pela Fiocruz da GlaxoSmithKline (GSK). O parque industrial, em Jacarepaguá (Zona Oeste do Rio), será incorporado ao Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos) e, a partir de 2005, produzirá 50 milhões de unidades de antibióticos para abastecer os programas de saúde pública. A fábrica, com 105 mil metros quadrados, tem área três vezes maior que a de Manguinhos. Com a transferência gradual da produção de Manguinhos para Jacarepaguá, espera-se que em 2007 seja alcançada a marca de 10 bilhões de unidades farmacêuticas (ufs) ao ano.

O governo investiu US\$ 6 milhões na unidade. “Esta é a primeira vez que um governo compra uma fábrica da iniciativa privada”, ressaltou Lula. “Estamos recuperando uma fábrica que seria desativada, eliminaria empregos e que agora produzirá, em escala nacional, os antibióticos mais usados no Brasil”. A diretora de Far-Manguinhos, Núbia Boechat, afirmou que o retorno é certo. “Só em 2003 o Ministério da Saúde economizou R\$ 200 milhões comprando medicamentos mais baratos de Far-Manguinhos”.

Ver reportagem completa na página CSS-Imprensa da Fiocruz (www.fiocruz.br/ccs/especiais/lula.htm)

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



toques da redação

UNIDOS VENCEREMOS – Com base na opinião de profissionais e pesquisadores, a revista ComCiência (<http://comciencia.locaweb.com.br>), publicada pelo Laboratório de Jornalismo da Unicamp e pela SBPC, em notícia do dia 6 de agosto afirma que a rede de cooperação tecnológica em HIV/Aids, formada por seis dos países mais populosos do mundo e liderada pelo Brasil, foi a iniciativa mais importante da 15ª Conferência Internacional de Aids, realizada em julho em Bangcoc. O objetivo principal da rede é garantir o acesso ao tratamento anti-retroviral, ameaçado pelo Tratado de Propriedade Intelectual. A partir de 2005, todos os países signatários da Organização Mundial do Comércio deverão se adequar ao tratado, o que pode reduzir os investimentos em genéricos e, conseqüentemente, aumentar o custo do tratamento para a Aids.

PERFIL FARMACÊUTICO – Começou no dia 2 de agosto a segunda etapa brasileira do estudo que avalia a situação farmacêutica em diversos países, conduzido pela OMS/Opas. Esta etapa, “Diagnóstico da assistência farmacêutica”, prevê trabalho de campo para levantamento do perfil farmacêutico brasileiro. A coordenação é do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Ensp/Fiocruz, que treinou 15 pesquisadores para a coleta de dados em cinco estados: Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe. Dois municípios por estado serão selecionados por sorteio. Haverá entrevistas com profissionais e pacientes, observações e consulta a documentos administrativos e clínicos. Compõe ainda o estudo a “Pesquisa Domiciliar para Estudo de Acesso e Utilização de Medicamentos”, a ser realizada em 180 domicílios por estado.

POEMA LIMPO – Vale (quase) tudo no combate ao cigarro. Josilene Hóstio Pinto e Oliveira, enfermeira e secretária municipal de Saúde da cidade de Major Sales, no Rio Grande do Norte, promove todos os anos ações educativas de combate ao tabagismo. Aproveitam do que o povo potiguar ama a poesia e

a literatura de cordel, Josilene convocou um poeta da terra para a campanha antitabaco deste ano. Francisco Canindé Fernandes, o menestrel, escreveu (e declamou!) seu poema “Combate ao tabagismo”, que começa assim (fundo musical de sanfona): “É dever e obrigação/Combater o tabagismo/Um mal que está matando/Destruindo o otimismo/Defendê-lo será crime/E falta de patriotismo.”

SEXO DOS ANJOS – Plenária Final da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (Cnctis). Temas importantes, discussões acaloradas, tempo curto. Mesmo assim, não faltou espaço para a contestação de “obras feitas”, como anotou nosso jovem repórter Inocência Foca. Por exemplo, embora seja uma nomenclatura acordada na Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais, promovida pelo governo da Espanha e a Unesco em junho de 1994, o termo “portadores de necessidades especiais” foi motivo para discussão. Para alguns, a expressão mais correta é “pessoa com deficiência física”. Depois de muito debate, o assunto acabou por ser colocado em votação: pela diferença de 30 votos (90 a favor e 60 contra), venceu o que já está convencionalizado há uma década: “portadores de necessidades especiais”. Para contornar a polêmica na 12ª Conferência Nacional de Saúde, os relatores do eixo Direito à Saúde adotaram a expressão “portadores de deficiências e necessidades especiais”. Ganhou-se tempo.

HORA-EXTRA – Ao perceberem que não seria possível cumprir o cronograma da 2ª Cnctis, que previa a votação de todas as propostas apresentadas nos quatro dias de debates, os delegados resolveram interromper a Plenária Final para deliberar sobre o que fariam com as emendas pendentes. Um grupo, de 94 pessoas, se dispôs a permanecer no local até a votação da última proposta – entrando pela madrugada. Mas o número era insuficiente, por não atingir o quórum mínimo (154). A sugestão de hora-extra foi então recusada pelos coordenadores. As 160 propostas não-apreciadas serão encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde, que as enviará, por correio ou e-mail, aos delegados para deliberação posterior.

ENSP 50 ANOS

ESCOLA DAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA



Do prédio de Manguinhos partiram professores para ensinar saúde pública em todo o país

ENSP 50 ANOS

Jesuan Xavier

Aos 50 anos no melhor da forma. É assim que a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca chega a meio século de existência. Como qualquer instituição pública, teve de vencer obstáculos maiores e menores. O maior: grave crise financeira e desprestígio político no início dos anos 70, quando quase foi fechada. Na volta por cima, uma ampla reestruturação impulsionada pelo Grupo de Campinas – no qual figurava o sanitarista Sergio Arouca – a partir de 1975 transformou a Ensp numa escola de referência internacional. Hoje, revigorada, tem muitos planos para o futuro. Pioneira em várias iniciativas, seus projetos (como o Ensino a Distância) conquistam e formam milhares de alunos anualmente. Parceiras com entidades do nível da Opas/OMS lhe dão visibilidade muito além de nossas fronteiras.

Para marcar a data, a direção da Ensp separou uma semana do mês de setembro – do dia 13

ao 17 – para as comemorações: o lançamento oficial do livro *Uma escola para a saúde*, que narra toda a trajetória da Ensp, uma mostra fotográfica e de documentos históricos, com amplo acervo, a inauguração do novo portal da escola na internet – que, entre outras novidades, terá o conteúdo do CD *Radis 20 anos*, coletânea das publicações do programa, além

de seminários e palestras. No dia 15, de cerimônia especial participam o ministro da

Sob a vigência do regime militar, o marechal Castelo Branco e o ministro da Saúde, Raimundo de Brito, na inauguração do prédio da Ensp, em 1966





A frota de transporte da Ensp em 1972. Em 1966, o escritório funcionava na garagem

Saúde, Humberto Costa, o presidente Associação de Educação em Saúde Pública da América Latina e Caribe, o chileno Giorgio Solimano, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, e a diretora da Opas, Mirta Roses, que fará a conferência magna “O futuro da saúde pública e as metas do milênio”.

A idéia da criação de uma escola voltada para a formação de pessoal especializado na área de saúde pública surgiu nos anos 1920. Na chamada Reforma Rocha Vaz – por inspiração do

curso de Higiene e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde, em 1950, a idéia da escola especialista ganhou força. Finalmente, em 3 de setembro de 1954, após aprovação no Senado, foi regulamentado o projeto de fundação da Escola Nacional de Saúde Pública. Foram necessários mais cinco anos para a Ensp ser oficialmente aberta. “Mesmo assim, começou a funcionar de maneira muito precária. Não tinha sede”, conta Cristina Fonseca, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz, unidade da Fiocruz que se encarregou de recuperar em livro a memória da Ensp.

“É importante observar que a criação da Ensp não foi um acontecimento isolado, mas se inseria num conjunto de reformas que ocorreram na década de 50”, diz ela, sobre três alterações institucionais da época: a divisão em dois do então Ministério da Educação e Saúde, a criação do Departamento Nacional de Endemias

então diretor-geral do Departamento de Saúde Pública, Carlos Chagas – foi criada, em 1925, a especialização em Saúde Pública no

Rurais e a aprovação da lei que criou a Ensp. “Três modificações na área da saúde que, de alguma forma, estavam interligadas”.

É IMPORTANTE OBSERVAR QUE A CRIAÇÃO DA ENSP NÃO FOI UM ACONTECIMENTO ISOLADO, MAS SE INSERIA NUM CONJUNTO DE REFORMAS DA ÉPOCA.

CRISTINA FONSECA, PESQUISADORA DA COC/FIOCRUZ

Segundo Cristina Fonseca, logo após a regulamentação da escola, e por mais 7 anos, a secretária da Ensp passou a funcionar no sexto andar do prédio do Instituto Fernandes Figueira (IFF), no bairro do Flamengo, Zona Sul do Rio de Janeiro. “Neste período, era comum os alunos inscritos na escola terem que ir aos professores, que trabalhavam nas faculdades. Não havia salas de aula suficientes para todos no IFF”.

De acordo com depoimentos recolhidos por ela – para o livro comemorativo dos 50 anos da Ensp – as aulas eram espalhadas por vários lugares da cidade. “Muitas aconteciam no Departamento Nacional de Saúde, e ainda há relatos, como o da então enfermeira Elsa Paim, que contou ter tido aulas com um professor no próprio hospital em que ele trabalhava na época (o São Francisco de Assis)”.

Nos primeiros anos, a Ensp oferecia de seis a 14 cursos por período – para médicos, enfermeiros, visitantes sanitários, veterinários, engenheiros etc. “A média ainda era muito pequena de alunos, cerca de 20 por curso”.

Em 1966, finalmente a Ensp ganhou “corpo”. A inauguração do prédio onde funciona até hoje no campus da Fiocruz foi muito festejada. Nos primeiros anos, a escola recebeu colaboração muito grande de outros órgãos do Ministério da Saúde. “A Ensp começou com a participação de funcionários cedidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e do Departamento Nacional de Saúde”, diz Cristina.

Finalmente, em 7 de junho de 1966, a Lei nº 5.017 autorizava o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (Fensp). No primeiro ano, os cursos ainda eram separados pela profissão de origem, explica Luiz

Fernando Ferreira, ex-diretor da Fensp e ex-presidente da Fiocruz que recentemente se tornou pesquisador emérito da Fundação. Ele conta que os cursos básicos constavam de matérias essenciais para a compreensão dos

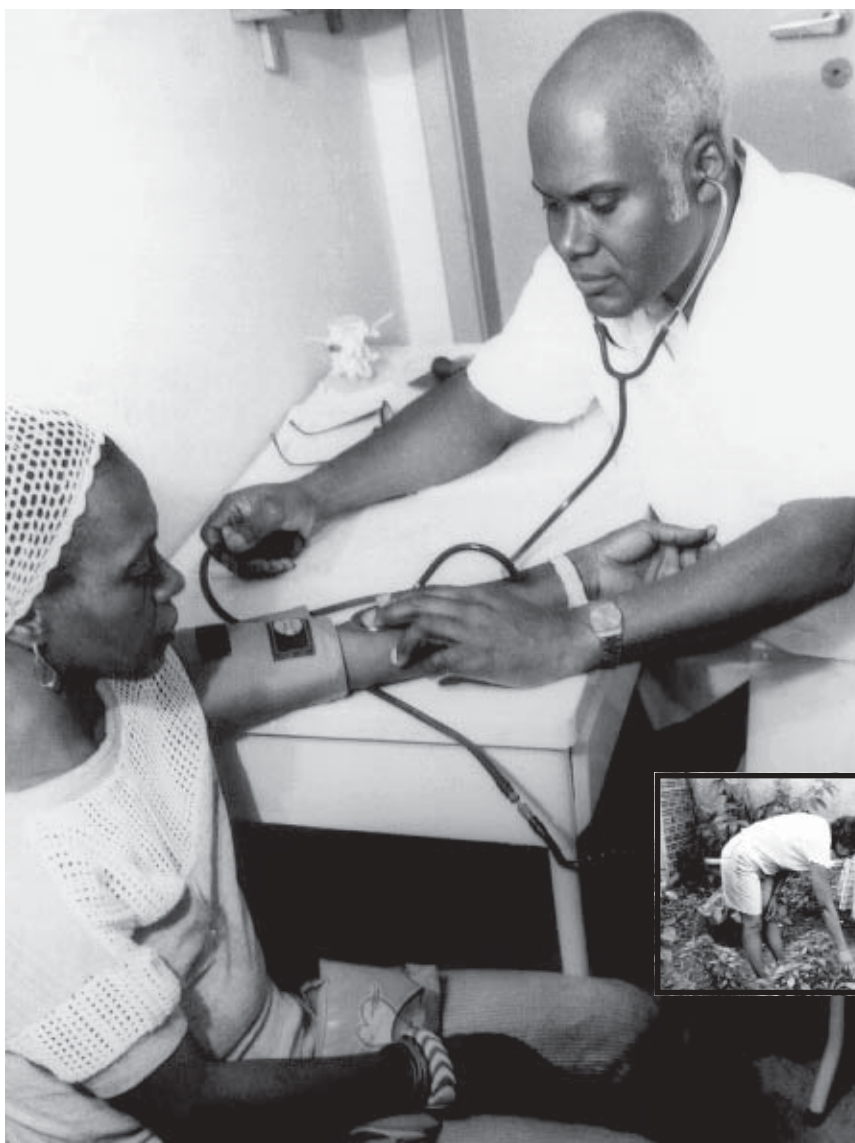
UMA ESCOLA QUE REALMENTE CAPACITA GESTORES E PESQUISADORES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PARA O SISTEMA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO.

JORGE BERMUDEZ, DIRETOR DA ENSP

diversos problemas de saúde pública. “Assim, os cursos Básico de Saúde Pública para médicos, Básico de Saúde Pública para enfermeiros, para veterinários, para farmacêuticos e para dentistas”.

Em suas anotações da época – transcritas no livro comemorativo – estão relatos interessantes: “O curso de Especialização em Educação Sanitária, de nível superior, constituiu

Atendimento e orientação de saúde à comunidade local no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria



uma experiência nova em nosso país e foi aberto a profissionais egressos das ciências biológicas, sociais, de psicologia e educação. Esse curso já se encontra em realização e conta com a presença de 15 alunos”.

O PESES E O PEPPE UNIRAM O BRAÇO DO SISTEMA DA SAÚDE, DAS CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS À SAÚDE, E O BRAÇO DA EPIDEMIOLOGIA.

PAULO BUSS, PRESIDENTE DA FIOCRUZ

No fim de 1966, o primeiro movimento para a criação de um mestrado na Ensp, que acontece nos dois anos seguintes. “Mas houve uma certa interferência da conjuntura política [a ditadura] que acabou esvaziando a escola como um todo”, conta a pesquisadora, e o curso de mestrado não foi para a frente.

Quando a Ensp foi instalada no prédio da Leopoldo Bulhões, em 1966, não tinha qualquer relação com o Instituto Oswaldo Cruz (IOC). “Havia até um muro separando os dois edifícios”, relata Cristina. A partir de meados da década de 70, com a reformulação

de toda a estrutura, essa relação passou a ser muito mais estreita — hoje, as duas unidades são completamente interligadas.

A ampla reestruturação e o fortalecimento da Ensp, então desprestigiada, começou nas gestões de Oswaldo Costa, em 1973, e Ernani Braga, em 1974. O professor Sérgio Góes, encarregado de preparar o 2º Plano Básico de Desenvolvimento Científico-Tecnológico, convocou o professor Eduardo Costa para criar um programa que trouxesse investimentos para a escola. Eduardo, por sua vez,

convidou, em 1975, o chamado Grupo de Campinas — Sergio Arouca (ver box na página 16), Célia Leitão, Joaquim Alberto Cardoso de Mello, Anamaria Tambellini, Marília Bernardes Marques, entre outros. Com Arlindo Fábio Gómez de Sousa, que mais tarde tornou-se diretor da Ensp, Eduardo então organizou dois importantes projetos de pesquisa: o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe), que renderam à escola financiamentos vultosos. “A partir daí, a Ensp começou a mudar seu corpo docente. Aqueles profissionais que

antes eram cedidos tiveram que abrir mão de seus empregos e foram incorporados pela escola”, lembra Cristina.

O atual presidente da Fiocruz, Paulo Buss, é taxativo. “A vinda do Arouca foi um marco para a Ensp”. Ele lembra que os dois projetos de pesquisa reforçaram os grandes braços da saúde pública. “Quer dizer, o braço do sistema da saúde,

Os laboratórios da Ensp em atividade





das ciências sociais aplicadas à saúde, e o braço da epidemiologia. Uma brilhantíssima idéia". Nesse período, começou a descentralização os cursos, outro importante marco na história da escola, deslocando professores para formar profissionais fora do Estado do Rio. "Hoje temos escola de saúde pública em outros lugares, que foram constituídas a partir desse processo de formação", ressalta Cristina.

A partir da década de 80, a Ensp fez fortes investimentos na área de mestrado e doutorado. "A escola oferece atualmente mestrados profissionais nas áreas de gestão, regulação, informação e comunicação, que é outra forma de a Ensp se relacionar com os serviços de atendimento", explica ela, salientando que, apesar da reformulação em sua maneira original de atuar, a Ensp nunca deixou de exercer na prática aquilo que ensina. "Temos o centro de saúde, unidade de atendimento que trabalha com promoção da saúde, um serviço de referência à população que vive em torno da Fiocruz", exemplifica o diretor atual da Ensp, Jorge Bermudez. Segundo ele, a escola atende cerca de 50 mil pesso-

as da comunidade de Manguinhos.

Uma das principais características da Ensp ao longo dos últimos 50 anos é que

tem sido, entre as escolas de saúde pública do país, a de maior capacidade de inovação. "Metodologias novas começaram na escola", diz Bermudez. "Projetos como os cursos descentralizados, a Educação a Distância e os cursos de mestrado profissional são referências".

É um programa estratégico de formação de recursos humanos em saúde, dirigido a profissionais e instituições envolvidas na gestão de sistemas e serviços de saúde, tanto no nível dos governos, quanto no de instituições privadas. Pretende oferecer oportunidades de formação e qualificação de alto nível a profissionais em serviço, de forma integrada ao processo de trabalho. Trata-se de um programa de formação a distância, operando tanto na área de pós-graduação lato sensu (nível superior), quanto na área profissionalizante (nível médio). (Radis nº 6)

Em 1968, formando o segundo curso de mestrado e a turma do curso básico de Saúde Pública



Bermudez destaca a importância das parcerias que a Ensp construiu ao longo desses últimos anos. "A escola não trabalha isoladamente, mas com uma rede de escolas de saúde pública: temos trabalhos conjuntos com 16 escolas de saúde pública em todo o Brasil".

O diretor lembra as numerosas atividades que a Ensp desenvolve com instituições internacionais, como a OMS e outros organismos das Nações Unidas. Entre tantos, destaca a área de Saúde e Ambiente com a Organização Pan-Americana da Saúde. "Temos também projetos com o Canadá, envolvendo a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), em promoção da saúde, e com países africanos de língua portuguesa, com ênfase na capacitação de recursos humanos, todos com resultados extremamente positivos".

Quanto à principal característica da Ensp, Bermudez parece ter a resposta na ponta da língua: "É uma instituição grande em todos os sentidos. A única escola de saúde pública de âmbito federal, vinculada ao Ministério da Saúde. Uma escola que realmente capacita gestores e pesquisadores para o Sistema Único de Saúde e para o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação".

Pelas salas de aula da Ensp passaram alunos que hoje ocupam cargos de relevância no cenário nacional e em outros países. De cabeça, Bermudez lembra da atual ministra da Saúde da Venezuela, Maria Urbaneja, do ex-secretário de Saúde de Minas Gerais, o hoje deputado federal Luiz Saraiva Felipe (PMDB), do diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer, José Gomes Temporão, do subsecretário

de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, Valcler Rangel Fernandes, além de pesquisadores e dirigentes em atividade na Fiocruz. Sem falar do sanitarista e romancista Moacyr Scliar, autor de *Febre tropical*.

Bermudez afirma que a ligação entre Ensp e governo federal não poderia ser melhor. "Todos os programas de atenção básica do Ministério da Saúde estão implantados em nossa unidade (tuberculose, Aids, vacinas etc.). Aqui podemos trabalhar como um modelo para também capacitar recursos humanos".

Atualmente a Ensp recebe 100 alunos por ano só para mestrado e doutorado. Mas o diretor faz questão de enfatizar a atuação da escola em todo o território nacional. "Se contarmos os cursos a distância, são mais de 30 mil alunos".

Além dos projetos de ensino, a Ensp dispõe de dois veículos próprios de comunicação em saúde. "Nossa revista, *Os Cadernos de Saúde Pública*, é referenciada internacionalmente. E ainda temos o Programa Radis (revista e site), que é um dos melhores instrumentos para divulgar o que está acontecendo no sistema de saúde do Brasil", diz o diretor. Com tiragem de 42 mil exemplares, a Radis chega ao país inteiro e tem mais de uma centena de assinantes no exterior.

Bermudez, que não esconde o orgulho de estar à frente da instituição, aponta as diretrizes para o futuro. "Nossas responsabilidades apenas aumentam com a atual projeção nacional e internacional conquistada. Temos que continuar tendo a ousadia, marca característica do pioneiro Arouca".



Biblioteca da Ensp
em 1968





Uma revolução na Ensp

O médico sanitário Sergio Arouca pres- tou concurso para professor-titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp em 1975. Como professor, lecionou alguns anos até ser convidado a trabalhar com o governo sandinista da Nicarágua. Nesse período, iniciou seus laços com o sistema de saúde cubano, assessorando-o tanto na formação de recursos humanos quanto no desenvolvimento de programas assistenciais.

Ao retornar ao Brasil, em 1982, foi eleito chefe do DAPS. Fez uma verdadeira revolução no Departamento de Planejamento, transformando-o essencialmente numa área de estudos das políticas de saúde.

Em 1985, foi indicado candidato à Presidência da Fiocruz. O impulso veio de um movimento da comunidade de Manguinhos, uma frente suprapartidária reforçada pelo então secretário-geral do Ministério da Saúde, Eleutério Rodriguez Neto, e pela médica-sanitarista Fabíola Aguiar Nunes. Esse movimento ultrapassou as fronteiras da Fundação e tornou-se nacional. A nomeação para presidente da instituição saiu em 3 de maio de 1985. "A expectativa nesse dia era enorme", relata o fotógrafo Cid

Fayão, da Fiocruz. "Estávamos todos reunidos na sala da direção, esperando o telefone tocar. Quando veio a notícia, com a confirmação de que o Arouca seria o presidente, houve uma explosão de alegria". Fayão registrou o momento para a posteridade, com Arouca, colegas e alunos fazendo o V da vitória.

Da Fiocruz, ele nunca mais se afastou. Nem mesmo quando, em 1989, saiu da presidência da Fundação para ser candidato a vice-presidente da República na chapa de Roberto Freire. Arouca, que morreu aos 61 anos em decorrência de um câncer, foi velado em 3 de agosto de 2003 no Castelo de Manguinhos — pela primeira vez aberto para tal finalidade.

No velório, 800 pessoas se despediram do sanitário. No alto da escadaria principal do Castelo, um painel com a foto ampliada de Arouca lembrava uma de suas frases mais famosas, dita em sua última entrevista à *Radis* nº 3, outubro de 2002: "Sou mais identificado como sanitário da Fiocruz que como militante político ou deputado, e é como eu me sinto bem".



Fonte: Portal da Fiocruz (www.fiocruz.br)

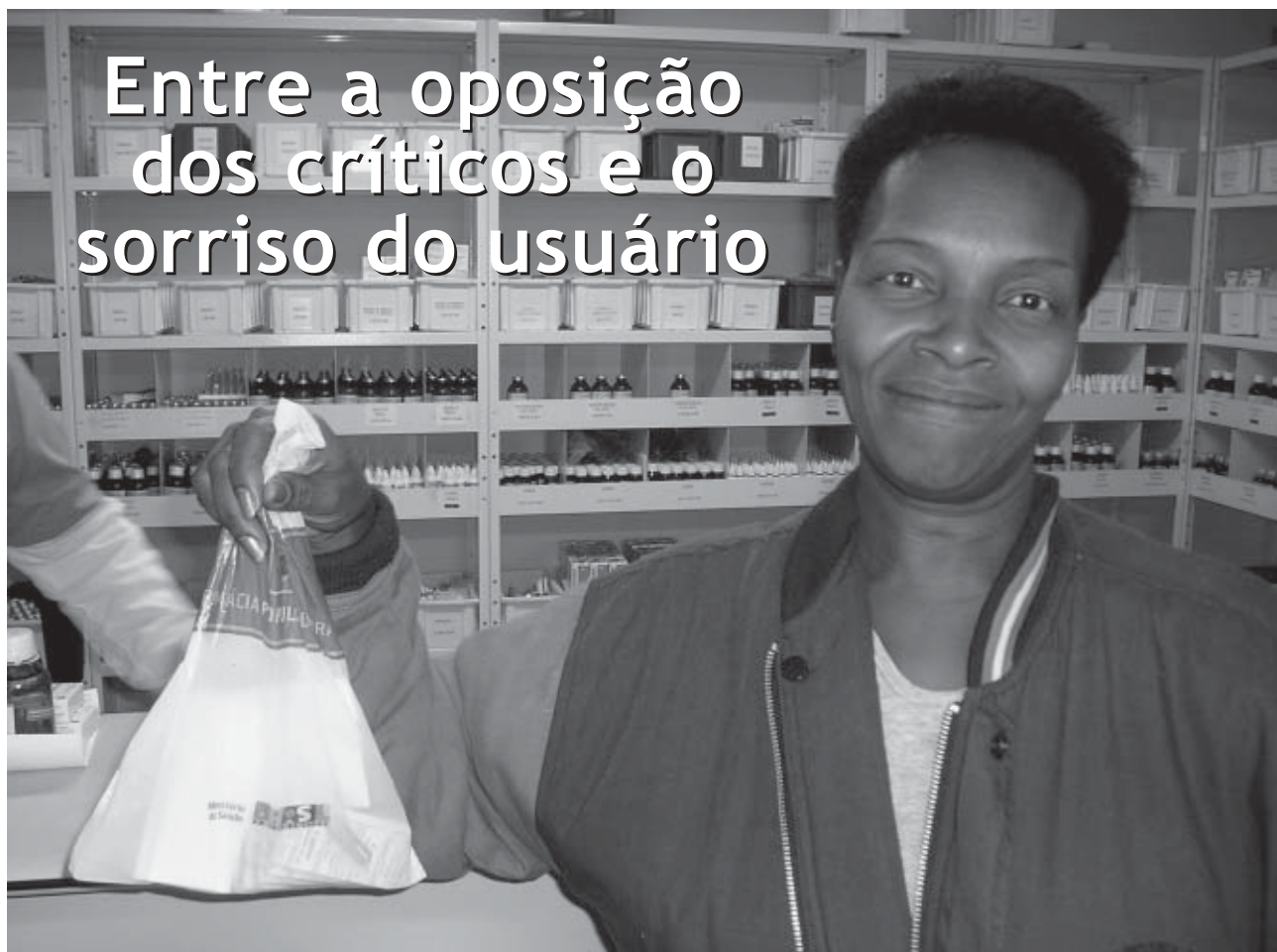
Na sala do diretor Arlindo Fábio, muita alegria no momento em que Arouca recebe a notícia de sua indicação à presidência da Fiocruz



As fotos que ilustram essas páginas são do fotógrafo aposentado da Fiocruz Cid Fayão

FARMÁCIA POPULAR

Entre a oposição dos críticos e o sorriso do usuário



Erundina da Conceição dos Santos saiu feliz da Farmácia Popular do Rio com seus remédios contra a hipertensão

Wagner Vasconcelos

Motorista aposentado, Severino Apolinário da Silva, de 68 anos, gasta boa parte de seus vencimentos de R\$ 660 na compra de remédios para o controle da pressão sanguínea. Mas um anúncio de TV e as dicas de alguns amigos o fizeram descobrir uma forma de economizar dinheiro: a Farmácia Popular, programa do governo federal lançado em junho com metas ambiciosas. Criado para vender medicamentos básicos a preço de custo, o programa pretende estancar a sangria de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações que poderiam ser evitadas caso o tratamento de doenças como as coronarianas e cérebro-vasculares não fosse interrompido freqüentemente por falta de dinheiro do paciente para comprar os remédios.

No ano passado, segundo dados do Ministério da Saúde, foram gastos R\$ 314 milhões e R\$ 120 milhões, respectivamente, com internações somente devido a essas duas doenças, um aumento de 21% e 18% em relação a 2002.

Mas há sinais de turbulência no horizonte do Farmácia Popular. O programa vem despertando reações opostas, como encanto e decepção. Enquanto a população vai tomando conhecimento do programa e buscando economizar de 30% a 80% na hora de comprar remédios, as críticas vão produzindo um estrondo que incomoda os idealizadores da iniciativa e põe em xeque a sua legalidade.

Entre os críticos está o médico-sanitarista Gilson Carvalho, especialista em financiamento da saúde. Ele aprova a iniciativa de criação da farmácia popular, classifica de "louvável" a distribuição de medicamentos além

das unidades e postos de saúde, mas é veementemente contrário à venda dos remédios. Para ele, os remédios deveriam ser distribuídos gratuitamente à população.

Seu argumento tem impacto. Os recursos investidos no programa seriam do SUS e, por isso mesmo, garantiriam a gratuidade dos remédios. "Não me digam que o dinheiro usado nisso não será do SUS, pois não há possibilidade de se usar dinheiro na saúde sem que seja administrado no Fundo de Saúde do SUS, dentro de um plano aprovado no Conselho". Segundo ele, a Lei Orgânica 8080 afirma que está incluída no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica, inclusive a farmacêutica. "Qual a garantia que teremos de que a distribuição gratuita no posto não será diminuída cada vez mais, para que o cidadão compre remédios na farmácia popular?", questiona.



Não é assim que pensa Jamaira Giora, coordenadora nacional do Programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde. Para ela, em primeiro lugar, não é exatamente uma venda o que ocorre com o programa, mas sim a cobrança de apenas uma taxa de um serviço público. "Os remédios são vendidos a preço de custo, sem agregar nenhum tipo de lucro", afirma. Em segundo lugar, ela garante que os recursos usados no programa não são provenientes do SUS. "São recursos da União destinados exclusivamente ao Programa Farmácia Popular", esclarece. Tais recursos, segundo ela, são de R\$ 60 milhões para 2004. Para o ano que vem os valores ainda estão sendo estudados.

Há também quem defenda que, em vez de vender medicamentos, o governo federal deveria investir na melhoria do abastecimento dos remédios distribuídos gratuitamente nas unidades e postos de saúde. "Acontece que a questão do abastecimento ainda leva um certo tempo para ser resolvida. Mesmo que tivéssemos todos os remédios disponíveis nos postos, o problema não estaria resolvido, pois ainda persistem falhas de serviço", diz Jamaira. Para ela, o Farmácia Popular não criou nem aumentou as deficiências por que passa o sistema de saúde.

Apesar de grande parte das pessoas que procuram a Farmácia Popular ser proveniente do sistema público de saúde, o programa tem como público-alvo, segundo Jamaira, a parcela da população que, apesar de ter plano de saúde, muitas vezes não tem dinheiro para bancar os remédios nas farmácias privadas.

Por enquanto, há 23 farmácias populares distribuídas por quatro cidades brasileiras: cinco em Salvador, uma em Goiânia, uma no Rio de Janeiro e 16 em São Paulo. No mês de setembro, de acordo com Hayne

Felipe da Silva, da coordenação da Fiocruz para a Farmácia Popular, está prevista a inauguração de mais duas unidades em Salvador, outra no Rio de Janeiro e mais quatro em São Paulo. E ainda há a possibilidade de inauguração de Farmácias Populares em Porto Alegre, Manaus e Campinas (SP).

Em cada estabelecimento, estão disponíveis 84 remédios considerados essenciais para a saúde básica da população. Eles são produzidos por laboratórios públicos e privados e comprados pela Fundação Oswaldo Cruz num procedimento conhecido como pregão, uma espécie de leilão às avessas em que os produtores ofertam seus medicamentos a preços mais baixos. Em outubro, a meta é ampliar o rol de medicamentos para um número entre 90 e 95, todos na mesma linha de atenção básica, diz Hayne.

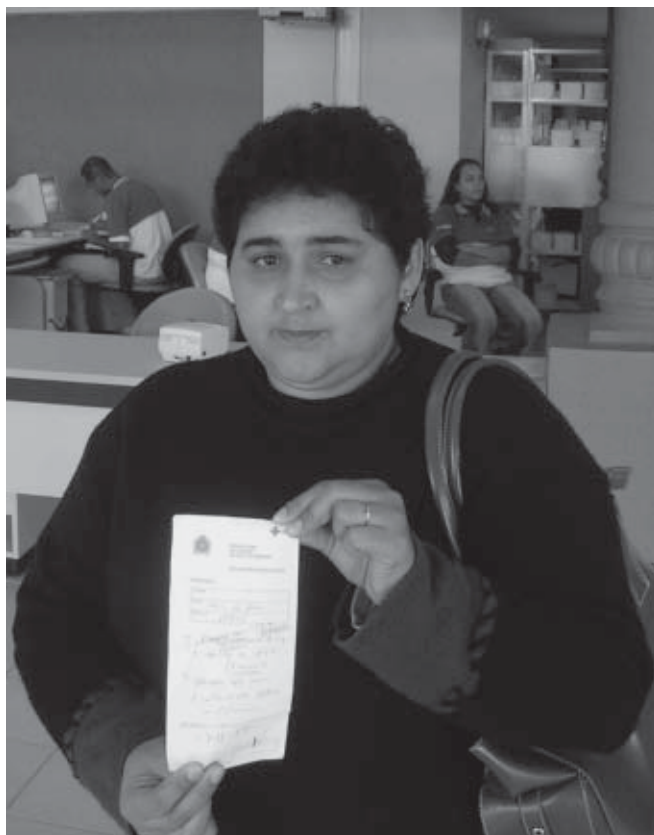
UM DIA NA FARMÁCIA POPULAR

A reportagem da revista Radis conferiu, ao longo de um dia inteiro, o funcionamento da Farmácia Popular localizada na Praça 15, no centro do Rio de Janeiro. Numa manhã de chuva intensa, quando os passos estão ainda mais apressados e a atenção voltada para a busca de abrigo, o movimento na farmácia ficou um pouco menor do que o de outros dias. Mesmo assim, não pôde ser considerado baixo. Mais de 100 pessoas estiveram por lá entre 8h e meio-dia em busca de remédios cujos preços chegam, no máximo, a R\$ 14, como o Azatioprina, imunossupressor cuja cartela tem 10 comprimidos. O campeão do preço

baixo é o Hidroclorotiazina, que custa R\$ 0,20 a cartela com 10 comprimidos.

Seu Severino, personagem que abre esta reportagem, gastava, em farmácias comuns, cerca de R\$ 15 com o remédio que garante o tratamento mensal de sua pressão sanguínea, o Enalapril. No dia em que foi à Farmácia Popular do Rio, ele saiu elogiando a iniciativa. "Paguei apenas R\$ 3,60. E o melhor é que comprei remédio que vai dar para dois meses", festejou o morador de Irajá (bairro afastado do centro carioca). Assim como ele, a doméstica Erundina da Conceição dos Santos, de 52 anos, vibrou quando soube que, enfim, poderia arcar com os R\$ 0,64 da cartela com 16 comprimidos de Captopril – remédio que, também por dois meses, a ajudará a controlar a hipertensão.

Mas nem todas as reações eram semelhantes às de Severino e Erundina. A costureira Maria das Neves de Oliveira, de 36 anos, enfrentou os 40 minutos que separam a sua casa na Ilha do Governador (Zona Norte) do centro da cidade e ficou triste quando não encontrou na Farmácia Popular nenhum dos três medicamentos que procurava: Bactrin 800 mg, Aerolin spray e Dexametazona. A explicação dos funcionários é que a farmácia trabalha com os remédios soli-



Maria das Neves: volta para casa de mãos vazias



Usuários aguardam que sua senha seja chamada: atendimento, só com receita

citados por Maria das Neves, mas não na forma prescrita na receita dela. O Bactrin só na forma 480 mg (fraco), o Aerolin, somente em comprimidos, e a Dexametazona, apenas em creme. "É a primeira vez que venho aqui e estou decepcionada", lamentou Maria das Neves, que vinha sentindo dor de ouvido por 15 dias. Do centro, seguiu para o trabalho, no bairro de São Cristóvão, Zona Norte do Rio, de mãos vazias.

"Não dou mais do que uma nota oito para a Farmácia Popular", queixava-se também a enfermeira Rosa dos Santos, de 49 anos. Com a experiência de quem há 12 anos lida com saúde na Santa Casa do centro do Rio, ela acha que de pouco adianta ter uma farmácia popular se outros remédios por ela também tidos como essenciais não são vendidos. "Não tem nem complexo B (que ajuda no combate à anemia) nem Slo-k, para doenças nos ossos", indignou-se. A enfermeira disse não ter encontrado esses nem outros medicamentos que considera básicos nos postos de saúde pelos quais passou.

ATENDIMENTO DEMOCRÁTICO

O funcionamento da Farmácia Popular difere do das farmácias comuns e de alguns programas semelhantes de governos estaduais. Ao contrário do que algumas pessoas pensam, não é necessário apresentar comprovação de baixa renda para ter acesso aos remédios. As prescrições podem ser tanto de médicos do sistema público, quanto da rede pri-

vada. Basta que a pessoa tenha em mãos a receita médica, condição indispensável para poder comprar os remédios — uma forma de evitar a automedicação. O usuário que chega ao estabelecimento recebe uma

senha e aguarda sua vez, procedimento que no dia 22 de julho não demorava mais do que cinco minutos. Dois atendentes, usando computadores, recebem os clientes e conferem se o medicamento que eles procuram é vendido na Farmácia Popular e se está disponível no momento. Depois, o cliente vai ao caixa para fazer o pagamento e logo em seguida se dirige ao balcão para pegar o remédio.

"O tratamento é ótimo", elogiou o jornalista aposentado José Manuel Lombarde Filho, de 75 anos, que fez questão de cumprimentar, um a um, os funcionários da farmácia. Cuidadoso com a saúde, ainda mais pelo fato de ter sofrido um enfarte no ano passado, Lombarde Filho, como gosta de ser chamado, pagou R\$ 1,10 por cada uma das nove cartelas de Metformina 850mg (para tratamento de diabetes) que comprou. Numa farmácia convencional, disse o ex-diretor de comunicação da

TELEFONES DAS UNIDADES NOS QUATRO ESTADOS

SALVADOR

Brotas (71) 381-3943 / 3695

Comércio (71) 327-1031 / 1304

Cabula (71) 480-3296

Irmã Dulce (71) 314-1428

Liberdade (71) 326-3547 / 6344

RIO DE JANEIRO

Praça 15 (21) 2524-6775 / 2210-9350 (fax)

GOIÂNIA

Centro (62) 229-3318 / 224-9077 / 225-0407

SÃO PAULO

Capela do Socorro (11) 5939-5397 / 5928-5611 (fax)

Freguesia do Ó (11) 3935-4263 / 3936-4982 (fax)

Itaquera (11) 6179-5373 / 6944-7967 / 6171-5464 (fax)

Lapa (11) 3873-7474 / 4204 (fax)

Mooça (11) 294-3689

Santo Amaro (11) 5523-2815 / 5522-9749

Sé (11) 3105-8797 / 3104-3955 (fax)

Vila Maria / Guilherme
(11) 6631-5102 / 6636-1626 / 6631-4660 (fax)

Vila Mariana (11) 5594-7082 / 5594-6973 (fax)

Vila Prudente (11) 6346-4900

Santana / Tucuruvi (11) 6221-1780

Pirituba (11) 3904-9608

Penha (11) 6942-9054

Pinheiros (11) 3813-6310 / 3814-2276

Campo Limpo (11) 5842-0488

Ipiranga (11) 5061-7614

MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NAS FARMÁCIAS POPULARES

	Medicamento	Apresentação	Unidade de cadastro	Preço proposto (R\$)		Medicamento	Apresentação	Unidade de cadastro	Preço proposto (R\$)
1	Aciclovir	200 mg / comp.	Comprimido	0,280	45	Haloperidol	5 mg / comp.	Comprimido	0,120
2	Ácido Acetil-salicílico	500 mg / comp.	Comprimido	0,035	46	Haloperidol	2 mg / ml / sol. oral	Frasco 20 ml	1,940
3	Ácido Acetil-salicílico	100 mg / comp.	Comprimido	0,030	47	Hidroclorotiazida	25 mg / comp.	Comprimido	0,020
4	Ácido Fólico	5 mg / comp.	Comprimido	0,054	48	Ibuprofeno	300 mg / comp.	Comprimido	0,160
5	Albendazol	400 mg / comp. mastigável	Comprimido	0,560	49	Levonorgestrel	0,75 mg / comp.	Comprimido	3,470
6	Alopurinol	100 mg / comp.	Comprimido	0,080	50	Mebendazol	100 mg / comp.	Comprimido	0,050
7	Amiodarona	200 mg / comp.	Comprimido	0,200	51	Mebendazol	100 mg / 5 ml / sup. oral	Frasco 30 ml	1,100
8	Amitriptilina (Cloridrato)	25 mg / comp.	Comprimido	0,220	52	Metformina	500 mg / comp.	Comprimido	0,080
9	Amoxicilina	500 mg / cáps.	Cápsula	0,190	53	Metformina	850 mg / comp.	Comprimido	0,110
10	Amoxicilina	250 mg / 5ml / pó p/ susp. oral	Frasco 150 ml	4,900	54	Metildopa	250 mg / comp. rev.	Comprimido	0,170
11	Azatioprina	50 mg / comp.	Comprimido	1,400	55	Metoclopramida (Cloridrato)	10 mg / comp.	Comprimido	0,040
12	Azitromicina	500 mg / comp.	Comprimido	2,640	56	Metoclopramida (Cloridrato)	4 mg / ml / sol. oral	Frasco 10 ml	0,750
13	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000 ui / pó p/ sus. inj.	Frasco-ampola	1,500	57	Metronidazol	250 mg / comp.	Comprimido	0,100
14	Benzilpenicilina Procaína+Potássica	300.000 + 100.000 ui / pó p/ sus. inj.	Frasco-ampola	1,500	58	Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 g	2,150
15	Benzoato de Benzila	200 mg / ml / emulsão	Frasco 100 ml	1,400	59	Metronidazol (Benzoato)	200 mg / 5 ml / susp. oral	Frasco 100 ml	2,400
16	Benzoato de Benzila	200 mg / ml / emulsão	Frasco 60 ml	1,100	60	Miconazol (Nitrato)	2% / locão	Frasco 30 ml	1,860
17	Captopril	25 mg / comp. sulcado	Comprimido	0,040	61	Miconazol (Nitrato)	2% / pó	Frasco 30 ml	4,950
18	Carbamazepina	200 mg / comp.	Comprimido	0,130	62	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5 mg + 250 ui / g / pom.	Tubo 15 g	1,350
19	Carbidopa + Levodopa	25mg + 250 mg / comp.	Comprimido	0,480	63	Nifedipina	20 mg / comp. lib. cont.	Comprimido	0,060
20	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500 mg / cáps.	Cápsula	0,400	64	Nistatina	25.000 UI / crem. vaginal	Tubo 60 g	2,280
21	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250 mg / 5ml / susp. oral	Frasco 60 ml	4,960	65	Nistatina	100.000 UI / ml / susp. oral	Frasco 30 ml	3,620
22	Cetoconazol	200 mg / comp.	Comprimido	0,230	66	Noretisterona	0,35 mg / comp.	Comprimido	0,040
23	Ciprofloxacino	500 mg / comp.	Comprimido	0,380	67	Omeprazol	20 mg / cáps.	Cápsula	0,230
24	Cloreto de Potássio	60 mg / ml / xpe.	Frasco 100 ml	1,880	68	Paracetamol	500 mg / comp.	Comprimido	0,090
25	Cloreto de Sódio 0,9%	9 mg / ml / sol. nasal	Frasco	0,950	69	Paracetamol	200 mg / ml / sol. oral gts	Frasco 10 ml	0,850
26	Clorpromazina	100 mg / comp.	Comprimido	0,125	70	Paracetamol	100 mg / ml / sol. oral gts.	Frasco 15 ml	1,000
27	Dexametazona	Crem. 0,1%	Tubo	1,000	71	Prednisona	20 mg / comp.	Comprimido	0,180
28	Dexclorfeniramina (Maleato)	2 mg / comp.	Comprimido	0,060	72	Prednisona	5 mg / comp.	Comprimido	0,080
29	Dexclorfeniramina (Maleato)	0,4 mg / sol. oral	Frasco 120 ml	2,070	73	Prometazina (Cloridrato)	25 mg / comp.	Comprimido	0,120
30	Diazepam	5 mg / comp. sulcado	Comprimido	0,040	74	Propranolol (Cloridrato)	40 mg / comp.	Comprimido	0,020
31	Digoxina	0,25 mg / comp.	Comprimido	0,060	75	Ranitidina	150 mg / comp.	Comprimido	0,120
32	Dipirona	500 mg / ml gts	Frasco 10 ml	0,700	76	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/ sol. oral	Envelope 7,3 g	0,600
33	Doxiciclina	100 mg / comp.	Comprimido	0,380	77	Salbutamol (Sulfato)	2 mg / comp. Sulcado	Comprimido	0,040
34	Enalapril	10 mg / comp.	Comprimido	0,060	78	Salbutamol (Sulfato)	2 mg / 5 ml / xpe.	Frasco 120 ml	1,150
35	Enalapril	20 mg / comp.	Comprimido	0,070	79	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg / comp.	Comprimido	0,080
36	Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol	50 mg + 5 mg / injetável	Seringa 1 ml	13,500	80	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200 mg + 40mg / 5ml/ susp. Oral	Frasco 50 ml	1,450
37	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125 mg / 5 ml / susp. oral	Frasco 60 ml	2,300	81	Sulfasalazina	500 mg / comp.	Comprimido	0,600
38	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500 mg / comp. / cáps.	Comprimido	0,540	82	Sulfato Ferroso	40 mg Fe(II) / comp. rev.	Comprimido	0,040
39	Etinilestradiol + Levonorgestrel	50 mg + 5 mg / comp	Cartela c/ 21 cápsulas	0,850	83	Sulfato Ferroso	25 mg / ml Fe(II) / sol. Oral	Frasco 30 ml	0,750
40	Fenobarbital	100 mg / comp.	Comprimido	0,060	84	Tiabendazol	5% / pom.	Tubo 20 g	2,890
41	Fluconazol	100 mg / rev.	Cápsula	0,950	85	Valproato de Sódio	50 mg / ml / xpe.	Frasco 100 ml	4,050
42	Furosemida	40 mg / comp.	Comprimido	0,045	86	Verapamila (Cloridrato)	80 mg / comp.	Comprimido	0,160
43	Glibenclamida	5 mg / comp.	Comprimido	0,040					
44	Haloperidol	1 mg / comp.	Comprimido	0,080					

Obs. 84 medicamentos e 86 apresentações farmacêuticas
Fonte Ministério da Saúde

escola de samba Mangueira, o genérico do medicamento lhe custaria R\$ 12 a cartela com oito comprimidos.

O movimento na Farmácia Popular tem características peculiares. No fim do dia, mais de 300 pessoas foram atendidas. Esse movimento, segundo os funcionários da Farmácia Popular, não foi tão intenso quanto a média diária que vem sendo registrada, cerca de 400 pessoas. Mesmo assim, até aqueles que não vão comprar medicamentos acabam dando uma passada pelo local, seja para ver o funcionamento da farmácia, seja para conferir, num grande painel exposto na parede, se o remédio de que precisam é vendido lá.

As pessoas ainda podem buscar informações sobre os medicamentos que desejam por telefone. No caso da Farmácia Popular do Rio de Janeiro, porém, esse contato pode ser complicado. O telefone (21) 2524-6775 não foi atendido em nenhum dos dois dias em que a reportagem da Radis ligou para lá — antes da visita da equipe de reportagem ao local. Só numa terceira tentativa, dias após a visita, é

que houve resposta. A explicação dos funcionários era que, devido à grande quantidade de clientes, nem sempre é possível atender às ligações. Hayne Felipe da Silva disse que esse problema em breve será resolvido, pois estuda-se a contratação de uma pessoa para atendimento por telefone.

Se o contato por telefone fosse mais fácil, a técnica em publicidade Diva Fernandes Terço, de 40 anos, poderia ter completado de casa, no bairro da Tijuca, zona norte do Rio, a pesquisa de preços que fazia na Farmácia Popular. Papel e caneta na mão, ela pesquisava diante do painel os nomes dos medicamentos disponíveis e buscava aqueles de que tanto ela própria quanto sua mãe necessitam. A mãe sofre de diabetes e problemas de pressão, enquanto Diva cuida também da pressão e de algumas alergias. Ela encontrou os medicamentos para a mãe (Glibenclamida 5mg e Nifedipina 20mg), prescritos por um médico particular, e deixou o local elogiando o atendimento e o caráter abrangente do programa. “É preciso que não haja discriminação e que se

atenda a todos, pois mesmo as pessoas que pagam planos de saúde gastam muito dinheiro com remédios”.

Uma boa economia fez o aposentado José Carlos Severino, de 59 anos. Por dia, ele precisa tomar quatro comprimidos de Carbamazepina 200 mg, para a epilepsia. Pela primeira vez na Farmácia Popular, ele festejou o fato de ter comprado, por R\$ 15,60, 120 comprimidos. Numa farmácia comum, segundo ele, 30 comprimidos lhe custariam uma média de R\$ 8. Ou seja, no fim das contas gastaria mais do que o dobro.

Felicidade também parecia sentir a família do jornalista Carlos Jesus da Silva. Há mais de uma semana ele buscava, em postos de saúde, o antibiótico Cefalexina, para tratar de um furúnculo da mulher, a dona-de-casa Sônia Regina dos Santos. Satisfeito por ter pago R\$ 12 por algumas cartelas de oito comprimidos, ele voltou com a família para Belford Roxo, na Baixada Fluminense, fazendo uma sugestão aos idealizadores do Farmácia Popular: “Precisam divulgar mais esse serviço”.



O usuário leva a quantidade de doses prescrita, e pode economizar até 80% em relação aos preços do mercado

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS

Os lugares das doenças e as doenças do lugar

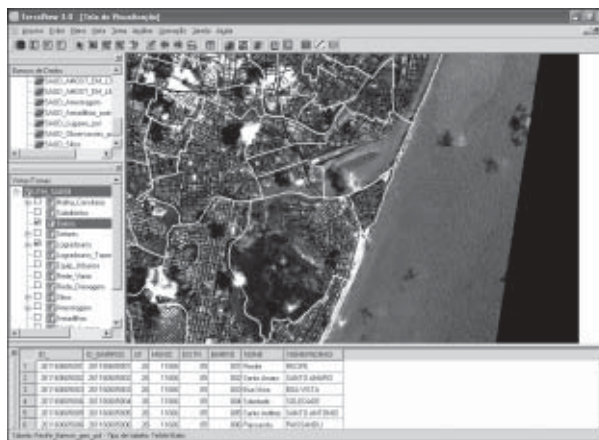
Katia Machado

Algumas palestras do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em junho no Recife, ganharam destaque para além do conteúdo: a ferramenta usada pelo pesquisador para expor os resultados de seu trabalho constituía, por si só, uma atração à parte. Foi o caso da conferência “Iniquidade em saúde”, do professor John Lynch, da Universidade de Michigan (Radis nº 24).

Muitos pesquisadores defendem que a ferramenta pouco importa, o que vale é o conteúdo do estudo, seja ele analisado em software poderoso ou com alfinetes num mapa. Para a saúde da população, o fundamental é entender o caminho que fazem endemias e epidemias ou identificar as doenças mais frequentes de uma região. Para capturar, armazenar, visualizar e analisar dados epidemiológicos de uma determinada região, epidemiologistas brasileiros fazem uso de sistemas de informações geográficas (SIG), voltados para análise da distribuição geográfica das doenças e fatores de risco.

Com eles, estudiosos das doenças e das cidades vêm analisando o processo de distribuição populacional em áreas urbanas, mapeando áreas de risco epidemiológico e detectando a contaminação ambiental, para melhor distribuição dos recursos públicos e a localização mais acurada de equipamentos urbanos.

Marília Sá Carvalho, pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz (Ensp/Fiocruz), que há alguns anos vem usando SIGs, diz que esses sistemas não só ajudam a entender o caminho de uma epidemia, como também a identificar as desigualdades de uma região ou o acesso aos serviços de saúde das populações. Em sua palestra do EPI-Recife, Marília deu exemplos práticos do uso do SIG em várias cidades e problemas, como o mapeamento da entrada da dengue em Salvador ou da incidência da hanseníase em Olinda, e ressaltou sua utilidade para as secretarias municipais de saú-



Controle da dengue no Recife

de. Mas destacou a necessidade de que os gestores tenham acesso a programas bons e, de preferência, sem custos. “Software livre é uma questão ideológica, mas também prática: alguns programas saem por 40 mil dólares, o que é inviável”.

Marília acredita entretanto que software é importante, mas não indispensável. “Haverá dados epidemiológicos ou análises geográficas que poderão ser identificados simplesmente com alfinete no mapa. “Para que um sistema complexo como o SIG para identificar uma epidemia de meningite com 20 casos?”,


Programa de computador cujo usuário tem liberdade para executar, copiar, distribuir, estudar, modificar e aperfeiçoar o software. O usuário usufrui de quatro tipos de liberdade: a liberdade de executar o programa, para qualquer propósito; a liberdade de estudar como o programa funciona, e adaptá-lo às suas necessidades o acesso ao código-fonte é um pré-requisito para esta liberdade; a liberdade de redistribuir cópias de modo que possa ajudar ao próximo; a liberdade de aperfeiçoar o programa, e liberar os aperfeiçoamentos, de modo que toda a comunidade se beneficie (o acesso ao código-fonte também é pré-requisito para esta liberdade.

Fonte: Projeto GNU (www.gnu.org/home.pt.html)

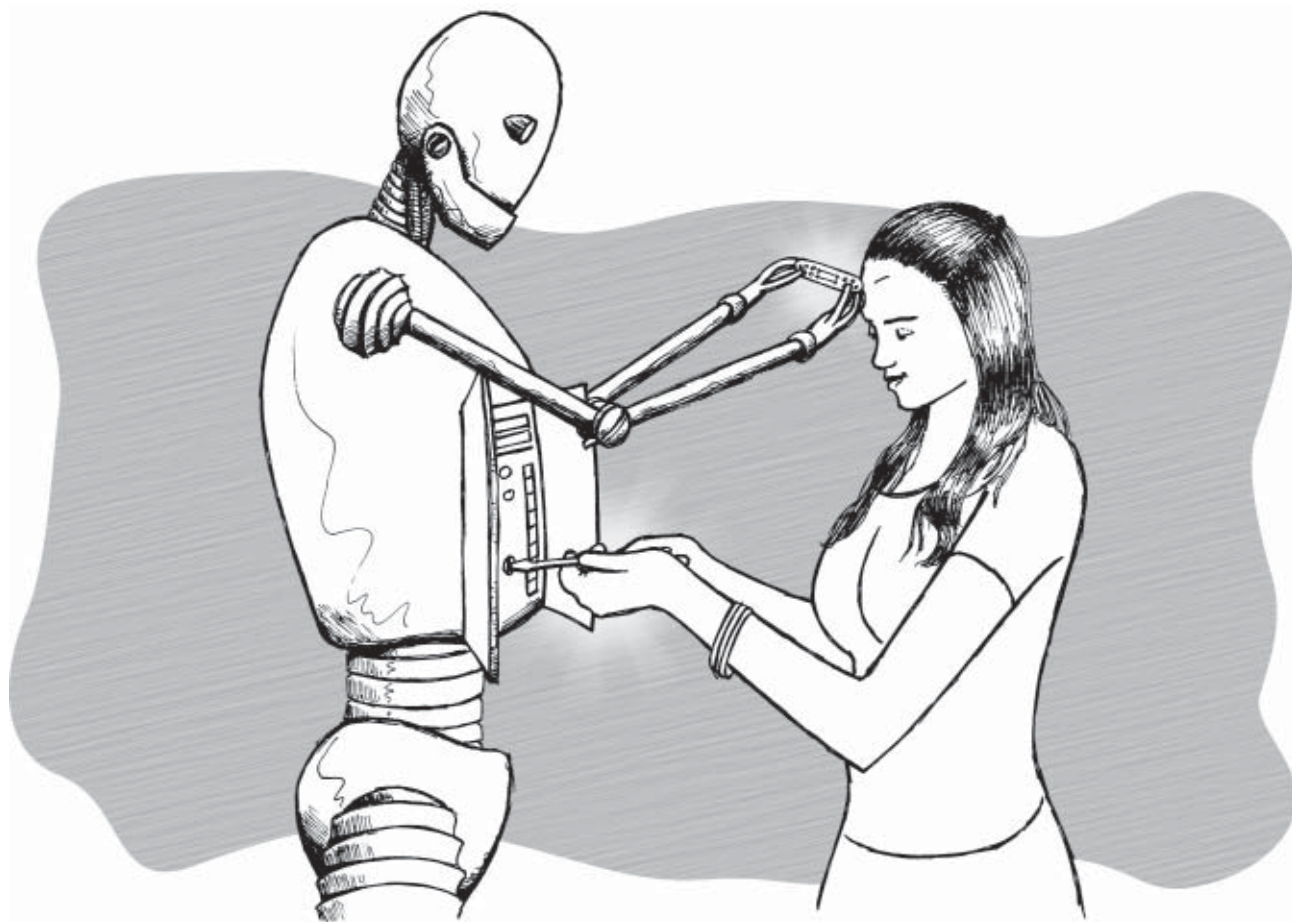
questiona. “É possível localizar focos da doença apenas com um mapa”. Para ela, o SIG facilita o trabalho de epidemiologistas que lidam com grandes bases de dados: “É impossível analisar espacialmente as epidemias de dengue sem esta ferramenta”, diz. “Mas vale ressaltar que isso não resolve os problemas de saúde, não se trata de uma panacéia”.

Alguns municípios, segundo a pesquisadora, têm larga tradição no uso do SIG para coleta e análise de informações em saúde. “É o caso de Porto Alegre e Belo Horizonte”, cita. “O mesmo ocorre com a própria Fiocruz, há anos usa análise espacial para coleta de dados epidemiológicos”.

A experiência de Marília com os sistemas de informação geográfica em saúde pública é atualmente aplicada no projeto SAUDAVEL – Sistema de Apoio Unificado para Detecção e Acompanhamento em Vigilância Epidemiológica (<http://saudavel.dpi.inpe.br/>), financiado pela Finep –, que busca respostas e produz instrumentos de tecnologia da informação espacial, métodos, algoritmos e produtos de software, para sistemas de vigilância epidemiológica e de controle de endemias. As informações são coletadas e organizadas a partir das grandes bases de dados espaço-temporais dos sistemas de informações em saúde (SIS). “Para analisar os ‘lugares das doenças’ e as ‘doenças do lugar’, resume.

Participam cinco instituições: Divisão de Processamento de Imagens do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe); Laboratório de Estatística Espacial da Universidade Federal de Minas Gerais; Prodabel, empresa de informática e informação de Belo Horizonte; Departamento de Estatística da Universidade Federal do Paraná; e diversas unidades da Fiocruz: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Recife), Centro de Informações Científicas e Tecnológicas e Ensp. 

2ª CNCTIS



Ciência e inovação tecnológica, tema urgente para a saúde

*Jesuan Xavier
Wagner Vasconcelos*

Esperar a virada de um jogo naquelas circunstâncias era torcer por um milagre. Afinal, a Argentina jogava bem melhor. Mas, nos acréscimos do segundo tempo, quando os argentinos já gritavam "é campeão!", Adriano fez o que ninguém acreditava possível: o gol do empenhe, seguido pela vitória do Brasil

nos pênaltis. Pois foi no clima de decisão da Copa América, em 25 de julho, que a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª Cnctis) foi aberta em Brasília — com um compreensível atraso. A velha rivalidade entre vizinhos deixou vazias por um bom tempo muitas das 1.000 cadeiras do auditório do Hotel Blue Tree, em Brasília, enquanto os debates eram abertos pelo coordenador da conferência, Reinaldo Guimarães, do Ministério da Saúde.

Uma década após a realização da sua primeira versão, a 2ª Cnctis foi, em grande parte, embalada pelos ventos da polêmica: a proposta de criação de uma agência de fomento à pesquisa em saúde, que dominou as discussões nos quatro dias do encontro, acabou rejeitada na Plenária Final.

Resultado de um processo que contou com a realização de 284 conferências municipais, 106 regionais e 24 estaduais — esforço concentrado que mobilizou 15 mil participantes —, a conferência teve sua abertura marcada, acima de tudo, pela ausência dos três ministros cujas pastas promoveram o evento: Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia. Críticas a isso, claro, não deixaram de ser feitas. À 2ª Cnctis compareceram 600 delegados, além de 200 convidados e observadores.

PELA PESQUISA NA PRÁTICA

O coordenador, Reinaldo Guimarães, criticou o fato de, no Brasil, poucas políticas públicas poderem ser consideradas verdadeiras políticas de Estado, entendendo como tal as que têm o respaldo permanente dos três poderes e das três esferas

de organização política do país. Entre essas poucas, o SUS seria “a que mais adere à definição de uma política dessa natureza”.

Para ele, que é diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, a reforma sanitária ainda não contempla a questão da Ciência e Tecnologia em Saúde como uma de suas grandes preocupações. Por isso, o pacto mais geral a ser buscado na 2ª Cnctis, para Reinaldo, seria o da incorporação do tema ciência, tecnologia e inovação em saúde ao repertório da reforma sanitária brasileira e ao rol das tarefas importantes do SUS.

De acordo com ele, na segunda metade do século 20 deu-se um relativo afastamento entre as prioridades da pesquisa em saúde e as prioridades da política de saúde no Brasil. “Essas evidências emergem quando comparamos estas relações com as existentes na primeira metade do século passado, quando as duas políticas foram muito mais próximas”, disse, citando como líderes no campo da ciência e da ação na política de saúde nomes como Oswaldo Cruz,

Adolpho Lutz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Paula Souza, Arthur Neiva e Evandro Chagas.

Entre os aspectos essenciais a serem examinados Reinaldo identificou o desenvolvimento do complexo industrial da saúde e as ações de regulação. “Na década de 90, destruímos parte de nossa indústria de fármacos e medicamentos ao tornar mais barato importar do que produzir no país e ao privilegiar, para compras governamentais, o critério do menor preço”. Ressalvando que o critério do menor preço deve ser norma para reger as compras governamentais, Reinaldo defendeu que essa opção não aconteça em detrimento da capacidade do Estado de fazer política tecnológica. “Em circunstâncias adequadas, penso que a quebra da norma do menor preço com o objetivo de fortalecer a capacitação tecnológica e a inovação no país pode perfeitamente conviver com a aplicação desta mesma norma quando questões dessa natureza não se colocarem”.

Coube ao coordenador da conferência introduzir o mais arisco tema do evento: a criação da agência de



FOTOS: HÉLIO NOGUEIRA

A 2ª Cnctis reuniu em Brasília 800 participantes, entre delegados, convidados e observadores



A agência de fomento em CT&I seria o agente técnico e financeiro da reaproximação da pesquisa em saúde com as políticas de saúde no Brasil.

Reinaldo Guimarães, diretor do Decit/MS

fomento às pesquisas de saúde. Um órgão dessa natureza, segundo ele, viria a ser "o guardião da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde e o agente técnico e financeiro da reaproximação da pesquisa em saúde das políticas de saúde no Brasil".

Fez coro com Reinaldo o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, ressaltando que as pesquisas de saúde precisam se refletir em ações que reduzam as limitações da saúde pública brasileira. "Estamos mudando a política de ciência e tecnologia no ministério este ano e em 2005. Precisamos criar uma organização para gerenciar os recursos", defendeu. Ele brincou dizendo que os delegados que chegaram atrasados à abertura deveriam ter o peso de seus votos reduzidos à metade. E foi aplaudido quando disse que a conferência era um desafio cívico, "afinal abandonamos um jogo Brasil e Argentina para estar aqui".

O CIMENTO DA REFORMA

Gastão afirmou que o governo federal tem ampliando os investimentos em pesquisa científica. No ano

passado, foram R\$ 13 milhões. Em 2004, serão R\$ 70 milhões, disse ele, anunciando que tais investimentos tendem a crescer. "Se o poder público não entra, se a pesquisa fica apenas com o setor privado, ela tende a tomar a lógica de mercado ou a lógica das corporações, que querem vender o seu produto, e não necessariamente pensar no menor preço, no menor custo, no menor dano".

Um problema a ser superado, disse o secretário, é o da distância entre o ritmo da pesquisa realizada atualmente e a velocidade das urgências do país na área de saúde. "Como podemos incrementar e desenvolver um novo eixo em pesquisa no Brasil articulado com as urgências históricas nem sempre semelhantes àquelas dos pesquisadores? Precisamos trabalhar com a agonia dos gestores, dos usuários e das epidemias", afirmou.

Para Luiz Odorico Andrade, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), nos anos 70, a trincheira da reforma sanitária brasileira foi a busca pela universalidade, que redundou no único processo da Amé-

rica Latina que de fato conseguiu um sistema universal. Nos anos 80, a trincheira foi o parlamento brasileiro e, nos 90, os municípios e os serviços. Agora, disse ele, chegou o momento de casar as três trincheiras. Não dá mais para pensar a área de Ciência e Tecnologia sem uma visão abrangente, não mais local, disse ele. Grandes epidemias no planeta, como a violência e a Aids, não podem ser resolvidas senão coletivamente. "A globalização é um fenômeno irreversível e, por isso, ou há uma articulação com toda a comunidade internacional ou as respostas para o setor não serão encontradas, pois bens e serviços de saúde são bens globais".

Odorico reforçou a importância da conferência para a democracia brasileira. "A 2ª Cnctis é o cimento da reforma sanitária brasileira", comparou. Horácio Toro, representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) no Brasil, disse que a instituição vem acompanhando os esforços do Brasil na saúde e que a convergência dos ministérios da Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia consolidará os esforços já iniciados e permitirá, dentro das prioridades do país em ciência e tecnologia, "marcar o caminho do desenvolvimento dos serviços do SUS".

DESEQUILÍBRIO QUE MATA

A indústria farmacêutica mundial não tem qualquer interesse nas chamadas "doenças da pobreza". A constatação foi do biólogo Carlos Morel, ex-presidente da Fiocruz que dirige na França, desde 1999, o Programa TDR (sigla em inglês para Pesquisa de Doenças Tropicais) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Com status de palestrante principal da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, ele participou da abertura oficial do evento falando, a um auditório já lotado, sobre Pesquisa em Saúde no Mundo. "Hoje, infelizmente, só 10% dos recursos financeiros são aplicados para descobrir e combater 90% das doenças existentes no planeta", afirmou.

Para ele, os países pobres são os que mais sofrem com esse desequilíbrio. Morel informou que os Estados Unidos, em 2002, estavam desenvolvendo 194 novos medicamentos. Apenas um era voltado às doenças tropicais. "Nenhuma vacina figurava na lista".

Em sua palestra, Morel recorreu a artigos publicados na imprensa in-

ternacional para demonstrar sua tese. Citando entrevista do presidente do Banco Mundial, James Wolfensohn, ao jornal francês *Le Monde*, criticou duramente a política militarista de alguns países. "O mundo gasta hoje 800 bilhões de dólares em despesas militares e somente 56 bilhões em ajuda ao desenvolvimento".

Ele criticou a ausência do poder público no combate às doenças negligenciadas pelo setor privado: doenças parasitárias, dengue, tuberculose, úlcera de Buruli, doença do sono etc. "O setor público não assumiu as atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e produção de intervenções contra as doenças negligenciadas". Segundo ele, relegando esta responsabilidade ao setor privado, o setor público criou uma seriíssima crise sanitária que atinge hoje a maioria dos países em desenvolvimento, em particular os da África ao sul do Saara. Morel, no entanto, lembrou de programas privados de estímulo à P&D em doenças da pobreza, como o da Fundação Bill e Melinda Gates, que investiu, em quatro anos, 27 bilhões de dólares em P&D. "Um dia Bill Gates e a mulher, numa viagem pela África, constataram que lá os computadores não eram tão necessários quanto uma política mais eficiente de saúde. Decidiram ajudar".

Em relação a programas públicos que dão certo, Morel citou o de DST/Aids do Brasil. "A repercussão lá fora do programa brasileiro contra o HIV foi espetacular. Isso demonstra que quando há vontade política o país sabe fazer acontecer", elogiou. Mas há ainda um enorme vácuo entre o que é pesquisado e o que realmente é implantado na área de saúde, lamentou. "A pesquisa básica é necessária, mas não é suficiente". Cientistas e pesquisadores do Brasil, por exemplo, são responsáveis por 1,5% de artigos e relatórios publicados nas revistas científicas em todo o mundo, mas apenas 0,2% dos pedidos de patente à OMPI (Organização Mundial da Propriedade Intelectual (www.wipo.int/)) é de brasileiros. "Para se ter uma idéia da diferença, os Estados Unidos respondem por 37%, o Japão, por 15%, e a Alemanha, por 12% dos pedidos de patentes".

"O ministro da Ciência e Tecnologia [Eduardo Campos] já disse: isso demonstra que os brasileiros se perdem entre a pesquisa pura e sua transformação em tecnologia, entre a vida acadêmica e o sistema produtivo", criticou.



Como podemos incrementar um novo eixo em pesquisa no Brasil articulado com as urgências históricas nem sempre semelhantes àquelas dos pesquisadores? Precisamos trabalhar com a agonia dos gestores, dos usuários e das epidemias.

Gastão Wagner, secretário-executivo do MS

Ao fim de sua apresentação, Morel lembrou que o governo federal acabou de assinar medida provisória que facilitará a importação de equipamentos para pesquisa. "A grande mídia nem deu muita atenção, mas o presidente da República lançou [em junho] o programa Ciência Importa Fácil, que agilizará todo o processo de importação de equipamentos e insumos para a pesquisa científica e tecnológica".

O CAMINHO DAS PEDRAS

Na manhã do dia 26, a mesa do primeiro painel, "Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde", coordenada na parte da manhã por José Carneiro, representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), tinha como palestrantes Carlos Gadelha, secretário de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional, Reinaldo Guimarães, do MS, e a epidemiologista Rita Barradas Barata, professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, que falou sobre os eixos con-

dutores da política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Em sua didática exposição, intitulada "Princípios e eixos condutores da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde" (PNCT&I/S), Rita enumerou algumas das diretrizes que, em sua visão, são necessárias para o avanço da produção científica e tecnológica. O primeiro princípio, o da equidade, corresponde aos princípios de justiça, imparcialidade, respeito à igualdade de direitos e atendimento diferenciado a diferentes necessidades. "A equidade vai além da simples igualdade, pois não é apenas a repartição igual de bens, serviços e oportunidades", disse. "É necessário o atendimento desigual, porém justo, e isso significa dar a cada um segundo as suas necessidades e exigir de cada um segundo suas possibilidades".

O princípio seguinte é o do respeito à vida e à dignidade, que corresponde ao preceito ético que deve nortear a produção científica e tecnológica, principalmente o respeito à dignidade dos sujeitos da pesquisa e a implementação de proce-



O mundo gasta hoje 800 bilhões de dólares em despesas militares e somente 56 bilhões em ajuda ao desenvolvimento.

Carlos Morel, diretor do programa TDR da OMS

dimentos que garantam o respeito à vida e a outras questões éticas nas pesquisas envolvendo seres humanos. O princípio seguinte é o da pluralidade metodológica, com o respeito à diversidade de abordagens na ciência. Para cada objeto do conhecimento há numerosas abordagens possíveis. “Não há hierarquia entre os saberes nem entre as alternativas metodológicas”, afirmou. Em princípio, todas as abordagens são válidas e permitidas desde que adequadas aos objetos que pretendem estudar e pautadas no rigor metodológico exigido do empreendimento científico.

Os princípios políticos pregam a inclusão dos cidadãos na sociedade do conhecimento e o controle social. A educação científica e tecnológica é componente imprescindível da qualificação profissional e necessária para que o país faça frente aos desafios. A educação científica não deverá ocorrer em detrimento dos saberes e da cultura locais, que precisam integrar a formação dos cidadãos. “A participação da sociedade organizada na formulação e no acompanhamento da política científica é mecanismo de de-

mocratização da sociedade e da ampliação da atuação política”.

Rita identificou em seguida os oito eixos condutores de uma política de CT&I/S, que são suas normas de atuação, o “como fazer”: extensividade, inclusividade, seletividade, complementaridade, competitividade, mérito científico, relevância social e responsabilidade gestora. Antes, disse ela, acreditava-se que os investimentos em pesquisa deveriam ser quase que exclusivamente dirigidos para a chamada pesquisa básica ou fundamental, voltada prioritariamente para a produção de conhecimentos teóricos sem qualquer compromisso imediato com a aplicação prática dos resultados. “Hoje, a tendência é dirigir o esforço de produção científica para uma gama maior de pesquisas, que vão da pesquisa básica à pesquisa operacional”. O eixo da extensividade prevê o interesse em todas as formas de produção científica e tecnológica.

A inclusividade é a regra que sinaliza para a inclusão de todas as partes interessadas, da formulação à execução e ao acompanhamento das ações dessa política. Para Rita, a PNCT&I/S deve aglutinar esforços e

interesses de todos – instituições de ensino superior, institutos de pesquisa, serviços de saúde, agências de fomento e cooperação técnica, gestores da política científica e da política setorial, pesquisadores, usuários e beneficiários dos avanços científicos que, em última instância, compõem a sociedade.

A seletividade é a capacidade de definir prioridades para orientar o fomento como forma de dirigir os esforços de pesquisa para os interesses nacionais. Rita afirmou que deve haver um equilíbrio entre indução e demanda espontânea para que a criação científica não se “esterilize”. A complementaridade é a necessidade de buscar a complementação adequada entre indução e demanda espontânea. “É desejável que os investimentos em pesquisa apresentem retornos mais ou menos imediatos para a população”, apontou. “No campo da saúde, de saberes eminentemente aplicados, a indução é indispensável como forma de canalizar recursos para investigações cujo retorno econômico, social, cultural e político seja relativamente rápido.”

A competitividade, quinta regra de conduta, aplica-se à seleção de projetos pelos mecanismos de fomento. “A competição entre os projetos parece ser a forma mais adequada de seleção”, defendeu a professora. O mérito científico, a sexta norma, diz respeito à formulação correta das hipóteses de investigação, ao desenho apropriado do projeto, ao rigor metodológico nos procedimentos de coleta e análise dos dados, à coerência entre objeto e método, e deve ser o critério por excelência no processo de competição entre os projetos. A relevância social é um dos aspectos mais importantes na seleção de um projeto, pois o conhecimento socialmente útil tem por finalidade não apenas o progresso da ciência, mas o desenvolvimento da humanidade e a melhoria de suas condições de vida. Para Rita Barradas, política científica enquanto política pública terá que incluir a responsabilidade gestora, ou seja, a responsabilidade no cumprimento das leis e o zelo na aplicação dos recursos públicos.

UM CONSELHO DE MARX

Reinaldo Guimarães abordou o tema “Modelo de gestão da política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”. Para ele, política de inovação exige gestão inovadora. Entre

suas idéias, o ponto mais delicado da 2ª Cnctis: a criação da agência de fomento à pesquisa – “para melhor sustentar a presença dos recursos financeiros do orçamento do Ministério da Saúde para o fomento à pesquisa em saúde”.

A idéia, segundo ele, não é exclusividade brasileira. Em países como Canadá, Índia, Estados Unidos e África do Sul, agências dessa natureza já são uma realidade, e a agência aumentaria a eficiência das ações de fomento à saúde e a presença da política de saúde no fomento à pesquisa. Alertou, ainda, para o fato de muitas pessoas temerem a criação da agência pensando tratar-se de um órgão de caráter regulatório, como algumas agências existentes em outros setores, o que, de seu ponto de vista, não corresponde à idéia da proposta.

Carlos Gadelha falou sobre o “Complexo produtivo da saúde”, tema que, em sua opinião, deve ser discutido de forma intensa. Falando sobre inovação, que descreveu como “a força propulsora do desenvolvimento capitalista”, ele ressaltou a importância da empresa nesse aspecto, pois seria ela o agente que transforma conhecimento em inovação. Seguindo o exemplo dos países desenvolvidos, que chegaram a tal patamar utilizando estratégias agressivas de inovação, o Brasil teria de elaborar eficientes políticas de incentivo à iniciativa privada com o objetivo de favorecer a inovação nos campos da pesquisa e da saúde. De acordo com Carlos Gadelha, mesmo na área pública, o sentido de empreendimento é essencial, e deve se dar com eficiência de custos, retorno social e custo-benefício. Citando Karl Marx (1818-1883), disse que, “cada vez mais, a ciência se transforma na principal fonte de conhecimentos utilizados nas inovações, tornando-se uma força produtiva”.

Segundo os dados apresentados por Carlos Gadelha, 27% dos recursos alocados para Ciência e Tecnologia são para a área de saúde, o que a torna líder no suporte governamental. No entanto, isso não significa que não haja muita estrada a ser percorrida, pois os resultados são precários. “Ainda produzimos muito band-aid e importamos equipamentos caros”, exemplificou. As causas essenciais desse ainda fraco resultado tecnológico são, em sua opinião, a fragilidade do complexo industrial da saúde, a ausência de



A participação da sociedade organizada na formulação e no acompanhamento da política científica é mecanismo de democratização da sociedade e da ampliação da atuação política.

Rita Barradas Barata, epidemiologista e professora

estratégias ativas para identificação e promoção de nichos, a desarticulação com a política e o sistema de saúde e a insuficiência das ações horizontais.

Diante de tal cenário, Carlos Gadelha enumerou os desafios que se impõem ao sistema brasileiro de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: a participação no esforço nacional de desenvolvimento, o que significa estímulos à empresa e à produção de bens e serviços; uma contribuição para a política social de saúde para o SUS; e, para melhor fundamentar uma política de inovação em saúde, a compreensão do espaço empresarial em que tais inovações se realizam. Uma política de desenvolvimento para o complexo da saúde, destacou, deve enfrentar a vulnerabilidade econômica da política social brasileira e o risco de ampliação do que classifica de “hiato tecnológico e competitivo”. Por outro lado, ressaltou, a base científica e tecnológica nacional, a capacidade produtiva instalada e o alto potencial de indução do Estado são, em sua ótica, indicadores do poten-

cial de obtenção de competitividade a longo prazo.

PAÍS DE ASSIMETRIAS

A coordenação da segunda parte do painel, à tarde, coube à coordenadora nacional da Pastoral da Criança, Zilda Arns, representando a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Antes de passar a palavra aos palestrantes, ela indagou de que forma a pesquisa pode reduzir as grandes desigualdades sociais do Brasil. Para ela, é preciso desenvolver pesquisas práticas que desenvolvam dois elementos que considera fundamentais na luta contra as desigualdades: um sistema de informação ágil e um estímulo permanente para ação e gestão em saúde. “É preferível menos indicadores, só que mais ágeis e que sejam compreendidos pelas bases”, observou. “É preciso investir em pesquisas que levem a ações de segurança alimentar”.

Zilda Arns também mostrou preocupação com a questão das mortes em acidentes de trânsito, alertando para a necessidade de investimentos em educação transver-

sal sobre o assunto desde o jardim de infância. "Gastamos milhões com os prejuízos dos acidentes, isso sem falar das mortes". Outra preocupação dela é com o fato de a pobreza não receber a atenção especial que deveria e por não se intensificarem pesquisas em municípios considerados mais pobres por índices como o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). "Precisamos pesquisar mais para saber, por exemplo, em que aspectos esses municípios são mais pobres".

"As pesquisas são parte do remédio para superar as desigualdades", destacou o professor Malaquias Batista Filho, da Universidade Federal de Pernambuco e do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, que falou da importância da pesquisa no Brasil, um "país de assimetrias".

Ele afirmou que as pesquisas são um exercício de cidadania e que, nesse exercício, é preciso destacar questões importantes, como a do meio ambiente. "Não é só um problema do passado, mas sobretudo do nosso futuro. O que usamos não é apenas uma herança do passado, mas um empréstimo para o futuro".

O professor apontou alguns caminhos para o desenvolvimento da saúde no Brasil. O primeiro seria elaborar um inventário epidemiológico das doenças de cada região do país. A partir daí, seriam decididos os recursos para as pesquisas. Sugeriu também a criação de um núcleo regional de referência, para formar recursos humanos locais segundo a experiência de cada região, além do aumento da periodicidade de seminários que permitam a interação dos profissionais de saúde. Por fim, defendeu a multiplicação da participação de agências locais e até mes-

mo internacionais em pesquisas na área da saúde.

CONCENTRAÇÃO "DESASTROSA"

O último palestrante do painel, Jorge Guimarães, presidente da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação), falou sobre a "Formação de recursos humanos para a pesquisa em saúde". Ao longo de seus 53 anos de existência, a Capes, de acordo com ele, tem tido papel central na formação, missão que, considera, vem sendo cumprida. No entanto, a distribuição regional dos cursos de pós-graduação na área de saúde do Brasil, ressaltou, é "um desastre". Dos cerca de 300 cursos de pós-graduação na área de Ciências da Saúde, 260 estão nas regiões Sul e Sudeste, enquanto no Norte do país só há um. A Região Centro-Oeste tem cinco cursos de pós-graduação, e a Nordeste, 34.

Apesar de estar na 23ª colocação entre os países que mais produzem conhecimento e conseguir destaque em algumas áreas da saúde, o Brasil ainda tem desafios a enfrentar na formação de recursos humanos para a pesquisa em saúde. Entre esses desafios, segundo Jorge Guimarães, está o de capacitar docentes nas universidades públicas. Além disso, ele afirmou ser fundamental elaborar um plano nacional de pós-graduação para os anos de 2005 a 2020, com o objetivo de atender à demanda. O último plano elaborado ainda é dos anos 80.

MAIS ACESSO À INOVAÇÃO

Limites precisam ser construídos na elaboração de uma agenda nacional de pesquisa em saúde. A afirma-

ção de Maurício Barreto, professor-titular de Epidemiologia da Universidade Federal da Bahia, foi corroborada pelos participantes do painel temático "A agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde". Primeiro a falar, Barreto lembrou que pesquisadores e financiadores de pesquisas precisam construir consensos sobre os problemas prioritários. "Hoje, nem sempre isso acontece".

Para ele, é necessário que todos pensem no impacto potencial que uma pesquisa pode ter sobre os níveis de saúde da população. "Uma agenda de pesquisa balanceada deve incluir pesquisas sobre os mecanismos e os determinantes da doença, bem como sobre os meios para a cura e a prevenção das doenças para a promoção da saúde".

Segundo Barreto, isto só poderá ser feito com a ampliação do entendimento dos mecanismos "moleculares e biológicos das doenças". Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de estudos que gerem programas para uso racional e "custo-efetivo" das novas estratégias ou das velhas tecnologias. "Temos que desenvolver estudos e avaliações que demonstrem os efeitos sobre a saúde, positivos ou negativos, das ações e políticas no campo social, econômico, ambiental e comportamental".

Em seguida, Maria Helena Machado, diretora da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, falou sobre prioridades e políticas da pesquisa em saúde. Ela lembrou que, embora o Brasil tenha avançado muito na produção científica, continua aquém de outros países. "Para se ter uma idéia, o Brasil ocupa o 17º lugar na produção científica, com pouco mais de 11 mil arti-

O RADIS ADVERTE

Reduzir o enorme vácuo entre o que é pesquisado e o que realmente é implantado faz muito bem à saúde da população.



gos publicados anualmente” — Estados Unidos, com 245 mil, e Japão, com 70 mil, lideram o ranking. Maria Helena afirmou que, para a construção de uma agenda nacional de pesquisas em saúde que englobe todos os problemas da área, é necessário que se deixem de lado as vaidades. “Precisamos estabelecer um consenso técnico-científico entre cientistas e pesquisadores, eliminando as disputas entre pesquisa básica e pesquisa aplicada, entre ciência e tecnologia, entre academia e serviços de saúde”.

O pesquisador da USP Jorge Berloqui criticou o acesso aos insumos de saúde resultantes de inovações tecnológicas. “Se tivéssemos uma vacina contra o HIV, ela estaria disponível para todas as pessoas que precisassem?”, perguntou, logo no início de sua palestra. Provavelmente, segundo ele, haveria os mesmos problemas de acesso que temos hoje com os anti-retrovirais. “Infelizmente, não existe transferência de tecnologia”, lamentou, pedindo a reformulação da Lei de Patentes. “Devemos exigir do poder público que tome as providências necessárias para modificar esta legislação, cuja consequência é um gasto adicional de recursos para a saúde, sejam do SUS, sejam do bolso dos pacientes, e só ocorre porque a legislação não atendeu aos interesses dos consumidores”.

O palestrante seguinte, William Saad Hossne, da Comissão Internacional de Bioética da Unesco, destacou que o pesquisador tem responsabilidade social além da que todo cidadão comum deve ter. “A nobreza do trabalho do pesquisador, gerando conhecimento, cria algumas especificidades que exigem comprometimento muito maior em relação ao bem-estar da população e à construção de uma sociedade justa, livre e solidária”.

Hossne apresentou um dado curioso. Segundo ele, desde a época de Galileu (1564-1642), o número de cientistas vem duplicando a cada 10 ou 15 anos. “Isso significa que hoje temos um número de cientistas vivos no mundo que é maior do que o total dos que já morreram”. Para ele, “em última análise, esses cientistas estão trazendo novos conhecimentos que repercutem diretamente na sociedade”.

CONFERÊNCIA DE UMA PROPOSTA SÓ?

A proposta de criação da agência de fomento e apoio à pesquisa vinculada ao Ministério da Saúde mobilizou os delegados desde o início

Criação da Agência de Fomento à Pesquisa



A FAVOR

André Ricardo, médico sanitário. “As agências de fomento e apoio à pesquisa que existem hoje (CNPq, Capes e Finep) têm o perfil mais acadêmico. A criação de uma agência poderia ser muito positiva para a área”.



CONTRA

Maria Eugênia Cury, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos. “Não precisamos criar novas estruturas e sim fortalecer as que já temos. Sou contra a criação de uma estrutura paralela ao SUS”.

da conferência. Grupos de pesquisadores — a favor ou contra — debatiram nos corredores do hotel a melhor estratégia a ser empregada na Plenária Final, que definiria o destino da polêmica entidade.

O destaque nº 100 do Relatório Consolidado Nacional, que reunia as propostas das conferências dos estados, ganhou tanta repercussão que deixou alguns participantes preocupados. Outras questões, de suma importância, poderiam estar sendo deixadas de lado. E, de certa forma, foi o que se viu.

No dia anterior à Plenária Final, a discussão sobre o texto que iria à

votação varou a madrugada na plenária temática “Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”. A plenária temática “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”, que ocorria paralelamente, simplesmente teve de ser interrompida — por falta de quórum. Todos os delegados fizeram questão de participar do debate sobre a agência, que só terminou às 4h30.

No dia D, a tensão ia crescendo à medida que outros destaques iam sendo votados — quase todos aprovados sem problemas. A expectativa era tanta que, antes de ler a proposta sobre a criação da agência, o coordenador da Plenária Final, Paulo Gadelha, pediu um tempo. “Vamos dar um minutinho para respirarmos. Sei que a coisa vai complicar a partir de agora”, previu. E não deu outra. Após sucessivos pedidos de questões de ordem, esclarecimentos e encaminhamentos, Gadelha teve de intervir. “A mesa vai reassumir o controle”, esbravejou.

Três delegados de cada lado — a favor e contra a criação — puderam expor suas opiniões. “Não queria que essa fosse a questão principal da con-

No âmbito do Ministério da Saúde, deve ser criada uma agência de apoio à pesquisa que tenha como características organizacionais, flexibilidade administrativa e estabilidade gerencial e financeira e, como características funcionais, a capacidade de articulação com outras agências de fomento da área.

ferência”, lamentou Maria Eugênia Cury, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos.

Aberta a contagem final, os delegados decidiram (por pequena margem de votos) pela supressão da proposta: 165 votaram contra a criação da agência, 148 a favor, e quatro abstenções. “O povo, unido, jamais será vencido!”, gritaram os vitoriosos. Para eles, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro, já tinha deixado clara sua posição contrária à criação de autarquias.

Renato Cordeiro, diretor do Instituto Oswaldo Cruz e representante da Federação de Sociedades de Biologia Experimental (Fesbe) na CNCTIS, favorável à criação da agência, lamentou a rejeição. “Foi uma pena não ter sido aprovada, assim como não foi bom ter sido derrotada na Plenária Final por uma pequena diferença de votos (17)”, disse, após a conferência. Mas ressaltou: “Também não teria sido bom uma aprovação por pequena margem de votos. Creio que faltou mais discussão no Conselho Nacional de Saúde, na comunidade científica e nos segmentos dos usuários sobre este importante assunto que acabou polarizando corações e mentes durante todo o evento”.

“Senti falta de grupos de debate antes da Plenária Final”, disse Renato. Muitas dúvidas foram levantadas, especialmente se a agência realmente teria controle social — “com certeza teria” —, muitas com-

parações equivocadas foram feitas com outras agências de governo etc. “Com grupos de trabalho, teria ocorrido uma maior interação e ressonância entre membros da comunidade acadêmica, do Conselho Nacional de Saúde e usuários”.

Antes do fim da Plenária, os delegados propuseram ainda a criação de um programa de bolsas para o desenvolvimento científico e tecnológico, a definição de uma política de fitoterápicos e a implantação do Programa Nacional de Competitividade — com o objetivo de incentivar a produção de novos imunoterápicos. Mas a sensação era de que o dever já estava cumprido, e os delegados começaram a tomar o rumo do aeroporto.

Na hora de votação das moções, um participante pediu a contagem dos delegados na Plenária — e confirmou-se o que se deduzia pelos lugares vazios: não havia mais quórum suficiente (154 delegados) para dar seqüência aos trabalhos.

Assim, 160 propostas de 9 subagendas de pesquisa (as de número 15 a 23) ficaram pendentes de votação e foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde, que as repassou aos conselhos estaduais das 24 unidades federadas que participaram da conferência. Os conselhos deverão providenciar a votação dos delegados (pessoalmente, por e-mail ou correio) e encaminhar o resultado à Coordenação de Relatoria da 2ª CNCTIS até 6 de setembro.

“Daqui não saem vencedores ou derrotados”, ressaltou o coordenador, Reinaldo Guimarães no encerramento. “Todos trabalhamos para a construção de uma política de saúde mais justa e que contemple os princípios do SUS (equidade, universalidade e integralidade).” Reinaldo disse posteriormente à *Radis* que não houve rejeição à proposta de criação da agência. “Apesar do apoio entusiástico de muitos delegados, entre os quais os da Fiocruz, por pequena maioria foi decidido abster-se de apreciar a proposta naquele momento. Vamos continuar o debate”.

O diretor do Dedit também discordou da interpretação de alguns delegados, de que a conferência teria sido esvaziada pelo governo.

— O ministro Humberto Costa esteve no momento politicamente mais importante da conferência, que foi a abertura da Plenária Final. Além disso, o secretário-executivo do MS, Gastão Wagner, presidiu a abertura da conferência. Os ministros Tarso Genro e Eduardo Campos estiveram presentes por representantes credenciados, respectivamente o secretário-executivo do MEC, Fernando Haddad, e o presidente da Capes, Jorge Guimarães, e pelo secretário Cylon Eudócio Tricot e o diretor do CNPq, Manoel Barral. ■

O relatório consolidado da conferência está disponível no endereço da web www.saude.gov.br



3º SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE

Um debate fundamental para o país

Para estudar a saúde da população é necessário conhecer o ambiente em que ela vive. Envolvida nesse debate, a Fundação Oswaldo Cruz, por intermédio de sua Vice-Presidência de Serviços de Referência e Ambiente, promove o 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente, entre os dias 20 e 22 de setembro no auditório do BNDES, no Rio de Janeiro.

Em conferências, mesas-redondas e trabalhos previamente selecionados serão debatidos quatro grandes temas em torno de saúde e ambiente. O primeiro discutirá a Política Nacional de Saúde e Ambiente, e para isso foram convidados especialistas como Guilherme Franco Netto, coordenador-geral de Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde; Marcus Barros, presidente do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), do Ministério do Meio Ambiente; um representante do Congresso Nacional, o deputado federal Fernando Gabeira; e a pesquisadora Lia Giraldo, da Câmara Técnica Saúde e Ambiente da Fiocruz (CTSA), grupo de trabalho de pesquisa em saúde e ambiente.

O segundo tema analisa o território. "Ou seja, propõe debate sobre o referencial metodológico de abordagem em saúde e ambiente", diz o vice-presidente de Serviços de Referência e Ambiente da Fiocruz, Ary Miranda. À mesa que abordará o território como referência para análises em saúde e ambiente estarão Wilmar Barbosa, da Coordenação dos Programas de Pós-graduação de Engenharia (Coppe/UFRJ), Anamaria Testa Tambellini, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nesc/UFRJ), o geógrafo Antônio Carlos Robert Moraes, da Universidade de São Paulo, e o pesquisador do CTSA da Fiocruz Maurício Monken.

O terceiro tema tratará do impacto de determinadas tecnologias sobre o ambiente. Para esse debate, o seminário trará Niede Guidon, da



Fundação Museu do Homem Americano, Henri Acselrad, do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (Ippur/UFRJ), o pesquisador do CTSA da Fiocruz Marcelo Firpo de Souza Porto, e Renaud de Plaen, do Centro de Desenvolvimento de Pesquisas do Canadá (em inglês, International Development Research Centre – IDRC).

O quarto tema debaterá os organismos geneticamente modificados (OGMs). Participarão da discussão o professor Brian Wynne, da Universidade de Lancaster, no Reino Unido, e Deise Maria Fontana Capallo, da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa). "Duas posições opostas sobre o tema", diz Ary.

O seminário contará ainda com duas grandes conferências. A primeira, que abre o evento, tem como título "Desenvolvimento e saúde", com a presença do professor Jaime Breilh, do Centro de Estudios y Asesoría en Salud (Ceas), do Equador. A segunda, com Jacobo Finkelman, ex-representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, tem o título "Saúde e ambiente na América Latina: desafios e perspectivas".

De acordo com Ary, o seminário foi organizado de maneira a contemplar as temáticas que permeiam a agenda política nacional e internacional sobre saúde e ambiente.

Além dos debates, o 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente vem incentivar as práticas educativas em saúde e ambiente. Paralelamente ao evento acontece o 1º Concurso Nacional Saúde e Ambiente – Educando com Arte. Serão premiados os três melhores projetos educacionais na temática de saúde e ambiente que utilizem a arte como instrumento de produção e difusão de conhecimentos. Os trabalhos vencedores serão divulgados no seminário e também em vídeos na Fiocruz e no Canal Saúde.

O seminário terá lugar no Auditório do BNDES, na Avenida República do Chile, nº 100, Centro do Rio de Janeiro. As inscrições podem ser feitas, gratuitamente, pelo e-mail fiocruz@sr-online.com ou, pelos correios, para o seguinte endereço: Secretaria Executiva do 3º Seminário Nacional de Saúde e Ambiente – SR Produções e Eventos, Rua Martins Ferreira, 73, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22271-10. Ou ainda pelo telefone (21) 2527-2783. (K.M.)

Pesquisadores discutem metodologia do IBGE

Katia Machado

As pesquisas promovidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são tradicionais instrumentos de medida para o setor saúde. É o caso da Assistência Médico-Sanitária (AMS), da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Esses instrumentos estatísticos apontam as deficiências ou os avanços da área. "Se identifico numa pesquisa um grande gasto com medicamento é porque as políticas públicas não funcionam", diz o professor em políticas públicas Nilson do Rosário Costa, do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fiocruz.

Essas pesquisas foram recentemente foco de análise e crítica de seus alunos da pós-graduação. Em trabalho apresentado a Nilson, os alunos constataram haver problemas nas três pesquisas, que prejudicam a análise precisa da situação de saúde no país e dificultam o trabalho do pesquisador. "Há uma descontinuidade das categorias usadas nas pesquisas, sobretudo na AMS", diz o professor.

UNIDADES DE SAÚDE

De acordo com Maria Isabel Mendes, gerente da AMS no IBGE, as categorias usadas na pesquisa foram estabelecidas depois de um acordo com o Ministério da Saúde (MS). "Nós pesquisávamos a AMS com classificação prévia dos estabelecimentos, ou seja, classificávamos como posto de saúde, centro de saúde, entre outras. Contudo, não estava atualizada segundo os serviços oferecidos pelo MS. Acordamos então com o MS que iríamos coletar os números de estabelecimentos sem qualquer classificação, sendo feito posteriormente", explica Isabel.

A função da AMS, que teve sua última edição publicada em 2002, com o apoio do Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), levanta os estabelecimentos de saúde existentes no país, tanto públicos quanto privados, com ou sem vinculação com o SUS, e nas esferas administrativas federal, estadual e municipal. O número de estabelecimento é apresentado por esfera administrativa, condição de funcionamento, categoria, regime e tipos de atendimento e prestação de serviços segundo a modalidade financiadora.

A pesquisa mostra dados sobre pessoal ocupado, volume de leitos e de internações, segundo as grandes regiões, unidades da Federação, regiões metropolitanas e capitais. Contém também um conjunto de informações sobre os equipamentos médico-hospitalares e séries históricas de algumas variáveis básicas da pesquisa, como número de estabelecimentos de saúde e leitos entre 1976 e 1990, 1992, 1999 e 2002.

A AMS teve início em 1931, sob a responsabilidade do Serviço de Estatística (SE) do Ministério da Educação e Saúde. A segunda edição veio em 1948. Cabia ao IBGE elaborar e coletar dados e ao SE sistematizar os resultados finais. Na terceira edição, de 1976, a primeira realizada exclusivamente pelo IBGE, a instituição assumiu a nomenclatura atual da pesquisa. A AMS foi publicada continuamente até 1990. Dois anos depois, em 1992, houve nova edição da pesquisa, divulgada em meio magnético. A penúltima edição, divulgada também na forma de livro, ocorreu apenas em 1999. A mais recente foi lançada em 2002.

As informações disponíveis na AMS permitem identificar as necessidades de investimentos no setor saúde em determinadas áreas, seja pela capacidade instalada ou pela oferta de serviços disponíveis para a popu-

lação. Os alunos de Nilson Costa constataram também "uma discrepância em relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), constantes mudanças de metodologia e difícil compatibilização dos dados". Eles se queixam ainda da dificuldade para acessar dados mais amplos, pela exigência do uso de senha.

O PERFIL DAS FAMÍLIAS

Na opinião de Isabel não há como comparar o CNES à AMS. Afinal, diz ela, "o CNES é atualizado pelo próprio gestor de forma contínua, enquanto a AMS prevê um período de coleta dos dados". Além disso, o cadastro dispõe apenas dos estabelecimentos conveniados ao SUS, exceto das unidades de alta complexidade. Já a AMS, além dos estabelecimentos públicos, dispõe também dos privados. "Essa talvez seja a discrepância entre a AMS e a CNES", deduz a gerente da pesquisa.

A POF é uma pesquisa realizada por amostragem, na qual são investigados os domicílios particulares permanentes e, dentro deles, as despesas das famílias. A última edição, realizada entre julho de 2002 e julho de 2003, veio analisar a composição dos gastos e do consumo das famílias segundo as classes de rendimento. E verificou, na comparação com as pesquisas anteriores, algumas mudanças expressivas nas despesas e nos hábitos dos brasileiros.

Esse trabalho, como explica Nilson Costa, tem como objetivo mensurar as estruturas de consumo, dos gastos e dos rendimentos das famílias e possibilitar a identificação de um perfil das condições de vida da população brasileira a partir da análise de seus orçamentos domésticos.

PARA OS GESTORES

Para a gestão pública, serve como ferramenta que indica as prioridades sociais, incluindo as políticas públicas

nas áreas da nutrição, da orientação alimentar, da saúde, da moradia, entre outras. "Para o setor privado, a pesquisa pode ser útil na definição de estratégias de investimentos em que o conhecimento do perfil do consumidor e da demanda por bens e serviços seja determinante", acredita Nilson.

A primeira pesquisa sobre orçamentos familiares foi organizada pelo IBGE entre 1974 e 1975, época da realização do Estudo Nacional de Despesa Familiar em todo o territorial nacional, exceto na área rural da Região Norte. As duas edições seguintes da POF cobriram os períodos 1987-1988 e 1995-1996. Foram concebidas para atender, prioritariamente, à atualização das estruturas de consumo dos índices de preços ao consumidor. "Essas edições, porém, contemplaram apenas nove regiões metropolitanas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além de Goiânia e Distrito Federal", destacaram os alunos de Nilson.

A edição da POF 2002-2003 passou a ser realizada em todo Brasil, e apresentou importantes diferenças em relação às anteriores. Devido à necessidade de informações detalhadas sobre as condições de vida a partir do consumo, especialmente das famílias de menor rendimento, foram incluídas as áreas rurais e investigadas as aquisições não-monetárias. Foi também pesquisada a opinião das famílias quanto à qualidade de vida, servindo de complemento para as análises socioeconômicas e, em especial, pobreza, desigualdade e exclusão social.

O PADRÃO DA POF

Tão importante para o setor saúde, a POF, segundo Nilson Costa, não manteve um padrão de apresentação ao longo de suas edições. "Despesas com assistência à saúde das famílias não tiveram o mesmo padrão de décadas anteriores", exemplifica o professor. Na pesquisa, verifica-se ainda uma diferença entre o total de unidades de consumo (que traduz o número de famílias) da POF 2002-2003 e de famílias da Pnad 2002. Enquanto na POF registrou-se um total de 48.534.638 unidades de consumo, a Pnad 2002 informa existirem 51.560. "A diferença chega a 5,94%", afirmam os alunos de Nilson.

Segundo Wasmália Bivar, diretora de pesquisa do IBGE, é impossível haver número igual de famílias na POF e na Pnad. "As pesquisas usam conceitos distintos. Na Pnad, você tem

um conceito de família de fato. Na POF, usa-se unidade de consumo que não é exatamente uma família. Duas famílias podem dividir despesas com alimentação e ninguém consegue dividir o orçamento delas. Portanto, as duas famílias acabam formando uma única unidade de consumo. Daí a discrepância entre os números da POF e da Pnad", explica. Zélia Bianchini, diretora-adjunta de pesquisa, lembra ainda que "o conceito usado na POF é internacionalmente acordado e que a diferença entre os números apresentados é muito pequena e não compromete a análise de dados".

DIFERENÇA EXPLICADA

Em relação à Pnad, de acordo com os alunos, falta homogeneidade dos dados. Em 1967, o IBGE começou a fazer a Pnad anualmente. Antes, havia um Censo a cada 10 anos. De 1967 a 1975, a Pnad foi feita em poucas regiões. A pesquisa passou a ser realizada em todo o país apenas em 1976. No entanto, o IBGE só fazia tabulação para alguns estados, o que impede a recuperação de dados não-tabulados. Em 1983, o IBGE passou a tabular e divulgar dados da pesquisa para todos os estados do país. Para Nilson, o Pnad, além disso, apresenta um problema metodológico. "As pesquisas contêm perguntas diferentes de um ano para outro", diz.

Quanto a essa diferença, Wasmália acredita que uma pesquisa como a Pnad, de abrangência nacional, precisa mudar a cada edição. "Essa é a forma de atender a diferentes usuários ao longo do tempo e de ir aperfeiçoando as informações". Além disso, a Pnad traz questões específicas que são levantadas naquele ano. "A edição que está sendo realizada este ano apresenta informações sobre segurança alimentar e benefícios dos programas sociais para as famílias. Isso não havia em pesquisas anteriores", exemplifica a diretora.

A pesquisa dispõe de informações sobre características gerais da população, migração, educação, trabalho, famílias e domicílios referentes a 2001 e 2002, para o Brasil e grandes regiões, bem como indicadores retrospectivos de rendimento relativos ao período de 1992 a 2002, para o conjunto do país, dos quais foram selecionados alguns para ressaltar sua evolução nas grandes regiões. Há ainda comentários analíticos sobre as condições de habitação e posse de bens duráveis, composição e mobilidade populacional, educação, situação do mercado de trabalho, tra-

balho infantil, sindicalização e cobertura previdenciária e situação dos rendimentos.

A partir de 2002, as informações passaram a ter por base a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE/Domiciliar, que segue a padronização internacionalmente adotada para a classificação das atividades.

Para Nilson Costa, outra dificuldade é que, além dos problemas metodológicos e de continuidade, informações detalhadas precisam ser contratadas ao IBGE. Ou seja, para superar algumas deficiências ou atender a necessidades específicas, o pesquisador precisa comprar do IBGE tabulações especiais. "Acho ruim o monopólio técnico de informações, que deveriam ser de domínio público", avalia. "Sei que o IBGE precisa de receita, mas sendo um órgão público não pode privatizar informações".

BEM PÚBLICO

Wasmália Bivar concorda em que toda informação do instituto é um bem público. "Por isso que todas as informações estão disponíveis no site", afirma. Se há informações que são vendidas pelo IBGE é porque, explica a diretora, "qualquer análise específica de dados exige que alguém do instituto interrompa seu trabalho-padrão, voltado para a grande maioria da demanda pública, e se dedique exclusivamente às tabulações encomendadas". "O que fazemos é diferenciar os usos específicos dos dados daqueles que são padronizados", diz.

A cobrança, no entanto, não é um fim para o IBGE. Há cerca de dois anos, o instituto vem investindo no Banco Multidimensional de Estatísticas (BME). Nele, o usuário dispõe de uma base de dados formada por microdados existentes nos questionários das pesquisas estatísticas efetuadas pelo IBGE. "Por meio dessa ferramenta, disponível no site do IBGE, o usuário pode fazer as tabulações que desejar", esclarece Wasmália. Ela explica que esse usuário, em geral, é de alguma instituição que faz sua inscrição no Banco e passa posteriormente por um treinamento para uso da ferramenta, tornando-se autônomo para realizar as tabulações necessárias. ■

Mais informações sobre as pesquisas realizadas pelo IBGE:

tel. 0800-218181

site www.ibge.gov.br

e-mail ibge@ibge.gov.br

SERVIÇO

EVENTOS

5ª JORNADA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Promovido pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM), a quinta edição do evento apresenta o tema "Posicionamentos e estratégias no novo cenário mundial – ação médica multidisciplinar".

Data 1º e 2 de outubro

Local Centro de Convenções Mario Henrique Simonsen, Av. das Américas, 3.434 Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Tel. (21) 2620-9700

E-mail eventos@thefs.com.br ou sbim@thefs.com.br

Site www.thefs.com.br

4º FÓRUM NACIONAL DE INICIATIVAS NEGRAS

Organizado pelo Centro de Estudos Afro-Brasileiros da Universidade Cândido Mendes no Rio de Janeiro (Ucam/RJ), o evento visa proporcionar um espaço de exposição e reflexão sobre as diversas iniciativas do país no campo das relações raciais. O fórum quer aproximar acadêmicos e ativistas do movimento negro e de mulheres negras do Brasil, da América Latina e do Caribe.

Data 5 a 15 de outubro

Local Ucam, Praça Pio X, nº 7 / 7º andar Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Tel. (21) 2516-2916

Fax (21) 2516-3072

E-mail suelyms@candidomendes.edu.br ou joselina@candidomendes.edu.br

Site www.ceab.ucam.edu.br

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE JORNALISMO CIENTÍFICO

A Associação Brasileira de Jornalismo Científico promove o congresso, com apoio da UFBA, do CNPq e da Fapesb. A conferência de abertura, "Centro e periferia na história do conhecimento", será do historiador inglês Peter Burke. Estão programadas oito mesas temáticas, para debater "Jornalismo científico sob a ótica da sociedade", "O Estado e a divulgação científica", "O jornalismo científico e as ciências humanas e sociais" ou "Controvérsias da ciência na sociedade". Inscrições via internet até 23 de outubro.

Data 24 a 27 de outubro

Local Hotel Pestana, Rua Fonte do Boi, 216, Rio Vermelho (orla), Salvador

Mais informações

Tel. (71) 2636182

Site www.abjc.org.br/congresso

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO DE DIABETES JUVENIL

Destinado a pacientes, parentes e profissionais de saúde, esse é um evento de atualização e educação em diabetes. Durante o congresso, a Associação de Diabetes Juvenil (ADJ) estará recebendo a doação de alimentos não perecíveis em prol do programa Fome Zero. As inscrições podem ser feitas pelo site www.adj.org.br

Data 15 a 17 de outubro

Local Centro de Convenções Rebouças, Av. Rebouças, 600, São Paulo, SP

Mais informações

E-mail congresso@adj.org.br

Tel. (11) 3675-3266

NA INTERNET

ACADEMUS

A revista eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é publicada trimestralmente, com trabalhos dos profissionais da rede carioca. O volume 3 (julho/setembro de 2004) apresenta artigos e informes sobre acidentes de transporte e homicídios, causas mal definidas de morte, acidente de trabalho e nascidos vivos.

Site

www.saude.rio.rj.gov.br/revistaacademus

Mais informações

E-mail bibliotecasms@pcrj.rj.gov.br

GUIA ELETRÔNICO DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Direcionado a pesquisadores e jornalistas, o guia oferece conselhos práticos sobre como comunicar temas de ciência, sites de organizações de jornalismo científico e de divulgação científica na América Latina e outras diversas fontes de notícias. Desenvolvida pela Rede de Ciência e Desenvolvimento, a publicação em português está no site www.scidev.net/scicom/portuguese

Mais informações

E-mail projects@scidev.net

CURSOS

CAPACITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO EM INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES (DIV) E DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Direcionado a profissionais graduados com vínculo na assistência hospitalar, o curso abordará, entre outros temas, aspectos anatômicos do

sistema cardiovascular, aspectos psicológicos relacionados à criança submetida a punção venosa, a incompatibilidade de drogas frente ao DIV e ao PICC, principais ações do controle de infecção hospitalar, os curativos apropriados, as imagens radiológicas. Há 80 vagas. Os interessados deverão enviar currículo para cih@iff.fiocruz.br até 30 de setembro. O curso, nos dias 8 e 9 de novembro, será no Centro de Estudos Olinto de Oliveira, do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ.

Mais informações

Tel. (21) 2553-0052, ramal 5516

Site www.iff.fiocruz.br

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTO — COC/FIOCRUZ

História, Ciências, Saúde**— Manguinhos, publicado**

pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), apresenta o número temático

"Saberes médicos e práticas terapêuticas nos espaços de colonização portuguesa".

Na publicação, o leitor encontra artigos de pesquisadores portugueses e brasileiros, como Ricardo Roque, Cristiana Bastos, Luiz Otávio Ferreira, Maria Manuel Quintela e Tânia Salgado Pimenta. A revista é resultado de convênio entre a Universidade de Lisboa e a Fiocruz.

Mais informações

Tel. (21) 2280-9241

E-mail hscience@coc.fiocruz.br

Site www.coc.fiocruz.br/hscience



LANÇAMENTO — EDITORA FIOCRUZ

Etnicidade na América

Latina: um debate sobre

raça, saúde e direitos

reprodutivos. Organizado

por Simone Monteiro e

Lívio Sansone, traz artigos

de especialistas brasileiros

e do exterior sobre as relações

entre o processo saúde-doença e as

condições étnicas e raciais. O livro se

divide em quatro partes: perspectivas

histórica e contemporânea, etnicidade

e saúde, saúde reprodutiva e popula-

ção indígena e saúde reprodutiva e po-

pulação negra.

Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, sala

112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ.

CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO

O dilema do SUS

Eugênio Vilaça Mendes

O SUS está completando 14 anos. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres.

Não obstante os inegáveis avanços, o SUS real está longe do SUS constitucional: há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária e a prática social. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Dessa forma, vem se conformando no país um sistema de saúde no qual convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões que pagam, por si ou pelo empregador, diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem ricos e pobres, para a compra de serviços com pagamento direto.

Essa incoerência entre o mandato constitucional e a realidade cotidiana coloca o dilema seminal do SUS, que é instituir-se como um sistema público de saúde para todos os brasileiros ou como um segmento destinado ao atendimento das camadas pobres. Essa situação dilemática expressa-se na singela questão: qual SUS?

Nosso país deve optar entre os dois grandes modelos de saúde: o modelo público universal, praticado em sociedades que se conformaram como projetos democráticos informados pelos princípios da solidariedade social, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia, ou o modelo segmentado, calcado em valores individualistas e de mercado, de sociedades como a dos Estados Unidos.

Os sistemas segmentados são justificados, tal como se faz no Brasil, por um argumento de senso comum, de



que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde sobriariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências empíricas mostram que esse raciocínio é charmoso, mas totalmente equivocado. Ao criar-se um subsistema público especial para os pobres, dada a pouca capacidade desses grupos de articular seus interesses e de vocalizá-los politicamente, esse subsistema tende a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade.

Isso ocorre até nos Estados Unidos: o subsistema público dos pobres, o Medicaid, tem menos recursos e menor qualidade que o subsistema público dos idosos, o Medicare, que é universal. Tinha razão lord Beveridge ao advertir: "Políticas públicas exclusivas para os pobres são políticas pobres". No Brasil, as áreas de excelência do SUS são as penetradas por setores da classe média, como os programas de imunização, de DST/Aids, de transplantes. Enquanto isso, os programas devotados às doenças dos pobres são secularmente ineficientes, como os de hanseníase e de câncer de colo uterino.

Carece de demonstração a afirmativa de que a existência de um subsistema público de saúde para os pobres aumenta a equidade; as evidências internacionais apontam para uma maior iniquidade dos sistemas segmentados.

A resposta à pergunta "Qual SUS?" está no financiamento da saúde. Essa questão fundante do financiamento pú-

blico da saúde decorre da visão de que sistema de saúde se quer implantar e se materializa, na governança pública, na luta entre universalistas e focalistas. Os universalistas pretendem dar acesso a todos os brasileiros aos serviços necessários, contribuindo para a inclusão social e o desenvolvimento do capital social, o mais escasso dos capitais acumulados pela sociedade brasileira; o subsistema de planos de saúde seria efetivamente suplementar, e o aumento dos gastos públicos sanitários, fundamental. Os focalistas entendem que o papel do Estado é proteger os segmentos mais pobres, concentrando neles os gastos públicos em saúde, o que se consegue com menos recursos e com a segmentação do sistema de saúde. Os subsistemas privados seriam substitutivos do sistema público para os não-pobres.

Assim, essa questão medular deve ser politizada, levada ao conjunto da sociedade, como parte de um processo de escolha informada entre as duas concepções de SUS. Porque é a sociedade que deve decidir qual SUS teremos e quanto está disposta a pagar por ele.

Infelizmente, o SUS vem perdendo a batalha da comunicação com a sociedade. Foi retirado das prioridades sociais agudas, como ocorre com a segurança pública.

Medidas recentes como o Programa Farmácia Popular, permitindo o co-pagamento de medicamentos, abre a porta do SUS para outras práticas de compartilhamento de custos e lesa fortemente o princípio da equidade. Pior ainda, a notícia recente sobre tentativas de eliminação das vinculações dos recursos da saúde, se concretizada, significará a consolidação definitiva da segmentação do sistema de saúde no Brasil. Será o começo do fim da bela experiência de política pública do SUS. ■

Eugênio Vilaça Mendes é consultor em sistemas e serviços de saúde, ex-consultor da Organização Pan-Americana da Saúde, ex-secretário-adjunto da Saúde de Minas Gerais e autor de 29 livros ou capítulos de livros, e de 105 artigos ou monografias, publicados no Brasil e no exterior.



ENSP

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca

saúde pública
INOVAÇÃO E CIDADANIA