

NESTA EDIÇÃO



SIMBRAVISA
Os debates energéticos do encontro em Caldas Novas

RADIS

comunicação em saúde



Nº 30 ♦ Fevereiro de 2005
Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361
www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

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



Prezado(a) Senhor(a),

Você está recebendo o seu Cartão Nacional de Saúde. Saiba que ele representa um grande avanço para o sistema de saúde brasileiro.

E para que serve esse Cartão? Todas as informações sobre seus atendimentos ficarão registradas, de modo que você será reconhecido em qualquer unidade de saúde. Com esses dados, será possível organizar melhor o sistema de

Atenção!

Ao receber o seu cartão, verifique os dados impressos: nome e data de nascimento.

Se houver alguma

CARTÃO SUS

Sistema ainda tem que superar muitas barreiras para dar bons resultados

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

A rede contra a Aids



Elas são muitas. Formam uma rede solidária e responsável na divulgação de informações sobre as DST (doenças sexualmente transmissíveis) e a Aids. Oferecem também orientação e ajuda a soropositivos e doentes, adultos ou crianças. Abaixo, uma pequena relação de sites da internet sobre DST/Aids. Cada um deles indica, por sua vez, outras páginas úteis.

Endereços

- ♦ www.agenciaaids.com.br
- ♦ www.adolesite.aids.gov.br
- ♦ www.abcd aids.com.br
- ♦ www.aids.gov.br
- ♦ www.imediata.com/infoaids
- ♦ www.fiocruz.br/piafi
- ♦ www.usp.br/nepaids
- ♦ www.gaparp.org.br
- ♦ www.giv.org.br
- ♦ www.projeto reviver.org.br
- ♦ www.fiquevivo.org

Nesta página 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.

O Cartão e a complexidade

Sempre tive uma resistência conservadora e preconceituosa em relação ao Cartão SUS. Primeiro, porque, superado o tempo em que se exigia carteira de trabalho ou de institutos de previdência para o acesso à rede pública de saúde, temo que cartões, números ou senhas venham a se tornar obstáculo à universalidade do atendimento. Segundo, porque a infra-estrutura e o suporte tecnológico necessários para a manutenção do sistema, após sua implantação com recursos federais, são inexistentes ou dispendiosos demais para inúmeras unidades. E as prioritárias humanização e qualidade do sistema ganhariam mais com investimento nos profissionais e na ampliação das estratégias de integralidade e atenção básica. Por fim, num país em que é tão fácil violar o painel de votação do Senado quanto vender dados confidenciais, as informações clínicas sobre os cidadãos podem chegar às mãos de empregadores, planos de saúde e seguradoras. Principalmente se considerarmos que a quase totalidade dos governos desta República tem representado os interesses dessas corporações. Mas, como diz Cláudia Risso, do Datasus, é preciso superar os preconceitos, e a *Radis* abre este debate.

Não há dúvida sobre os benefícios que um prontuário eletrônico – estágio final de implantação do Cartão – traria à organização e à eficiência do sistema de saúde e à agilidade,

confiabilidade e continuidade na assistência aos usuários. Talvez por esta razão, e pelo melhor controle de gastos, tanta gente defenda que se avance no projeto. As desconfianças em relação ao cartão e as estratégias para superá-las foram o ponto de partida para entrevistar gestores, sanitaristas e usuários em nossa matéria de capa. Confira também a bem-sucedida implantação do Cartão SUS em Aracaju.

Outro destaque desta edição é a cobertura do 2º Simbravisa, realizado em Caldas Novas (GO) sob a inspiração da poetisa Cora Coralina e do pensador francês Edgard Morin. A crescente legião dos construtores da nova Vigilância Sanitária no país defendeu o controle político e ético sobre as atividades científicas e o envolvimento da sociedade com a Vigilância Sanitária. Foi um encontro de muitas bandeiras: por mais verbas e menos desperdício na Saúde, solidariedade às 800 vítimas do Césio 137, acessibilidade para usuários, redes de informação e conhecimento, desenvolvimento sustentável e humano, justiça ambiental, prevenção de riscos. Além de abrigar crítica à desigualdade econômica, à supressão de direitos e à globalização excludente, o encontro possibilitou debate sobre o desafio da complexidade do conhecimento e do aprender a ouvir o outro.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

Comunicação em Saúde

- ♦ A rede contra a Aids 2

Editorial

- ♦ O Cartão e a complexidade 3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

7



Cartão Nacional de Saúde

- ♦ Você ainda vai ter um 8
- ♦ O exemplo que vem de Aracaju 11



2º Simbravisa

- ♦ Dilemas e desafios da vigilância sanitária 12
- ♦ Dois momentos femininos 16

Educação para a cidadania

- ♦ Eles sacudiram a poeira 17

Serviço

18



Pós-Tudo

- ♦ O controle necessário 19

CARTUM





CARTAS

HANSENÍASE E SOFRIMENTO

Parabenizo toda a equipe da *Radis* pela excelente matéria sobre hanseníase (*Radis* nº 27). Informações sobre a etiologia, os sintomas, o tratamento, as perguntas mais frequentes e, principalmente, o alerta sobre o preconceito que sofre o hanseniano são importantíssimas para o conhecimento da população em geral.

Estou cursando o 7º período de Enfermagem, e devido à disciplina Saúde Pública II tive a oportunidade de participar do Projeto de Revitalização das Colônias de Portadores de Hanseníase, desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Ceará. Aqui existem duas colônias, uma em Maracanaú e outra em Redenção – a Colônia de Antônio Diogo, que já visitamos. Quando fizemos as entrevistas para coleta de dados sobre os moradores percebemos o sofrimento deles, na maioria ex-portadores. Falam sobre o que já viveram, pedem a melhoria da assistência e a redução do preconceito que ainda hoje está presente.

Agradeço por escreverem sobre assuntos cada vez mais atuais na área da saúde. Pois, pelo que observamos, a meta para 2005 está longe de ser alcançada.

- ♦ Izabel Kariny, Fortaleza

DECODIFICAÇÃO DE MENSAGENS

Recebi a *Radis* nº 27, e adorei a página da Comunicação em Saúde, com a professora Inesita Araújo. A propósito, falei sobre este tema, decodificação de mensagens na saúde pública, em aula na pós-graduação em Saúde Pública da Universidade São Camilo. Precisa dizer que vou levar a revista na próxima aula para falar sobre a importância deste tema? Nessa turma tenho alunos médicos, veterinários, enfermeiros, assistentes sociais, biólogas, dentistas, webdesigners etc. Em comum, somente o fato de trabalharem em saúde pública, a maior parte no interior do Estado do Rio.

- ♦ Aparecida de Luca, Rio de Janeiro, RJ

MAIS HUMANIZAÇÃO

Sou estudante de Serviço Social e faço estágio na área da saúde. Tenho muito interesse nessa temática: minha monografia de conclusão de curso é sobre a humanização do atendimento e das relações no âmbito da saúde pública, e a revista é de suma importância para a minha aprendizagem.

- ♦ Marcela Garcia de Lima, Juiz de Fora, MG

Aviso ao leitor

A partir de agora você pode atualizar seus dados cadastrais pela internet. Acesse www.ensp.fiocruz.br/radis – escolha a opção “Assinaturas” e informe seu código de assinante (que consta da etiqueta).

A senha para o primeiro acesso é 9999, que você pode alterar posteriormente.



MUNDO AMPLIADO

Sou estudante de Enfermagem em nível técnico pela Cruz Vermelha em Nova Iguaçu (RJ). Há muito venho acompanhando as publicações da *Radis*. Para mim é tudo muito novo, uma nova etapa de minha vida tem se aberto: a cada dia me apaixono pela saúde, por cada palavra, cada linha, cada matéria. Leio e releio, não canso nunca. Só tenho a agradecer por uma revista que tem ampliado o meu mundo com tamanho conhecimento.

- ♦ Simone Silva do Nascimento, Nilópolis, RJ

CIDADÃO E CONSELHEIRO

Gostaria de parabenizá-los pela excelente publicação, que em muito vem me ajudando como cidadão e como conselheiro municipal de Saúde, agora privilegiado como assinante desta maravilhosa revista por ter sido delegado da 12ª CNS.

- ♦ Carlos Alberto Alves dos Santos, Valente, BA

NA COMUNIDADE

Conheci a revista *Radis*, e este material me ajuda no curso de especialização em Saúde Coletiva. Como trabalho na rede pública, a revista é discutida com meus colegas e até com a comunidade. Bom trabalho!

- ♦ Cristina Johnsson Campos, Curitiba

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 mil exemplares
 Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
 Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha

Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Jesuan Xavier (subeditor),

Katia Machado e Wagner

Vasconcelos (Brasília/Direb)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e

Hélio Nogueira

Documentação Jorge Ricardo Pereira

e Laís Tavares

Secretaria e Administração Onésimo

Gouvêa, Fábio Renato Lucas e

Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho

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/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.

O Centro Comunitário, Social e Cultural da Trindade tem uma biblioteca que é fonte de consulta para professores e estudantes. A *Radis* é uma revista importante e necessária a qualquer entidade que

atenda ao público, como a nossa.
♦ Pereira da Silva, São Gonçalo, RJ

CONTEÚDO ESSENCIAL

Sou enfermeira do município de Jacarezinho, no Paraná, e estou como coordenadora do Programa Saúde da Família, com nove equipes e uma equipe de Saúde Bucal. Tive acesso a esta revista pela nossa secretária de Saúde, que me mostrou a reportagem sobre a Farmácia Popular no Rio de Janeiro (*Radis* 25). Esse é um dos nossos sonhos aqui no município. A revista é encantadora, de leitura fácil e acessível, e para nós, do Programa Saúde da família, uma grande ferramenta nas ações de saúde.

♦ Silvia Souza de Assis Juliano, Jacarezinho, PR

RADIS SUSPensa

Deixei de receber a revista *Radis* no meu endereço. O que houve? Gostaria de continuar recebendo.
♦ Valdemar de Almeida Rodrigues, Brasília, DF

■ *Caro Valdemar, vamos verificar e corrigir.*

RADIS NO PLANETA VIVO

Sou funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de Americana (SP) e atuo no Núcleo de Controle de Zoonoses; atualmente, gerencio o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Tive contato com a *Radis* por meio de um amigo, médico-veterinário. Além de contribuir com o controle da dengue em meu município, também sou responsável pelo jornal *Planeta Vivo*, um suplemento informativo que desenvolvi para a Unidade de Vigilância em Saúde, da qual faço parte. Portanto, os assuntos pautados nesta conceituada revista também são de grande utilidade para que eu possa acrescentar um conteúdo melhor às matérias do *Planeta Vivo*, bem como ilustrar alguns artigos que me são enviados pelos funcionários da Secretaria de Saúde.

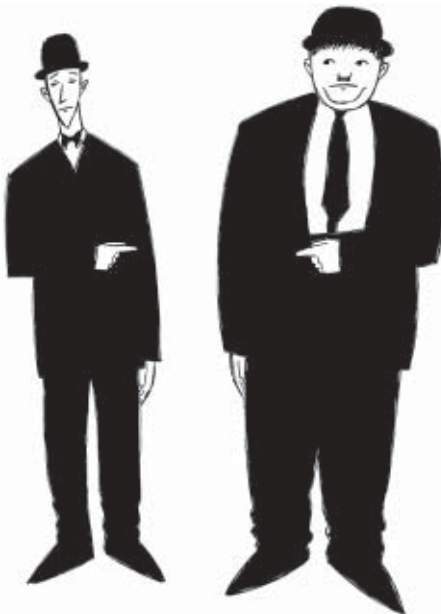
♦ Amauri de Souza, Santa Bárbara D'Oeste, SP

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

OS GORDOS E OS DESNUTRIDOS



O que se via nas ruas foi confirmado pelos números do IBGE: 38,6 milhões de brasileiros adultos estão acima do peso, ou seja, 40% da população - graças a hábitos alimentares recentes e nada saudáveis - que incluem mais alimentos industrializados, mais açúcares e gorduras. Por conta disso, neste grupo 10,5 milhões são obesos. Em 1974/1975, apenas 16% da população estavam acima do peso. A má notícia veio entre os dados da segunda parte da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, feita pelo IBGE para o Ministério da Saúde.

A pesquisa informou também que diminuiu a desnutrição. Em 1974/1975, 7,2% da população masculina e 10,2% da população feminina sofriam com a falta de peso. Em 1989, 3,8% e 5,8%; em 2002/2003, essas taxas estavam em 2,8% e 5,2%. A imprensa deitou e rolou na interpretação sensacionalista dos números: "Brasil tem mais gordos do que desnutridos", bradou um jornal. Mas não houve destaque para a desigualdade social: as famílias mais ricas (renda mensal acima de R\$ 4 mil) gastam R\$ 662,72 com comida - quatro vezes mais que o gasto das famílias pobres (renda mensal até R\$ 400).

A outra má notícia é que o consumo de frutas, legumes e hortaliças continua baixo, bem inferior às recomendações da OMS. A pesquisa foi realizada entre julho de 2002 e junho

de 2003 em 48.470 domicílios de áreas urbanas e rurais de todo o país, e o critério do peso baseou-se na relação peso/altura, ou Índice de Massa Corpórea, da OMS.

Em discurso no Palácio do Planalto no dia 20/12, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva contestou os dados da pesquisa do IBGE. Segundo ele, o número de desnutridos deve ser maior, porque as pessoas "têm vergonha de dizer que passam fome".

AVANÇA A PROIBIÇÃO DO AMIANTO

Desde 1º de janeiro estão proibidas no estado de São Paulo a importação, a venda e a fabricação de produtos que contenham amianto (*Radis* nº 29). O Boletim da Fapesp de 20/12 (www.agencia.fapesp.br) anunciou que uma fibra cerâmica segura e econômica, produzida a partir da escória líquida do alto-forno da siderurgia, pode ser mais uma alternativa na produção de caixas d'água, pisos e telhas. A novidade foi desenvolvida em São Carlos (SP) por pesquisadores do Centro Multidisciplinar para o Desenvolvimento de Materiais Cerâmicos, uma instituição de pesquisa da Fapesp.

Outra alternativa, também em processo de patenteamento, vem do grupo de Construções Rurais e Ambiente da Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos da USP, em Pirassununga: é um novo tipo de telha de fibra vegetal, retirada da bananeira, do sisal ou do eucalipto.

ANTIINFLAMATÓRIOS EM XEQUE

O jornal *The New York Times* anunciou que o laboratório americano Pfizer decidiu suspender a propaganda do antiinflamatório Celebrex (Celebra, no Brasil). À semelhança do Vioxx, recolhido em todo o mundo no ano passado, um estudo com doentes de câncer indicou que o remédio aumenta os riscos cardíacos. A decisão foi tomada de comum acordo com a FDA, agência que controla alimentos e medicamentos nos Estados Unidos. A Pfizer, que gastou US\$ 71 milhões na propaganda do Celebrex em 2004, não pretende retirar o remédio do mercado americano, que

registrou vendas de US\$ 50 bilhões. Mas a FDA não descartou essa possibilidade. Dias depois, a agência fez alerta sobre os riscos para o coração de outra droga, o naproxen (nomes comerciais de Aleve, Naprosyn, Anaprox, Naprelan).

OS FEITOS DE 2004

A clonagem de embriões humanos pelo pesquisador sul-coreano Woo San Hwang e sua equipe foi considerado o terceiro maior feito científico de 2004 pela revista *Science*. Para a *Science*, este trabalho foi o primeiro a demonstrar que essas técnicas funcionam com células-tronco. Para a revista, o maior feito foi a constatação de que houve água em Marte no passado, a partir de indícios colhidos por robôs da Nasa; o segundo foi a descoberta na Indonésia de fósseis de uma espécie de hominídeos com 90 centímetros de altura.

Seguem-se estudos físicos, astrofísicos, genéticos e sobre a água. O nono maior feito científico de 2004, para a *Science*, foram as 92 parcerias público-privadas criadas para produzir, testar e distribuir nos países pobres medicamentos de combate a doenças como malária, tuberculose e Aids. O destaque negativo foram os cortes de orçamento para a pesquisa na Europa e os limites ideológicos impostos nos EUA.

MERCOSUL CRITICA PATENTES

Assinada pelos ministros da Saúde de cinco países – Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Chile –, declaração distribuída na Cúpula do Mercosul em Ouro Preto (MG), em dezembro de 2004, criticou o monopólio de patentes, política que influencia diretamente o gasto da população em saúde e o custo dos programas oficiais dos países, informou a Agência Ansa. Os ministros pediram ações conjuntas dos países do Mercosul “para garantir a supremacia do bem público sobre os interesses privados, diante do impacto significativo das patentes de remédios sobre o custo dos programas sanitários oficiais”. A advertência deu-se no momento em que os Estados Unidos pressionam os países andinos e centro-americanos à mudança de suas leis de patentes, para que ganhem acesso a tratados de livre comércio. A declaração foi as-

sinada por Ginés González García (Argentina), Humberto Costa (Brasil), Julio Velázquez (Paraguai), Conrado Bonilla (Uruguai) e Pedro García Aspíllaga (Chile).

CALENDÁRIO DA SAÚDE



A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS, www.opas.org.br) divulgou o calendário de eventos para 2005. Algumas datas:

- 24 de março – Dia Mundial da Tuberculose
- 7 de abril – Dia Mundial da Saúde
- 7-14 de abril – Semana da Saúde nas Américas
- 24-30 de abril – Semana de Vacinação das Américas
- 19-28 de maio – Assembléia Mundial da Saúde
- 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco
- 14 de junho – Dia Mundial do Doador de Sangue
- 1-7 de agosto – Semana Mundial do Aleitamento Materno
- 25 de setembro – Dia Mundial do Coração
- 1º de outubro – Dia Internacional dos Idosos
- 10 de outubro – Dia Mundial da Saúde Mental
- 1º de dezembro – Dia Mundial da Aids

BUTÃO, ANTITABAGISTA RADICAL

O pequeno reino do Butão, ao pé do Himalaia, no centro da Ásia, foi o primeiro país do mundo a proibir o comércio de tabaco – a venda agora equivale a tráfico. Fumar em local público também está proibido, só é permitido em casa. O cidadão pode comprar cigarros em países vizinhos (Índia e China), mas pagará 100% de imposto de importação. Apenas 1% da população (1,9 milhão de habitantes) fuma no Butão.

Na Itália, a lei que proibiu o fumo em lugares fechados a partir de janeiro vem provocando revolta entre os donos de bares e restaurantes: a multa é de US\$ 2.900 para quem não informar às autoridades sobre fregueses que estiverem fumando. O ministério italiano da saúde afirma que 26,6% da população adulta italiana fumam.

AGRICULTURA FAMILIAR COM PESO NO PIB

Levantamento da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe-SP) revelou que em 2003 a agricultura familiar respondeu por 10,1% do Produto Interno Bruto, que soma todas as riquezas do Brasil. A pesquisa, encomendada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, constatou que o PIB do setor cresceu R\$ 13,4 bilhões no ano retrasado (9,37% a mais em relação a 2002). Foi a primeira vez que o governo federal mediu o impacto econômico da atividade de agricultores familiares.

As cadeias produtivas com maior crescimento são as de leite, aves e suínos. No total, a agricultura familiar movimentou, em 2003, um terço do PIB do agronegócio (formado pela agricultura e a pecuária familiar e patronal). Para compor o estudo, a Fipe considerou como atividade familiar a realizada em propriedades com até quatro módulos rurais e dois empregados e analisou e atualizou os dados do Censo Agropecuário de 1995/1996, informou o Palácio do Planalto.

MENOS Aedes NO VERÃO

O secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, anunciou que a população do mosquito transmissor da dengue, o *aedes aegypti*, foi reduzida em 2004, em comparação à de 2003. Segundo levantamento do Índice Rápido do *Aedes Aegypti*, 43,4% das áreas avaliadas apresentaram Índice de Infestação Predial (IIP) abaixo de 1%, percentual que indica o menor risco de transmissão da dengue. Em 2003, este percentual chegou a 34,6%.

DESEJO DE COMPRAR É DOENÇA

O desejo excessivo de comprar, o endividamento pelo excesso de compras e o sofrimento psicológico provocado pelo descontrole desse tipo de comportamento podem indicar uma dependência comportamental de consumo. A opinião foi dada pelo psiquiatra do Hospital das Clínicas de São Paulo Hermano Tavares, em entrevista à Radio Nacional divulgada pela Agência Brasil. Essas três características evidenciam o consumo sem controle, ou doença do consumo. Fundador do núcleo que estuda a doença no Hospital das

Clínicas, Tavares disse que o comprar compulsivo atinge todas as classes sociais e todas as faixas etárias.

TRANSPLANTES: MILHARES AINDA ESPERAM

O Brasil fechou 2004 com cerca de 11 mil transplantes realizados — número 27,2% acima do registrado em 2003. Apesar disso, o Sistema Único de Saúde ainda tem mais de 62 mil pessoas na fila aguardando por órgãos. De acordo com o ministro da Saúde, Humberto Costa, a meta do governo é zerar, até 2007, pelo menos a espera por córnea (*Radis* n° 23). “As campanhas de doação têm um papel muito importante na captação de órgãos”, disse. Segundo matéria publicada no *Jornal do Commercio* em 15/12, o estado de São Paulo liderava o ranking de transplantes, com 3.869 procedimentos até outubro de 2004. O segundo lugar, Minas Gerais, vinha bem atrás: 929 transplantes.

DEU A LOUCA NO ESTADO DO RIO

O cidadão do Estado do Rio tem andado às voltas com tentativas seguidas de interferência dos poderes em sua vida profissional ou privada. Primeiro o governo do estado introduziu o ensino de religião no currículo das escolas — contrariando pais, alunos, professores e defensores em geral da separação igreja-Estado. Depois chocou a comunidade científica com a decisão de ensinar o criacionismo que, em resumo, atribui a um criador a origem do universo. Por fim, um deputado estadual, chamado Edino Fonseca, do PSC, apresentou projeto prevendo “tratamento” — com dinheiro público — para homossexuais arrependidos.

O projeto já tinha sido aprovado nas comissões de Constituição e Justiça e de Saúde da Assembléia, e passaria no plenário se não fosse a grita da imprensa, porque a bancada do governo estava disposta a votar a favor para não perder os votos dos evangélicos, informou o *Jornal do Brasil*. Felizmente, no dia 9/12, a Assembléia rejeitou a proposição, por 30 votos a 6. “Escapou por pouco”, respirou aliviado o deputado Carlos Minc (PT). ■

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



toques da redação

tação da 01/03 acabou ficando para este ano.

E como fica o orçamento da saúde? A proposta encaminhada ao Congresso pelo Executivo previa R\$ 39.278.219.462,00; a proposta do relator setorial da saúde na Comissão Mista de Orçamento foi maiorzinha, de R\$ 40.437.164.778,00. O relator-geral do orçamento subiu para R\$ 40.526.621.514,00 — valor afinal aprovado pelo Plenário do Congresso em 29/12/04. Em meados de janeiro, torcia-se para que o presidente Lula não vetasse este “plus” ao sancionar a Lei Orçamentária.

A Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) fez estudo detalhado segundo o qual o montante destinado ao Ministério da Saúde no Orçamento da União precisaria ser complementado em pelo menos R\$ 3,5 bilhões e alguns quebrados. A íntegra do texto está no site do Radis (www.ensp.fiocruz/radis/30-web-01.html).



A TORCIDA DA OLIMPÍADA — Os 36 participantes selecionados na Etapa Regional da 2ª Olimpíada Brasileira da Saúde e do Meio Ambiente (www.olimpiada.fiocruz.br/) já entraram em fase de torcida. O resultado da Etapa Nacional está bem próximo: entre 4 e 8 de abril, quando os primeiros colocados, por categoria e modalidade, estarão automaticamente classificados para concorrerem ao Julgamento Nacional, que destacará o 1º, o 2º e o 3º lugares.

A Olimpíada Brasileira da Saúde e do Meio Ambiente, competição de caráter educativo que dá ênfase a trabalhos criativos e inéditos, é iniciativa da Fiocruz, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais (Ibama), e conta com a participação de uma ampla rede de instituições espalhadas pelo país. ■

RET-SUS COM NOVO SITE — Já está no ar o novo site da RET-SUS (www.retsus.epsjv.fiocruz.br/), a rede criada pelo Ministério da Saúde para integrar as escolas técnicas do SUS e fortalecer a educação profissional em saúde. Engloba 34 escolas estaduais, duas municipais e uma federal, todas voltadas para a formação de trabalhadores de nível médio em saúde. O site foi lançado em dezembro na 2ª Reunião Anual da Rede de Escolas Técnicas do SUS, em Natal.

ORÇAMENTOS MINGUADOS — Ao aprovar no fim da tarde de 29/12/2004 o Orçamento da União para 2005, o Congresso tinha aumentado em R\$ 9,5 bilhões os recursos destinados aos investimentos em infra-estrutura. Quem pôde acompanhar pela TV as sessões da Comissão Mista do Orçamento, no apagar das luzes do ano, ficou chocado não apenas com o clima de improviso no tratamento de matéria tão grave, que estava no parlamento desde 1º de setembro, mas também com as manobras que retiraram recursos substanciais de áreas-chave.

Por exemplo, Ciência e Tecnologia: dos R\$ 200 milhões pedidos para o CNPq, alcançaram-se R\$ 55 milhões, tudo para bolsas, e isso após muitas marchas e contramarchas nas negociações. Nenhum centavo para fomento à pesquisa básica. “É como se não estivéssemos vivendo em pleno século 21”, comentou o editor do *Jornal da Ciência*, José Monserrat Filho. Não surpreende que a ciência de balcão continue à grande... e como condenar?

A área da saúde até ganhou um bilhãozinho a mais no Orçamento de 2005, mas continua bem longe do volume de recursos previsto na Constituição de 88 (30% do orçamento da seguridade social), e distante até do que estabelece a PLP 01/03 que, complementando a Emenda Constitucional n° 29, obriga a União a destinar 10% das receitas correntes brutas a ações e serviços de saúde (*Radis* n° 28). Como se temia, a vo-

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Você ainda vai ter um

Wagner Vasconcelos*

Unidades de saúde sem filas, atendimento rápido, marcação de consultas e exames sem demora, sem estresse, em dias e horários certos. Eficiência na distribuição de medicamentos, gastos sob controle, automedicação reduzida. Histórico médico do paciente na mão do profissional que o atende, acompanhamento criterioso e detalhado, resultados positivos no tratamento.

Parece um sonho, e ainda é na grande maioria das cidades. Para seus defensores, o Cartão Nacional de Saúde, ou Cartão SUS, pode contribuir para a concretização mais rápida desse processo. Pois a filosofia e a prática do cartão, parece, finalmente começam a ser retomadas. A palavra é essa, retomadas. Afinal, lá se vão 15 anos da criação do Sistema Único de Saúde, sem que o prometido cartão tenha chegado às mãos de todos os brasileiros.



FOTOS: ARISTIDES DUTRA

O esboço do projeto começou a ser riscado em 1996, mas erros sem conta em sua condução impediram que os avanços esperados de fato se materializassem.

Como foi entendido pelos idealizadores, o cartão representaria um avanço para o sistema público de saúde. Ele parte da idéia de que, com a identificação de todos os usuários do SUS, seja traçado seu perfil, e também o dos serviços de saúde prestados. Isso aceleraria e melhoraria o atendimento do SUS, que, todos concordamos, deixa muito a desejar.

E como funciona o cartão? Ao procurar uma unidade de saúde, o usuário é identificado quando seu cartão é passado no Terminal de Atendimento em Saúde, ou TAS, pelo atendente da unidade. O sistema informa logo se o usuário é da cidade ou se vem de fora. No ambulatório, novamente o cartão é passado no TAS, para a marcação de consulta especializada ou exames de laboratório. O usuário saberá em poucos minutos dia e hora dos procedimentos. Acabariam, assim, as insuportáveis filas da senha, da ficha, do atendimento.

“O cartão facilita o acesso do cidadão aos serviços de saúde em todos os aspectos”, diz Pedro Benevenuto, diretor do Departamento de Informação e Informática do SUS (Datapus), que

deu entrevista à *Radis* em Brasília. De acordo com ele, isso acontece porque onde o sistema funciona não se faz mais preenchimento manual de fichas. É tudo online, ou seja, digitado e atualizado instantaneamente pelo sistema. Segundo Pedro, “isso facilita e racionaliza o fluxo das pessoas”, que normalmente procuram uma unidade para consulta, dali vão a outra unidade para remédios, a outra para exames. “As *reconsultas* serão evitadas”, garante Pedro. Para o sistema de saúde, há a vantagem da segurança: como as faturas estarão online, não serão mais recebidos documentos preenchidos manualmente e eventualmente fraudados (sistemas online estão também sujeitos a fraude, é lógico, mas espera-se do SUS a devida salvaguarda de segurança — assunto, aliás, para muitas matérias).

Pedro Benevenuto esclarece que o cartão em si não é o mais importante, mas o Número de Identificação Social (NIS), impresso no cartão. Com isso, pode-se sonhar para o futuro com um prontuário único do usuário disponível em qualquer lugar do Brasil em que ele seja atendido. O NIS é gerado pela Caixa Econômica Federal (CEF), que unificou todos os cadastros sociais do governo.

Esse cadastro é originalmente feito pelos municípios, que fazem a demanda dos cartões ao Ministério da Saúde quando superam os 60% de habitantes cadastrados. Cabe também ao gestor municipal distribuir os cartões quando chegam do MS. Pedro estima em 80 milhões o número de cartões já distribuídos até janeiro de 2005.

Parece simples, mas já deu errado. Por exemplo, em Vitória, uma das 44 cidades escolhidas para testar o cartão no projeto-piloto do MS.

EXPECTATIVA FRUSTRADA

Em Vitória, a terceira capital mais antiga do país, hoje com 300 mil habitantes, o projeto-piloto pouco avançou. Segundo Maria Celeste Ribeiro Pupa, coordenadora do Núcleo de Planejamento Setorial da Secretaria Municipal de Saúde, houve demora na elaboração dos cartões. A usuária do SUS Margareth Corrêa Miranda, por exemplo, cadastrou a família toda, mas o cartão não chegou: "A prefeitura distribuiu formulários nas associações de moradores e nas unidades de saúde para que a população fizesse o cadastro", conta. "Fiz o meu há uns três anos, mas nada recebi".

O sistema começou a ser implantado em 2000, quando foram criados três cadastros específicos: o dos usuários do SUS, com a geração de um número único de identificação; o das unidades de saúde; e o dos profissionais que executam procedimentos no sistema.

Foram cadastradas em Vitória 304.686 pessoas: 295.181 usuários (dos sete municípios da Grande Vitória) e 9.505 profissionais. Deste total, o MS devolveu 162.968 cartões — 8.890 deles com erros de informação. Vitória ainda enfrenta outros problemas. "O treinamento da Hypercom, empresa contratada para implantação na Região Sudeste, não capacitou os profissionais no uso das potencialidades do sistema", diz Celeste. "Com a saída do profissional treinado para operar o servidor, não se podia atualizar a versão do sistema ou as tabelas do cadastro". Além de tudo, faltou suporte técnico do MS. Agora, o Datasus desenvolve um projeto de absorção técnico-operacional do que hoje é de domínio da Hypercom, para fazer andar o processo em Vitória.

De qualquer modo, 154.228 capixabas receberam seu cartão. A professora de Educação Física Nelza de Souza Miranda, por exemplo, não tem queixas das duas vezes em que precisou dele. "Fui muito bem-atendida", diz. Nelza, cadastrada desde 2001, só recorreu ao cartão no ano passado. "Em duas ocasiões de emergência". Mas ressalva: "Do mesmo jeito que hoje funciona, amanhã pode degringolar. Sabe como são as coisas no Brasil, né?" Por isso, continua pagando um plano de saúde. "Preciso ter segurança".

UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

O Cartão SUS foi criado em 1996, e em 1999 os trabalhos começaram a ser tocados. Hoje, segundo Pedro Benevenuto, todos os municípios estão aptos a cadastrar os cidadãos. Isso não significa, porém, que todos o estejam fazendo. "O secretário municipal de Saúde e o prefeito têm de chamar a si o cadastramento", diz. "Alguns gestores pegam isso como compromisso social e fazem. Outros, não".

O morador de Vitória sentiu na carne. E também os do entorno do Distrito Federal, exemplo das duas atitudes: enquanto alguns estão em ritmo avançado, como Pirenópolis (GO), que já cadastrou 80% da população, Mimoso de Goiás não passou dos 3,9%. "Não se pode forçar a barra, o secretário pode dizer que não interessa e pronto", resume Pedro. "Mas ele vai passar a se interessar porque, como todos os nossos sistemas vão ser identificados pelo cartão, ele vai ter de aumentar o cadastro para receber a fatura". Se dói no bolso funcionário... Já é assim nos procedimentos de alta complexidade, cujo pagamento só pode ser repassado se o paciente estiver cadastrado. "Teremos

uma certa obrigatoriedade, para que o cadastramento seja retomado", diz Pedro. "Começamos com os procedimentos de alta complexidade, vamos passar agora, neste início de ano, a todas as internações".

Isso não significa, como temem muitos críticos, que o usuário só seja atendido

se apresentar seu cartão, o que ameaçaria o princípio do SUS da universalidade, pelo qual a saúde é direito de todos. "Independentemente do cartão, há municípios que negam atendimento não só à população de outras cidades, mas até à população local, e não vai ser o cartão ou a inexistência dele que mudará isso", argumenta Alcindo Ferla, médico que antecedeu Pedro Benevenuto no Datasus (2003- 2004). "Vai ter de ser o Ministério Público, a delegacia de polícia. O princípio constitucional da universalidade tem mais força moral e prática do que eventualmente um documento que denuncie a identidade".

Para o sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, que até novembro de 2004 era secretário-executivo do MS, o nó do cartão está no "gasto grande com eficácia pequena" — eficácia

comprometida pela própria concepção do cartão, que não é clara. "Falta definir a função, a abrangência, um projeto de informatização", diz. Uma das funções do cartão seria garantir o financiamento adequado dos pólos de referência, como o de Aracaju (ver página 11), no atendimento a usuários do interior, assegurando o cumprimento de princípios do SUS como integralidade e universalidade. "Mas isso está associado a uma grande rede informatizada, que não existe", lamenta. "O que existe é muito fragmentado, lembra até a irrigação do Nordeste".

Pedro confirma: "O projeto de girar o prontuário eletrônico nacional existe, mas é coisa para o futuro". Os sistemas hoje são municipais, e não há uma rede nacional de transmissão de dados entre estados e municípios. O tamanho do país e da população complicam, sem falar nas grandes diferenças de capacidade técnica das regiões. Quando pronta, no entanto, essa rede beneficiará o cidadão. Pedro dá o exemplo de um morador do Rio de Janeiro que visite os parentes em Manaus e adoça por lá. A unidade de saúde manauense terá acesso a um banco de dados com todas as informações do paciente: origem, tratamentos e internações anteriores, medicamentos usados e o que mais ajudar na avaliação. Os municípios podem produzir seus próprios cartões, desde que obedeçam aos padrões do MS para que sejam lidos em qualquer lugar do país.

A meta de 110 milhões de cadastros em 2004 foi atingida, diz Pedro. Para ele, entretanto, atingir a totalidade da população é difícil. "Eu seria muito pretensioso em falar no cadastramento realmente de todos os brasileiros por duas coisas: primeiro, porque há casas em que nunca se entra para fazer cadastro e pessoas que nunca entram em contato com o SUS; a outra é que o cadastramento é feito por gestores municipais, que nem sempre o fazem".

OS TEMORES DOS CRÍTICOS

Alguns críticos argumentam que a exigência do cartão pode ferir o princípio da universalidade. Pedro Benevenuto ressalta que o cartão não é condição para atendimento, "nunca foi e nunca será". Qualquer pessoa pode ser atendida sem o cartão. "E quem nunca se cadastrou será automaticamente cadastrado assim que chegar à unidade que procurar".



FOTO: WAGNER VASCONCELOS



Outra questão que vem retardando a aceitação do cartão é o temor da quebra de sigilo das informações do usuário, que poderiam chegar ao empregador do portador do cartão, a planos e seguradoras de saúde. Pedro garante que os dados não ficam armazenados no cartão. O que o cartão permite — e somente a profissionais credenciados pelo sistema — é o acesso a bancos de dados com informações sobre o paciente. No cartão só está armazenada a identificação da pessoa.

Alcindo Ferla não vê na questão um bicho de sete cabeças. “Não temos um risco maior, porque o acesso às informações do cartão é similar ao da conta bancária”. O cartão do usuário alimenta o sistema de informação, e para recuperar essa informação é preciso o cartão e a senha do profissional, detalha ele. “Outro recurso, que a gente não enxerga, é que qualquer acesso fica documentado, com o nome de quem acessou, seu registro e horário do acesso”, lembra. Por fim, o acesso é hierarquizado. A senha do recepcionista permite ver apenas cadastro, endereço, nome de parentes. “Mas não permite ver a informação clínica”, garante. “Já com o prontuário de papel, o recepcionista, ao pegar o endereço, pega a informação clínica toda”. Além disso, na área da saúde, ao contrário da rede bancária, temos outros mecanismos de segurança, lembra ele. As profissões da área da saúde têm como atributo ético preservar o sigi-



lo das informações. “O caixa do banco apenas perde o emprego. O médico, na quebra do sigilo, perde o registro profissional”.

O deputado federal Rafael Guerra (PSDB-MG), que preside a Frente Parlamentar de Saúde, diz que as pessoas preocupadas com o cartão são de certa forma as que lucram com o caos atual na saúde. Para ele, o cartão criará normas de compensação tanto entre municípios como entre municípios e estados, e até mesmo entre o sistema público e a iniciativa privada. Assim, se o SUS atende a um usuário com plano de saúde, pode cobrar do plano os procedimentos. “As operadoras de saúde é que devem temer o sucesso do Cartão SUS”, afirma.

“Isso tudo é preocupação para o futuro, quando o cartão for uma realidade”, diz Gastão Wagner. “O Banco do Brasil informatizou toda a sua rede, cada cliente tem seu cartão, e nem por isso um entra na conta do outro, entra?” Pensa assim também Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Saúde de Fortaleza e presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Conasems: “Temos primeiro que dar escala ao cartão no Brasil”.

A analista de sistemas Cláudia Riso Lima, responsável pela gerência de disseminação de informações do Datasus, propõe que se superem os preconceitos. “Não dá mais para dizer que o cartão é feio porque começou mal, porque alguém levou dinheiro, porque houve desperdício”,

diz. “Não podemos, por medo da quebra de privacidade, deixar de apoiar melhorias no atendimento do SUS: temos é que gerar esquemas de segurança que tornem o uso do cartão seguro”. Para Cláudia, a nova gestão do cartão fez bem em interromper tudo para tomar as rédeas da situação, priorizando o cadastramento e a abertura da caixa-preta.

Para ela, uma visão mais madura, sem maniqueísmos, ajudaria: a hora é boa para um debate que defina os conteúdos do futuro prontuário eletrônico nacional e suas estratégias de segurança. A própria Cláudia sofre com as indefinições. Pressionada por pesquisadores de todo o país para que libere, por exemplo, informações sobre internações do SUS com a identificação do paciente, para cruzamento de dados essenciais a estudos acadêmicos de saúde pública — e ela sente isso na pele, pois é mestranda da Fiocruz —, hesita: nome de paciente é informação confidencial. “E se vazar?”, pergunta. No formato atual, só têm acesso a nomes, além do Datasus, a Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). Com o cartão, os pesquisadores poderão cruzar dados com o NIS do usuário. “Do jeito que é hoje, como saber quem vazou, quem assume o risco? Já estamos discutindo isso no Ministério da Saúde, e precisamos ampliar o debate.”

* Colaboraram Kátia Machado e Marinilda Carvalho

O tropeço tecnológico

Gastão Wagner conta que passou seus dois anos no ministério cobrando definições — da gestão anterior e da atual do cartão SUS. O projeto-piloto com 44 cidades custou uma fortuna, e não superou barreiras primárias, como a da informatização. “Já tínhamos o modelo da rede bancária, que é eficaz e nem é tão caro”, diz Gastão. O que deu então errado?

Na realidade, vários desacertos marcaram os primeiros movimentos para a criação do cartão. Pedro Benevenuto conta que, no fim dos anos 90, o MS abriu licitação para a construção do sistema.

Para isso, dividiu o país em três regiões, Sudeste/Sul, Centro-Oeste/Norte e Nordeste, em três lotes de

licitação. Duas empresas ganharam, ficando uma delas com dois lotes. “Foi uma encomenda malfeita”, diz Pedro. O erro principal: o Datasus não participou do processo. “Compramos os sistemas de duas multinacionais, teoricamente integrados, que formariam a rede de cartões para o Brasil inteiro”.

Mas cada empresa fez seu próprio sistema, e um não falava com o outro, as regiões não se comunicavam. Pior: os sistemas só rodam nas máquinas das próprias empresas. “Então, para rodar o sistema no Nordeste fomos obrigados a comprar máquinas da empresa que fez o sistema para o Nordeste”. Além do prejuízo técnico, os desacertos custaram uma montanha de dinheiro ao governo. Um TAS sozinho, segundo Pedro, cus-

ta US\$ 500. “Inviável”, diz Gastão Wagner. Uma unidade básica de saúde precisa, em média, de 20 TAS. Ao todo, o Brasil já enterrou R\$ 180 milhões no sistema. “Tem mais: o MS e o Datasus não tinham domínio do sistema, nem como instalar nem como rodava”, aponta Pedro.

Agora, o MS está em processo de absorção da tecnologia dessas empresas. “Estamos fazendo um esforço enorme para trazer essa tecnologia — um software que é de propriedade do Ministério da Saúde por contrato — para o Datasus”. Gastão Wagner resume: “Não havia mesmo como fazer um contrato claro, porque o governo não sabia o que queria. Por isso é necessário antes de tudo definir o que se quer.”

O exemplo que vem de Aracaju



FOTO: WAGNER VASCONCELOS

atribuída a técnicos. “Mas isso já está sendo resolvido pela secretaria”, diz Emerson: um caderno com os códigos dos procedimentos está sendo preparado, e uma leitora de código de barras processará os números.

COM HORA MARCADA

O sistema funciona da seguinte forma: se o paciente precisa de um especialista ou de exames, o profissional de saúde digita essa requisição no TAS, que leva as informações ao setor de regulação. Esse setor, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, lá na Rua Sergipe, no bairro de Siqueira Campos, é composto por seis terminais de computadores, operados pelos chamados médicos-reguladores.

Os reguladores filtram as requisições que lhes chegam dos 920 TAS das unidades da capital. Avaliam tanto a real necessidade dos procedimentos quanto a urgência do caso, para definir prioridades. Verificam as filas de pacientes, os procedimentos e os dias de vagas disponíveis. Feito esse cruzamento de dados, as informações retornam ao médico, lá na unidade, e são repassadas ao paciente, que vai para casa sabendo o dia e, acredite, até a hora em que será atendido.

“Antes, tudo era feito manualmente, o que tornava o processo muito demorado”, diz o médico-regulador Sérgio Carvalho. “Agora, podemos realizá-lo em até três minutos”. A estudante Ana Paula Oliveira Santos, 17 anos, que numa sexta-feira à tarde levou a irmã Nair (que cortou a mão ao brincar com uma faca de cozinha), de 13 anos, à Unidade Onésimo Pinto, conta que o cartão facilitou sua vida. “Agora é tudo muito mais rápido e a gente não perde tempo”, diz.

A dona-de-casa Rosevânia Dias, grávida de sete meses do primeiro filho, está feliz com o atendimento “descomplicado”. “Antes, todo mundo esperava muito, agora, não”, afirma. O médico que a atendia, Francisco Guedes Barreto, é entusiasta do cartão: trabalha com eles há dois anos. “É natural que coisas novas tragam reações, mas se o médico resistir ao cartão acaba transferindo essa rejeição ao usuário”. Na recepção, a marcadora de regulação Miriam Fonseca Santos, que atende entre 100 e 200 usuários por dia, diz, satisfeita: “Acabou-se a história de trabalhar com fichas para marcar consultas”. (W.V.)

A dona-de-casa Rosevânia e o médico Francisco: atendimento “descomplicado”

Para conferir o funcionamento do sistema, a Radis desembarcou numa das primeiras cidades planejadas do Brasil, Aracaju, que comemorou em 2004 seu 150º aniversário de fundação. Com 460 mil habitantes, integra desde 2000 o projeto-piloto do Cartão SUS. Os resultados lá são considerados os mais avançados: acabaram, por exemplo, as dificuldades de marcação de consultas. Não que o cartão tenha multiplicado vagas e horários nas unidades, mas organizou o processo. E quem antes procurava sempre o grande hospital sabe hoje que deve buscar assistência no posto perto de casa. Com exceção, claro, dos casos graves.

A capital de Sergipe chegou à condição de município-piloto por ter conseguido logo cadastrar mais de 60% da população. Depois, um batalhão de 220 pessoas saiu em campo e, hoje, 95% dos aracajuanos estão no sistema.

O primeiro posto a receber o TAS foi a Unidade Básica de Saúde da Família Onésimo Pinto, no Jardim Centenário, zona norte da cidade. Virou uma espécie de cobaia do funcionamento do sistema. Atualmente, há 920 TAS em Aracaju, 780 nas unidades públicas (42 básicas, três especializadas e quatro de pronto-atendimento) e o restante nas instituições prestadoras de serviço do SUS.

AS PRIMEIRAS REAÇÕES

Sândala Teles de Oliveira, técnica do Cartão SUS da Secretaria Municipal de Saúde, lembra da reação das pessoas às primeiras notícias sobre o cartão. Uma senhora, por exemplo, ficou feliz da vida: “Finalmente, depois de tantos anos, consegui um

cartão desses”. Ela pensava tratar-se de um plano de saúde particular.

A adesão ao cartão não foi imediata: as pessoas não viam nele benefícios diretos. “No começo, o cartão era bom apenas para o gestor”, conta Sândala. “Para o usuário, não havia agilização do atendimento”. Muitas campanhas de esclarecimento depois, a realidade é outra: quem não têm o cartão trata de se cadastrar para recebê-lo.

Em dezembro, 430 mil pessoas em Aracaju já tinha o cartão. Desse total, 250 mil contam com os cartões definitivos, com tarja magnética. Os demais usam cartões provisórios, que obriga o profissional de saúde a digitar os dados do paciente. Desde janeiro, porém, a secretaria vem substituindo os cartões: mesmo provisórios, os novos têm tarja magnética, e não é preciso digitar mais nada.

Muitos médicos, segundo Sândala, também reagiram à idéia. Alguns alegavam não ser função deles marcar procedimentos. Outros reclamavam do esforço de digitar e do risco da LER (lesão por esforço repetitivo). “Mas hoje isso está acabando”, diz Sândala, que percebe maior adesão ao sistema. Por telefone, o presidente do Sindicato dos Médicos de Sergipe, Emerson Ferreira Costa, confirma as queixas. Mas ressalva que a categoria não critica a filosofia do programa, e sim a operacionalização do TAS: o processador do sistema é muito lento, o que atrasa a consulta em 15 minutos. O mobiliário das unidades, que não têm cadeiras e mesas adequadas, também. Em dezembro, de 40 a 60 médicos suspenderam o uso do equipamento, mas atendiam normalmente a população. O sindicato sugere que a digitação seja

2º SIMBRAVISA

Dilemas e desafios da vigilância sanitária



No simpósio, a presença constante de Cora Coralina: no painel, seus versos traduzidos em várias línguas

Jesuan Xavier e Wagner Vasconcelos

Em 1987, o Brasil foi sacudido pela notícia de um acidente radiativo que fez centenas de vítimas em Goiânia, capital de Goiás. O caso do Césio 137 ganhou todas as manchetes, alarmou a população e ressaltou a importância de uma área específica do campo da saúde: a vigilância sanitária. Dezesete anos depois, integrantes dessa área de todo o Brasil voltaram ao estado em que as conseqüências da “luz azul” (como o césio ficou conhecido) ainda se fazem presentes. O objetivo, desta vez, não era analisar o material que alterou a vida dos goianos, mas participar, de 21 a 24 de

novembro, do 1º Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária e do 2º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – o Simbravisa. Reunidos na cidade turística de Caldas Novas, a 160 quilômetros de Goiânia, famosa por suas águas termais, 1.600 profissionais compareceram, o dobro do primeiro evento, em 2002.

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Simbravisa atraiu gente de todos os estados e de cinco países, para quatro conferências, nove mesas-redondas, 27 comunicações coordenadas, 24 painéis e 969 trabalhos, dos quais 844 apresenta-

dos em forma de pôster e 125, oralmente. Para a presidente do simpósio, Vera Lúcia Edais Pepe, esses números “demarcam a vigilância sanitária como um importante espaço da saúde coletiva no Brasil”.

E por falar em números, uma das mesas (“Produção e reprodução de conhecimentos em vigilância sanitária”) divulgou dados do Censo Nacional dos Trabalhadores em Vigilância Sanitária, realizado entre 2000 e 2004: são 32.135 os profissionais da área. Dos que têm formação superior, 18% são médicos-veterinários, 12%, farmacêuticos e 9%, enfermeiros. O número de trabalhadores com algum



tipo de pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado) saltou de 22,6% em 2000 para 37% em 2004.

No discurso de abertura, Vera lembrou que o tema do evento, "Vigilância sanitária: consciência e vida", inspirado no pensador francês Edgar Morin, remete à ambivalência dos efeitos da ciência, que "não são simples nem para o melhor nem para o pior". O desenvolvimento da ciência e da técnica, para Morin, não provoca apenas processos emancipatórios, mas também novos processos de manipulação do homem pelo homem, o que levanta a questão do necessário controle político e ético sobre as atividades científicas, "nos remete à responsabilidade do investigar perante a sociedade quando se trata de ciência e de seus efeitos", disse ela.

As 11 salas do complexo de convenções em que se realizou o Simbravisa ficaram lotadas na maioria dos debates, desde a cerimônia de abertura: as 1.400 cadeiras do auditório principal foram totalmente ocupadas pelos participantes.

O grande foco do Simbravisa, segundo Vera Pepe, era "aprofundar a discussão de alguns aspectos que relacionam a ciência e o desenvolvimento científico-tecnológico, com suas implicações no pensar, no agir e na forma de organização da vigilância sanitária e suas interfaces com a sociedade". No encerramento de seu discurso, Vera disse que a vigilância sanitária deve ser o fiel da balança

na complexa relação entre produção e consumo. E que essa é uma área séria demais para ser deixada apenas nas mãos do Estado regulador. "Ela também é um problema dos cidadãos e precisa ir ao encontro deles".

DESAFIOS

Para o vice-presidente da Abrasco, Júlio Miller Neto, que participou da mesa de abertura, a vigilância sanitária é uma área amadurecida e consolidada, cujo principal desafio é atuar no controle de riscos. Ele aproveitou para dividir com os participantes seu contentamento pelos 25 anos da Abrasco, completados em 19 de novembro, falando da criação da associação e do envolvimento dela nos principais momentos da história da saúde pública brasileira.

O próprio surgimento da Abrasco, de acordo com Júlio, reflete um momento importante, em meio à luta pela abertura política brasileira. Além disso, participou ativamente do movimento da reforma sanitária e da convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual se discutiu a saúde como direito universal. "A Abrasco se sente vitoriosa quando avalia seu papel e na ajuda que dá à delimitação do campo da saúde coletiva, que baliza as transformações da saúde brasileira", afirmou.

Os primeiros e entusiasmados aplausos da noite de abertura do evento foram direcionados ao secretário estadual de Saúde de Goiás, Fernando Passos Cupertino de Barros. Depois de dizer que o SUS é um modelo ímpar de inclusão social e que uma de suas utopias mais belas é ser um sistema público gratuito que atende a todos por meio de ações de saúde integrais, ele cobrou do parlamento maiores verbas para a área. De acordo com o secretário, o SUS é subfinanciado, e Fernando reforçou o coro dos que pedem um acréscimo de R\$ 3,5 bilhões ao orçamento de 2005, de R\$ 39,2 bilhões.

O secretário citou dados do Banco Mundial segundo os quais o Brasil aparece na 33ª posição entre os 35 países do continente americano quando o assunto é percentual de gastos totais do governo em saúde – ranking obviamente liderado pelos Estados Unidos. Ficamos à frente apenas do Paraguai e da Republicana Dominicana. O secretário afirmou que, no Brasil, o sistema é financiado em sua maior parte por estados e municípios, e não pela União. "Não se faz saúde sem recursos. Precisamos compartilhar responsabilidade", disse ele, muito aplaudido.

O diretor-presidente da Anvisa, Cláudio Maierovich, representando o ministro da Saúde, Humberto Costa, disse



Cerca de 1.600 sanitaristas passaram pelas 11 salas do Centro de Convenções nos quatro dias do evento



Sala lotada e atenção nos debates sobre "Ética, saúde e vigilância sanitária"

que os recursos para a saúde devem ser objeto de reflexão constante de todos e que o modelo brasileiro ainda é baseado no desperdício. "Não podemos perder isso de vista", disse. E ressaltou que o simpósio não era campo apropriado para pedir recursos, ignorando uma tradição dos encontros da Saúde.

HOMENAGENS E EMOÇÃO

A poeta Cora Coralina e a lembrança do acidente com o Césio 137 foram responsáveis pelos momentos de maior emoção na abertura. Tido como o segundo maior acidente radiativo do mundo (o primeiro foi o da usina de Chernobyl, na ex-União Soviética, em 1986), o caso do Césio deixou um rastro de 800 vítimas, muitas das quais sofrem seus efeitos até hoje. Por isso, um minuto de silêncio foi prestado em sua homenagem, enquanto dois telões mostravam imagens da menina Leide das Neves, uma das primeiras vítimas, que se tornou símbolo do acidente.

Depois, a superintendente da Vigilância Sanitária e Ambiental de Goiás, Maria Cecília Martins Brito, entregou uma placa à presidente da Associação das Vítimas do Césio 137, Isaura Rita Silva Batista.

Nas homenagens a Cora Coralina, morta há 19 anos, o grupo de teatro Verso e Prosa interpretou o poema *Vida de Cora Coralina*. A filha de Cora, Vicência Brêtas Tahan, foi chamada ao palco e, bem-humorada, pediu licença para ler um dos poemas da mãe que julgava ter relação com o tema do evento: *O velho do mercado*. O texto fala da rotina do mercado público da Cidade de Goiás, conhecida como Goiás Velho, terra natal da poeta. "Quem come do mercado tem

vida de cem anos", diz um verso. Vicência depois improvisou e disse: "Ainda bem que a vigilância sanitária não passou por lá". A platéia a aplaudiu de pé por minutos.

DESIGUALDADE E VIGILÂNCIA

Na Sala 2, no painel "Ciência e Vigilância Sanitária", na segunda-feira, dia 22, debateram o secretário municipal de Saúde de São Paulo, Gonzalo Vecina Neto, que já foi presidente da Anvisa, e o professor Jairnilson Paim do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Gonzalo traçou um paralelo entre desigualdade social e vigilância sanitária. Para ele, não adianta ter medicamentos eficazes e seguros, se grande parte da população não tem acesso a eles. "Querendo ou não, vigilância sanitária tem íntima relação com condição econômica".

O secretário propôs algumas ações para redução dessa exclusão, entre elas a colaboração internacional, a troca de informações entre países. "Pensar na cooperação internacional não só em termos de blocos econômicos, mas também em ciência e tecnologia". Para ele, a Anvisa tem que ter papel mais pró-ativo na articulação com outros setores da sociedade e do governo. "Como o Ministério da Cultura, a Fazenda etc".

Jairnilson defendeu o fortalecimento da idéia de criação de uma rede de centros colaboradores para expansão das bases de produção, reprodução, difusão e utilização de conhecimento científico para a vigilância sanitária. "Dessa forma, produziríamos

e disseminaríamos conhecimentos originais quando os existentes não permitirem a tomada de decisões".

EXAMES EM EXCESSO

Na sala 2, Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, diretor do Departamento de Programas da Secretaria de Gestão Participativa do MS, e Celina Maria Turchi Martelli, do Instituto de Patologia Tropical da Universidade Federal de Goiás, participaram da mesa-redonda "Sociedade e saúde". Nelsão falou sobre a importância da atuação da vigilância sanitária na proteção à saúde, cuja dimensão nem todos os gestores alcançam. O Brasil é campeão mundial de acidentes de trabalho, lembrou, e "temos excesso de compras de medicamentos". Da mesma forma, o país exagera na quantidade de exames clínicos requisitados, muitos deles invasivos. Citou como exemplo o levantamento realizado num hospital de São Paulo: metade dos exames requisitados era desnecessária. "Esse congestionamento de exames, requisições e internações gera desperdício". Para Nelsão, o SUS vem amadurecendo a cada ano, mas sua melhoria exige que seja retomada a mobilização que o tornou realidade.

Nelsão destacou a importância da atenção básica em saúde, que resolve 80% dos casos nos países desenvolvidos — lá, a quantidade de médicos especialistas é menor do que a de generalistas, que são até mais bem remunerados. A atenção básica no Brasil, segundo Nelsão, precisa ter recursos dobrados. Esse impacto seria capaz de fazer a atenção básica dar grande salto e duplicar seu alcance em cinco anos.

No painel "Vigilância sanitária e desenvolvimento sustentável", na superlotada Sala 10, o diretor da Escola Nacional de Saúde



Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Antônio Ivo de Carvalho, lembrou que a vigilância sanitária, que vem se sofisticando, é fruto do SUS e um resgate do Estado no enfrentamento dos riscos à saúde. "Está até ganhando inimigos", brincou ele. "Saúde não é só aquilo que está relacionado à cura de doenças. Deve ser compreendida também como recurso para a vida". O que se liga, por sua vez, à idéia de desenvolvimento sustentável como reação ao modelo de desenvolvimento que acabou reduzido a crescimento econômico, e que prosperou sem limites ao uso

de recursos, numa relação parasitária com a natureza.

Para Antônio Ivo, é preciso que do campo da saúde partam estratégias de atualização do contrato social internacional que gerem políticas não só de saúde, mas também de indústria, de comércio internacional, de meio ambiente, de desenvolvimento econômico capazes de produzir a virtude sanitária, para que não contínuem objetivo da vigilância, da fiscalização.

Marcelo Firpo Porto, também da Ensp/Fiocruz, abordou a vertente “da vigilância do risco à promoção da saúde e da justiça ambiental”. Ele lembrou que, ao mesmo tempo em que inovações tecnológicas geram riquezas importantes, novos riscos ocupacionais e ambientais podem estar sendo criados. A questão que se impõe no momento, segundo ele, é: “Desenvolvimento para que, para quem, a qual preço, pago por quem?” Os riscos ambientais são problemas complexos que envolvem aspectos multidimensionais, afirmou Marcelo, e não podem ser analisados a partir de um paradigma isolado. O papel da população na prevenção de riscos é fundamental. “Os modelos de desenvolvimento e a forma como as sociedades percebem e regulam os riscos gerados por esses modelos é que vão propiciar processos mais sustentáveis”.

Geraldo Lucchesi, assessor parlamentar da Câmara dos Deputados, defendeu um pensamento mais global e complexo por parte da vigilância sanitária. “Não dá para fechar os olhos e agir apenas tecnicamente nesse momento em que os desafios são muito maiores”, disse ele. A vigilância sanitária deve despertar para as questões ambientais. “Os municípios, carentes na área da saúde, estão ainda mais carentes no que se refere ao meio ambiente”. Falta de capacitação de gestores e de interlocução com os estados e com a União foram alguns dos problemas apontados por ele, acrescentando que apenas 22% dos municípios têm conselhos municipais de meio ambiente.

HOSPITAIS-SENTINELA

No terceiro dia do evento, a mesa “Vigilância sanitária e alternativas tecnológicas” reuniu na Sala 3 dois nomes da Fiocruz, a pesquisadora Lia Giraldo da Silva Augusto e o coordenador do Projeto Inovação, José da Rocha Carvalheiro. Lia disse que faltam estudos sobre consequências e impactos das novas tecnologias na sociedade. “As inovações tecnológicas não podem ficar a

critério de cientistas, tecnocratas, políticos e empresários”. Para ela, a sociedade tem o direito de fiscalizar as mudanças da área científica. “Medidas de controle são necessárias, as tecnologias precisam ser monitoradas pelos órgãos reguladores e pelo controle social”, afirmou.

No painel “Estabelecimentos de Saúde: a importância da vigilância sanitária de eventos adversos à saúde”, na Sala 2, o diretor-presidente da Anvisa, Cláudio Maierovitch, destacou a experiência dos hospitais-sentinelas, rede de alta complexidade formada basicamente por hospitais universitários (80%). Seu trabalho é focado na hemovigilância, na farmacovigilância, na tecnovigilância e na vigilância de saneantes de uso hospitalar. Segundo ele, é a experiência mais rica da Anvisa. “A rede olha pela detecção das enfermidades”. A professora Ediná Alves Costa, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, criticou o ambiente nos serviços de saúde do país, “marcado por silêncios consentidos a respeito de acidentes e erros”.

Na Sala 2, a mesa-redonda “Ética, saúde e vigilância sanitária” reuniu Guilherme Franco Neto, da Secretaria de Vigilância Sanitária de Minas, Fermin Roland Schramm, da Ensp/Fiocruz, e Fernando Lèfreve, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Guilherme Franco defendeu relações mais claras da saúde com outros setores, na busca do desenvolvimento humano. A área de saúde nunca se preocupou, por exemplo, com as concessões de licenças ambientais, que trazem consequências à saúde e à qualidade de vida da população. Já

Fernando Lèfreve, que se intitulou “um pedagogo em conflito com a profissão”, enfatizou “o resgate do outro no campo sanitário”. Para ele, é preciso acabar com a espécie de imposição das pessoas da área da saúde sobre as que não o são. E deu um exemplo: ao ser perguntado o que estava sentindo, um homem respondeu que só o médico dele sabia. “O outro deve deixar de ser sombra e passar a ter autonomia: nós, do campo sanitário, ainda temos dificuldade

em entender o outro como ser autônomo e respeitá-lo como um igual”.

O último dia do evento não desfez o ânimo dos participantes do Simbravisa, que quase lotaram o auditório principal para a última conferência central: “Regulação e desenvolvimento: desafio do equilíbrio entre interesses sanitários e econômicos”, do representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Luis Augusto Cassanha Galvão, que também falou sobre desenvolvimento sustentável e segurança humana. O que esse desenvolvimento pode fazer para não comprometer o ambiente para as futuras gerações?, perguntou.

Cassanha enumerou as três “pernas” do desenvolvimento sustentável: econômica, ambiental e social (que inclui saúde e educação, entre outras áreas). Para ele, os fundamentos da primeira “perna” estão bem desenvolvidos. A segunda cresceu nos países ricos, mas a terceira, apontou, tem na saúde “o osso mais duro de roer”. Ele ressaltou a necessidade de se fazer do setor saúde um aliado no desenvolvimento ambiental.



Radis adverte


Transtorno mental é problema de saúde pública: estudo feito na Itália mostra que os distúrbios mentais estão associados a 870 mil suicídios anuais (3 mortes a cada 2 minutos).



No caso do outro conceito, o da segurança humana, não basta apenas o controle de conflitos, guerras e segurança pública: é mais abrangente, está ligado ao desenvolvimento amplo do indivíduo, que satisfaça suas necessidades básicas, livrando-o de medos, violência e fome. A saúde, lembrou, colabora para o desenvolvimento sustentável e para a segurança quando consegue trazer suas ações em aumento da ex-

pectativa de vida. Para isso, há várias estratégias: mobilização social, políticas públicas e advocacia, ou a defesa das questões da saúde como direito fundamental do cidadão. Ele alertou que avanços só acontecem se houver compartilhamento da sociedade.

Entre os problemas de saúde comuns aos países das Américas, Luis Cassanha apontou o tabaco, as bebidas e determinados alimentos. Como

possíveis soluções sugeriu limites no acesso, elevação de preços e contenção da publicidade. Há que se tomar cuidado também, alertou, com o chamado comércio eletrônico, para o qual não há regulamentação. "Sai de tudo na internet, sem controle algum". Portanto, é preciso reforçar a educação do consumidor, e aí devem entrar de forma intensa a escola, os meios de comunicação e os programas governamentais. 

Dois momentos femininos



Laura Tavares Soares

Dois mulheres conquistaram o público de maneira especial no Simbravisa: a enfermeira-sanitarista Laura Tavares Soares (filha da economista Maria da Conceição Tavares), professora da UFRJ e doutora em Economia do Setor Público, e a socióloga e antropóloga Maria Cecília Minayo, da Ensp/Fiocruz.

Laura levou a platéia ao delírio em diversos trechos de sua fala. Foi avisando logo que o objetivo da conferência era chamar atenção para a continuidade de idéias e propostas que, travestidas de "modernas", têm provocado mais retrocesso do que avanço na América Latina. Sobre a "renovação da globalização excludente", ela afirmou que "o conservadorismo no social se expressa na aceitação da existência do fenômeno da pobreza como inevitável".

Criticou a idéia de que a intervenção do Estado na economia é "pouco recomendável" e a naturalidade como é vista a mercantilização dos serviços sociais. "As pessoas devem pagar pelos serviços para que estes sejam valorizados, e quem não puder pagar deve *comprovar* sua pobreza", exemplificou. Sobre o que

se costuma chamar de "apelo à participação da comunidade", disse que os exemplos bem-sucedidos são "pequenas histórias contadas em meio a um mar de dramas sociais", e que o alívio que esses programas podem trazer nem sequer compensam perdas e danos dos mais pobres, "e nem chegam perto de suas verdadeiras causas".

A professora apontou depois sua metralhadora verbal ao FMI, para quem as condições sociais na América Latina são o "preço necessário" do crescimento. "O que a modernidade nos trouxe foi a superposição perversa de antigas situações de desigualdade e miséria com uma nova pobreza", resumiu. Para ela, as reformas constitucionais no Brasil reduziram ou eliminaram direitos conquistados ao longo de décadas e consagrados na Constituição de 1988. "O não-cumprimento dos preceitos da seguridade social é um dos mais graves retrocessos sofridos no campo da política social no Brasil".

Para ela, "temos a obrigação de pensar alguma perspectiva de futuro que comece a ser construída no presente. Como diria Cora Coralina, 'realizar a profilaxia futura dos erros do presente'".


Na conferência mais concorrida do evento, a socióloga e antropóloga Maria Cecília Minayo, da Ensp/Fiocruz, foi também muito aplaudida ao falar sobre a complexidade do conhecimento. "Não deveríamos ver o mundo como uma realidade objetiva, controlável e unívoca", numa visão em que identifica ilusões do conhecimento racionalista. "O que vemos hoje é uma supervalorização da razão e o menosprezo das emoções e intuições", criticou.

"Aí do país que não investir em ciência e tecnologia: está fadado a ser dependente no caminho da globalização", comentou, sobre a influência das mudanças ocorridas na



Maria Cecília Minayo

sociedade principalmente no século 20. Maria Cecília pediu aos governantes que passem a ter o hábito de ouvir os trabalhadores antes de tomar decisões. "A nova visão do mundo abomina o autoritarismo, a ordem pela ordem e a centralização das coisas e das decisões". Para uma vigilância sanitária consistente, por exemplo, há a necessidade de se consultar a todos que trabalham na área, ponderou. "Não se pode simplesmente impor de cima para baixo, como às vezes vemos lá em Brasília". Foi ovacionada.

A conferencista citou alguns desafios da "gestão científica complexa" do setor saúde. Para ela, é necessário assumir as mudanças como matéria-prima de reordenamentos e auto-organização. "Temos que cuidar simultaneamente das potencialidades e dos obstáculos, das homogeneidades e das singularidades". E lembrou que, para construirmos uma vigilância sanitária que realmente satisfaça a sociedade, é preciso cuidar do bem-estar dos envolvidos. "Cuidar dos investigadores e gestores para que tenham satisfação no trabalho, qualidade, eficácia, compromisso e visão de aprendizagem permanente na sua atuação". 

EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA

Eles sacudiram a poeira



FOTOS: ARISTIDES DUTRA

Em 2004 o programa formou 123 servidores. Como o clímax do processo é a formatura, a Radis foi conferir a solenidade do dia 17 de dezembro, quando se diplomaram 31 trabalhadores. A Turma Paulo Buss concluiu o ensino médio, iniciado em março de 2003. Nela, o aluno mais novo tinha 28 anos e o mais velho, 72. A coordenadora do programa, Inês Siqueira, resumiu: "Está sendo uma experiência maravilhosa trabalhar com pessoas que, por diversos motivos, tiveram de deixar de estudar".




A emoção era grande para oradores, parentes, professores. Maria de Fátima Fernandes, a oradora oficial da turma, com a voz embargada agradeceu o apoio da família e da comissão organizadora do curso. Délcio Freitas da Silva, um dos apresentadores da cerimônia, contou, orgulhoso: "Muitas vezes tivemos de ouvir:

'Mas vocês vão voltar a estudar depois de velhos?' A resposta estava na ponta da língua. 'Vamos sim!'"

"Vemos no rosto de cada um a recuperação da auto-estima, e isso não tem preço, tanto para a instituição como para a vida pessoal do trabalhador", disse Inês. No início do programa,

muitos servidores a procuravam com vergonha. "Na entrevista preliminar, diziam, sem graça: mas eu não sei nem escrever..."

Presente à solenidade, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, elogiou os servidores-estudantes. "É realmente muita coragem, levantar, sacudir a poeira e retomar os estudos depois de tanto tempo".

O programa já abriu novas inscrições para 2005, tanto do ensino médio como do fundamental. "A intenção é que até 2008 todos os servidores da Fiocruz tenham formação pelo menos básica", afirmou Buss. 

Orgulho na festa de formatura: alunos de 28 a 72 anos concluíram o Ensino Médio

Jesuan Xavier

Olhe em volta: seu colega de trabalho sentado aí ao lado tem mestrado? E o outro, tem doutorado? Isso é muito bom para a saúde pública! Olhe mais além: o colega lá adiante já completou o Ensino Médio? Ou nem tem o Fundamental?



Diploma na mão, capelo ao alto

A partir das preocupações da reforma sanitária, que pedem uma visão integral do homem, a Fiocruz começou a se fazer essas perguntas. Afinal, capacitação profissional em saúde não se resume à qualificação de ponta. Aprimorar os conhecimentos do trabalhador da saúde e valorizar sua educação formal também é democratizar o acesso à informação em saúde, uma das prioridades da reforma.

Por isso, foi criado há quatro anos um projeto de formação no Ensino Fundamental e Médio de servidores e prestadores de serviço, dando-lhes oportunidade de concluir os estudos na própria instituição.

Trata-se do Programa de Educação de Jovens e Adultos, em parceria com a Secretaria Estadual de Educação, que já tinha experiência na área. As aulas teóricas, no horário de expediente, são ministradas no prédio da Expansão do Campus da Fiocruz, mas há muitas atividades externas. No currículo, Matemática, Português, Física, Química, História, Filosofia, Artes, noções de Arquitetura.



SERVIÇO

EVENTOS

6º CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA

O evento comemora os 20 anos da Rede Unida com professores, profissionais, alunos e comunidade para troca de experiências no modelo de ensino e atenção à saúde. Inscrição de trabalhos: até 21/2 (icarorede@superig.com.br). *Data* 2 a 5 de julho de 2005 *Local* Campus Pampulha da Universidade Federal de Minas Gerais Av. Antônio Carlos, 6.627, Pampulha CEP 31270-901 – Belo Horizonte – MG

Mais informações
Tel. (31) 3222-7266
Site www.ufmg.br/redeunida

**41º CONGRESSO DA SOCIEDADE DE MEDICINA TROPICAL**

O evento, organizado pela Sociedade de Medicina Tropical, reunirá professores, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos com conhecimento, diagnóstico, tratamento, prevenção e controle dos agravos mais prevalentes na região dos trópicos. Entre os temas em debate, destacam-se: doenças virais, micoses sistêmicas, zoonoses, parasitoses, controle vetorial, imunologia e vacinas e medicina tropical. *Data* 6 a 10 de março de 2005 *Local* Florianópolis (SC)

Mais informações
Tel. (48) 246-4388
Site www.medtropfloripa2005.com.br

WORKSHOP DE ÉTICA E HUMANIZAÇÃO NA USP

Iniciativa da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo, o evento discutirá fundamentos e conceitos de "ética" e "humanização" nos serviços de saúde, relacionando-os aos princípios e às diretrizes organizativas para o SUS e a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS). A idéia é permitir que

os participantes conheçam as políticas de humanização desenvolvidas pelo governo do estado de São Paulo. *Data* 15 de março a 26 de abril de 2005 *Local* USP – São Paulo (SP)

Mais informações
Tel. (11) 3066-7706
Site www.fsp.usp.br

FEIRA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

Realizada pela Globaltech, a feira tem como objetivo socializar o conhecimento científico-tecnológico e estimular a ciência, além de fortalecer a cooperação nacional e internacional. O evento será dividido em cinco espaços centrais: Negócios Tecnológicos, Espaço Capacitar, Espaço para inventores: Mostra de C&T, Espaço Entretenimento e Espaço Promocional. A proposta é fazer com que o público reflita sobre assuntos relacionados às áreas de genética, bioquímica, química, telecomunicações, agronegócios e alimentação. *Data* 17 a 22 de maio de 2005 *Local* Porto Alegre (RS)

Mais informações
Tel. (51) 3218-4900 e 3218-6304
E-mail globaltech@rbs.com.br

CURSOS

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM BIOSSEGURANÇA

Voltado para profissionais de nível médio que exerçam atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção e controle de qualidade no campo de saúde envolvendo os riscos laboratoriais específicos. As inscrições poderão ser feitas entre 11 de abril e 13 de maio, na secretaria da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz/RJ).

Mais informações
Tel. (21) 3865-9797
E-mail sescolar@fiocruz.br

APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO EM CRIAÇÃO DE ANIMAIS DE LABORATÓRIO

Para profissionais de nível superior que trabalham na criação/manutenção e experimentação de animais de laboratório, em instituições de ensino e pesquisa da América Latina. Os

candidatos devem ser indicados por suas instituições de origem entre 2 de maio e 3 de junho. Vagas limitadas. *Local*: Centro de Criação de Animais de Laboratório (Cecal-Fiocruz)

Mais informações
Tel. (21) 4389-4390
E-mail rosilene@cecal.fiocruz.br

PUBLICAÇÕES

Lançamento - CICT/Fiocruz

Promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids no município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação apresenta o relatório da pesquisa



coordenada por Janine Cardoso e Inesita de Araújo, do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT), da Fiocruz, realizada entre fevereiro de 2002 e julho de 2003, na cidade do Rio de Janeiro. Na primeira parte do relatório são expostos o projeto e os contextos que levaram à sua elaboração e justificaram as escolhas teóricas e metodológicas da pesquisa. A segunda parte analisa os resultados, apresenta as conclusões e oferece algumas recomendações a formuladores e gestores de políticas de comunicação para prevenção do HIV/Aids.

Mais informações
E-mail especializacao@cict.fiocruz.br

CONCURSO

PRÊMIO QUILOMBOLA

A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e o Ministério do Desenvolvimento Agrário estão selecionando trabalhos de antropólogos sobre territórios quilombolas (regularização fundiária, movimentos sociais, gênero e economia e etnodesenvolvimento), para premiação, no valor total de R\$ 30 mil, em duas categorias: Apoio à Pesquisa e Ensaio Inédito. Da primeira podem participar alunos de programas de pós-graduação reconhecidos pela Capes; da segunda, antropólogos associados à ABA.

Inscrições até 15/3
Mais informações
Telefone (48) 331-8209
E-mail aba@abant.org.br

PÓS-TUDO

O controle necessário

Álvaro Nascimento *

Um publicitário analisou (*O Globo*, 16/12) a propaganda de medicamentos, a partir da proibição, pela Anvisa, da afixação de cartazes nas farmácias. Ao criticar a proibição, ele alertou para o “controle da mídia”, que o fez recordar da ditadura.

Como jornalista que resistiu à censura desde os anos 70, tecnologista da Fiocruz que trabalha com informação em saúde e tendo me debruçado sobre o impacto da propaganda de medicamentos no Brasil, gostaria de dizer que algumas colocações feitas ferem a lógica e outras, os fatos.

Ao criticar, com razão, o sistema de saúde, o autor elige o “difícil acesso a médicos qualificados” como uma das causas da automedicação. Mas, em vez de propor soluções, ele fere a lógica e defende uma prática que só faz elevar o fluxo de pacientes aos postos e hospitais: o uso incorreto de medicamentos.

O Sistema Nacional de Informação Toxicológica da Fiocruz (www.cict.fiocruz.br/intoxicacoeshumanas) mostra que há oito anos os medicamentos são a principal causa de intoxicação humana registrada no SUS. Em um ano, foram 20.534 casos (56 casos por dia). A cada 25 minutos há uma intoxicação por medicamento. E se alguma crítica pode ser feita a este sistema, é a de que ele peca justo pela subnotificação, o que indica que estes números são ainda mais alarmantes.

Ao defender a propaganda de medicamentos, o texto minimiza seu risco, afirmando que “o que se anuncia são aqueles medicamentos de baixo custo e uso disseminado, pois “buscase, com o anúncio, a preferência do comprador por uma ou outra marca, de produtos de fórmula conhecida e livre comercialização, como é o caso dos analgésicos, dos xaropes, dos fortificantes”.

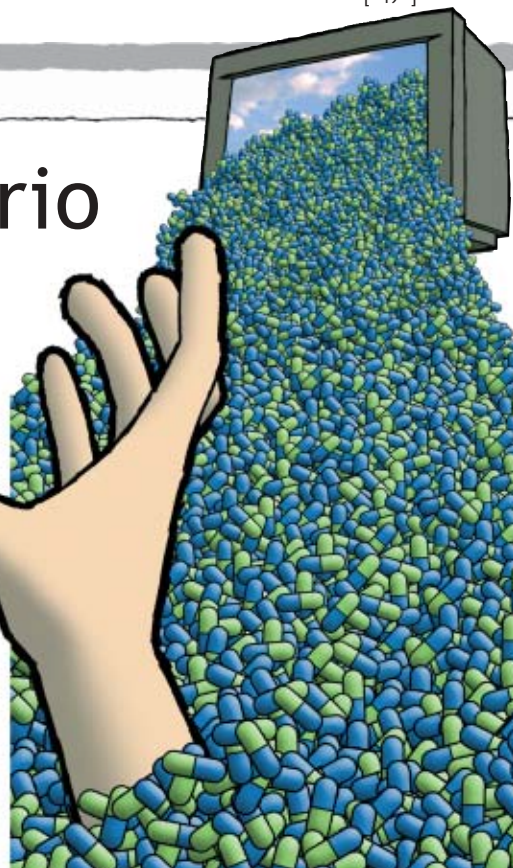
Um publicitário, como um jornalista, não é obrigado a entender e acompanhar os avanços da farmacologia. Mas quando se defende a propaganda de produtos perigosos com a bandeira da “liberdade de expressão” é essencial levar em conta o que em todo o mundo se considera um risco sanitário. Medicamentos apelidados de “anódinos” ou “inócuos” intoxicam e matam. Pesquisas farmacológicas comprovam que um

“simples” Ácido Acetilsalicílico – aquele que não deve ser tomado em casos de suspeita de dengue – pode causar anemias, hemorragia, angina, arritmias, falência congestiva, úlcera e hepatotoxicidade. Já a “inócua” Dipirona pode causar alterações hematológicas, doenças cardiovasculares, dor de cabeça, náusea, vômito, broncoespasmo e erupção cutânea. Aliás, a dipirona teve sua comercialização suspensa em vários países e em outros o seu uso é restrito às unidades hospitalares. O Paracetamol, utilizado como analgésico e antitérmico, pode causar anemias, hemólise, hemorragia gástrica, falência renal, nefropatia e asma.

Isto é fato científico comprovado. Assim como é fato que várias drogas não podem ser tomadas por diabéticos, hipertensos, crianças, idosos e portadores de doenças crônicas. Estas faixas populacionais estão entre as que se intoxicam após terem tomado um medicamento “receitado” pela publicidade ou por algum apresentador de rádio ou TV.

O texto diz que a proibição agride a “liberdade de expressão”. Que liberdade? A de anunciar produtos sabidamente perigosos usando frases como “este medicamento caiu do céu” ou “mãe que sabe das coisas, dá biotônico para seu filho?” Pois o mercado publicitário de medicamentos gasta parte importante dos R\$ 17 bilhões do faturamento anual da indústria farmacêutica no Brasil (cerca do dobro da lucratividade da Petrobrás) tentando convencer a sociedade a consumir estes produtos como se eles não oferecessem risco.

O texto ainda afirma que “aliado do jornalismo impresso, a propaganda é um dos mais importantes instrumentos da liberdade e dos grandes avanços políticos e sociais dos tempos modernos”. Há evidente exagero na afirmação, tantos são os exemplos onde a propaganda se prestou a papéis condenáveis. A propaganda de cigarros, a experiência da dupla Goebels-Hitler na Alemanha e os slogans de “Brasil. Ame-o ou deixe-o” e



“Este é um país que vai pra frente”, fartamente usados pela ditadura brasileira, demonstram que, como o medicamento, a propaganda pode servir para o bem e para o mal.

A outra observação diz respeito à afirmação de que “ao oferecer aos jornais e aos outros meios de comunicação de massa recursos de fontes plurais e independentes, a propaganda se torna indispensável ao processo político republicano”. Meu reparo é que a informação disseminada pela propaganda de medicamentos nada tem de independente, muito menos ela é plural. O que a caracteriza, como define o filósofo e jurista italiano Norberto Bobbio, é a simplificação, saturação, parcialidade e unilateralidade, elementos incompatíveis com um bem precioso como o medicamento, que exige justo o oposto para que se torne um veículo efetivo de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e não em um agente agressor ao indivíduo. ■

A íntegra da dissertação de mestrado do autor sobre o tema pode ser lida em www.ensp.fiocruz/radis/30-web-02.html

* Jornalista e tecnologista da Fiocruz; texto publicado em *O Globo* de 30/12/2004 em resposta ao artigo “O controle da mídia”, de Roberto Dualibi (http://intranet.ensp.fiocruz.br/visa/opiniao_integra.cfm?opiniao=144) e



ENSP

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca

saúde pública
INOVAÇÃO E CIDADANIA