

NESTA EDIÇÃO



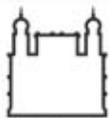
21º CONGRESSO
DO CONASEMS

Encontro destaca
pacto de gestão
e solidariedade
federativa do SUS

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 34 ♦ Junho 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



Atenção Básica
O SUS que queremos
começa bem aqui

Roquette-Pinto: um brasileiro

Para quem só conhece Roquette-Pinto como antigo nome de rádio, eis a oportunidade de saber quem foi Edgar Roquette-Pinto em exposição que estará no Museu das Ciências da Terra, no Rio de Janeiro, até 15 de julho de 2005. Organizada pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz em parceria com a Casa da Ciência/UFRJ e a Rádio MEC, há fotos, charges, caricaturas e

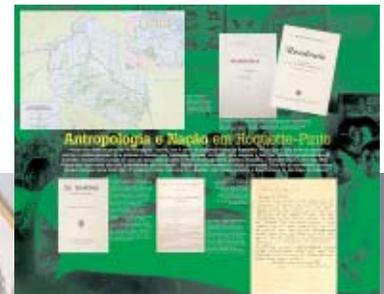
textos que contam a história deste grande brasileiro incentivador das ciências. Médico, antropólogo e educador, Roquette-Pinto destacou-se na ciência, na divulgação científica, no rádio e no cinema.

Na temporada da exposição será exibida mostra de filmes educativos e científicos feitos no Instituto Nacional de Cinema Educativo à época em que Roquette-Pinto foi seu diretor,

com exibição diária dos curtas-metragens *Rondônia*, *Miocárdio em cultura*, *Preparo da vacina contra a raiva*, *O poraquê* e *Céu do Brasil*.

Local Museu das Ciências da Terra, Av. Pasteur, 404, Urca, Rio de Janeiro
Temporada Até 15 de julho de 2005
Funcionamento Terça a domingo e feriados

Entrada Franca
Horário 10h às 16h
Visitas em grupo (21) 2546-0440 e (21) 2295-7596



FOTOS: ROBERTO JESUS OSCAR E VINICIUS PEQUENO DE SOUZA

Entre o leitor e o governador

Abrimos esta conversa mensal com o leitor pedindo desculpas pelo atraso de até um mês na entrega da revista pelo correio. Concluída dentro do prazo, a publicação cai na rotina lenta e amadora do serviço contratado para expedição. Mensagens sobre esta irregularidade nos ajudam a enfrentar a burocracia que nos mantém reféns da inépcia.

Por falar em mensagens, a seção de cartas cresceu nesta edição e tem polêmica interessante sobre ato médico e linha editorial do Programa RADIS que deve suscitar novas cartas de leitores. Na Súmula, matérias imperdíveis honram a tradição de nossa antiga revista do mesmo nome. Tratam da reação brasileira às imposições da Usaid, artigos científicos “plantados” pela indústria farmacêutica, aumento da gravidez na adolescência e vitória da universalidade do SUS em votação no Congresso.

Na matéria de capa abordamos uma das principais políticas para o sucesso do SUS, muito cobrada na crise do Rio de Janeiro: a Atenção Básica. Para cuidar das pessoas no contexto em que vivem, unidades e equipes de saúde têm que levar em conta conhecimentos sobre ter-

ritório e comunidades, trazer o cidadão aos postos de saúde e chegar até sua casa, com atendimento interdisciplinar como nas equipes de Saúde da Família, para promover saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar. Hospitais de maior complexidade e unidades de emergência ficariam com o menor percentual dos atendimentos.

Gente saudável também implica ambientes e cidades saudáveis. Políticas intersetoriais são indispensáveis, analisa Sílvio Fernandes da Silva no Pós-Tudo. Sílvio foi eleito presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde pelo 21º Congresso do Conasems, que defendeu novo pacto de gestão no SUS.

No evento, o governador Blairo Maggi disse querer toda a população de Mato Grosso atendida pelo SUS. Dias depois, seu nome ganhou destaque no Brasil e no mundo (ver Toques da Redação) por ser o principal responsável pelo segundo maior recorde de desmatamento na história do país. Nada mais contraditório com o conceito de saúde coletiva.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis



Comunicação e Saúde

- ♦ Roquette-Pinto: um brasileiro 2

Editorial

- ♦ Entre o leitor e o governador 3

Cartum

- 3

Cartas

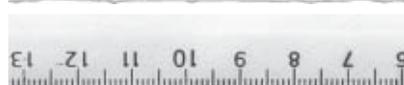
- 4

Súmula

- 6

Toques da Redação

- 7



Atenção Básica

- ♦ Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão 8
- ♦ Enfim, um acordo no Rio 12



21º Congresso do Conasems

- ♦ Com as graças do Pantanal 13

Luz e movimento

- ♦ Museus e Centros de Ciência em ação! 16

Serviço

- 18

Pós-Tudo

- ♦ Medicina social e gestão pública – da teoria à prática 19

CARTUM





CARTAS

PASTORAL NÃO-DIGITAL

Desculpe-nos, mas nós, da Pastoral da Saúde de Olinda e Recife, dispomos de poucos recursos, e não pudemos digitar ou mandar pela internet esta lista.

Solicitamos que envie, por favor, a revista Radis a essas pessoas, agentes da Pastoral da Saúde. Trabalhamos em comunidade, visitando casas e hospitais, e no controle social da saúde pública.

♦ André Cervinskis (mais 29 assinaturas), Olinda, PE

■ Todos o nomes foram cadastrados.

MAU USO DO BOLSA-FAMÍLIA

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Paulista, na Paraíba, agradece o envio da *Radis*, e reforça a necessidade de defesa da manutenção dos programas sociais do governo federal, priorizando as famílias mais desfavorecidas, como instrumento de combate à pobreza. As denúncias não são fictícias: trata-se da realidade. Em Paulista há uma série de irregularidades, a começar pelo Cadastro Único. Aposentados e pensionistas com até dois benefícios, comerciantes, funcionários públicos municipais e mu-

lheres solteiras sem filhos recebem o Bolsa-Família, enquanto muitas mães no mais lastimável estado de pobreza não têm direito. Pessoas cadastradas não recebem seus cartões.

Na qualidade de integrante do Comitê Gestor do Município, gostaria de poder distribuir este pequeno recurso a todas as famílias em extrema necessidade, com justiça, respeito, sem discriminação de cor ou partido. Já que não posso, registro aqui o meu protesto, e faço saber às autoridades do meu país que tudo poderia ser muito melhor se todos agissem com mais responsabilidade, honestidade, respeito e fraternidade.

♦ José Gomes de Lucena, Paulista, PB

CONSELHEIROS SOB PRESSÃO

Sou funcionário público estadual há 24 anos (técnico em enfermagem). Um militante apaixonado pelo SUS desde a década de 80. Tive o orgulho de ser escolhido para delegado à 12ª CNS, em Brasília, pois era conselheiro de saúde em minha terra. Tive a honra de participar daqueles momentos tão importantes para o fortalecimento do nosso sistema, porém, ao retornar deparei-me com a realidade totalmente adversa no que concerne aos nossos gestores e ao controle social. Por tentar colocar em prática um pouco do

que vi na conferência (maior racionalização dos recursos e mais humanização), por cobrar de forma coerente os princípios que norteiam o SUS, fui perseguido, expulso do conselho e transferido de minha cidade, onde me dedicava ao controle da diabete, da hipertensão, da tuberculose e da hanseníase.

Hoje sou lotado no Centro de Saúde de América Dourada (BA), ciente do dever cumprido, engrossando as fileiras dos discriminados por exercerem seu verdadeiro papel de conselheiro. Por aqui o domínio dos conselhos por parte dos gestores é arma essencial para coibirem o controle social.

♦ José Bento Oliveira, Morro do Chapéu, BA

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 42 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, Wagner Vasconcelos (Brasília/Direb) e Thiago Vieira (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Susano

Secretaria e Administração Onésimo

Gouvêa, Fábio Renato Lucas, Cícero Carneiro e Mario Cesar G. F. Júnior (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho e Geisa Michelle (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/radis

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

Quero aproveitar esse precioso espaço para relatar que o Conselho Municipal de Saúde está sofrendo perseguição do prefeito de Juazeiro (BA), que por lei municipal alterou a composição do CMS e determinou que o presidente seja o secretário municipal de Saúde. O prefeito insurgiu-se na imprensa contra o Conselho de Saúde, afirmando seu propósito de adequá-lo à nova gestão e destituir o presidente atual, violando a Resolução 333/2003 do CNS, que recebeu atribuições da lei federal 8.142/90 para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, em especial a diretriz que trata da organização dos Conselhos de Saúde, com a seguinte redação:

"(...) O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária".

A sábia decisão do CNS estabelece também que "o mandato dos Conselheiros não pode coincidir com o mandato do governo municipal, estadual, do Distrito Federal e do Governo Federal". O mandato do atual Conselho de Saúde de Juazeiro somente expira em agosto de 2005; portanto, a lei recente não pode atingir mandato ainda em vigência, pois violenta o direito adquirido.

♦ João Leopoldo Viana Vargas, presidente do CMS de Juazeiro, BA

BRASIL, MEXA-SE!

Gostaria de parabenizar a revista e registrar a minha indignação com o Sistema Único de Saúde. É triste 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.

ber que várias pessoas morrem nas filas de exames e cirurgia por causa do descaso dos governos estaduais e federais, que não tomam posição. Garantem que saúde é direito de todos e dever do Estado, mas não fornecem instrumentos para a realização destes direitos. Na verdade, o que vemos são hospitais falidos devido a enormes dívidas que o SUS tem e pessoas morrendo à espera de tratamento, programas ineficientes. É hora de a população se organizar e exigir seus direitos, não dá mais para ficar olhando essa eutanásia social que o governo aplica no seu povo. Vamos lá, Brasil, mexa-se, vamos nos organizar e protestar pelos nossos direitos.

♦ José Augusto Pacheco, farmacêutico generalista, secretário de Saúde de Espera Feliz, MG

AMEAÇAS NA BAHIA

Gostaria de receber o exemplar da revista *Radis* n° 25 de setembro de 2004. Esta publicação faz denúncia sobre a meningite em Maracás, Bahia. Não recebi esta edição, soube por um amigo médico de Jequié. A cidade, com 20 mil habitantes e 150 anos, têm muitos problemas de saúde pública. Hoje só há médicos clínicos, e todos os exames são realizados em cidades distantes. Tenho reivindicado melhorias na saúde pública e na educação deste município e por isso recebo ameaças constantes. Continuarei cobrando melhores condições.

♦ Claudia Santiago, Maracás, BA

■ *Prezada Claudia, a revista já lhe foi enviada.*

PAUTAS

Sou agente de Vigilância Sanitária Sem Vitória (ES). Informo que o Projeto de Lei n° 3870/04, que cria a profissão de Agente de Vigilância Sanitária, de autoria do deputado federal Renato Casagrande, está tramitando na Câmara, sendo de grande importância para os profissionais da saúde, para sua valorização profissional e desenvolvimento do SUS. Solicito uma matéria sobre o assunto na *Radis*.

♦ Ermínia Gomes Pimentel, Vitória

Gostaria que divulgassem algo sobre os agentes comunitários de saúde e Programa Saúde de Família. Nós aqui não somos informados. Recebemos um salário mínimo e gostaríamos de saber se não há alteração no salário quando passamos a fazer parte do PSF, porque o serviço dobrou. Sou agente comunitário de saúde há seis

anos e três meses e gostaria de passar algo aos outros agentes.

♦ Domingas Maria de Oliveira, Bom Jesus da Lapa, BA

Sou funcionária pública e fico feliz por trabalhar num lugar que recebe uma revista com informações tão preciosas e importantes como essa. Li a revista n° 26 e gostaria, se possível, de mais informações sobre o hantavírus: o que é e como se manifesta no indivíduo? Desde já agradeço a atenção de uma revista que nos traz brilhantes matérias informativas.

♦ Margareth Nogueira, Pedrão, BA

■ *Amigos, as sugestões entraram em pauta.*

RADIS PARTIDÁRIA

Há anos sou assinante e leitor da *Radis*. Gostaria de alertar seus atuais dirigentes sobre a forma partidária-eleitoral em sua linha editorial. Isto é um desserviço à história da Fiocruz. Defendem a saúde sem médico, como quando se colocam contrários à Lei do Ato Médico, alegando que se trata de decisão democrática da Conferência Nacional de Saúde (resposta à minha correspondência publicada na sessão Cartas).

Agora são contra a Lei de Biossegurança, mesmo sendo aprovada democraticamente pelo Congresso Nacional, e até pouco sutilmente faz grave acusação, de que os congressistas foram comprados pelas "transgenetes" ("garotas contratadas em agências de modelo para distribuir cartazes, folders e brindes aos parlamentares", *Radis* 32, pág. 13). Nós leitores merecíamos uma reportagem menos tendenciosa e mais esclarecedora.

A reportagem "Mutirão socorre a saúde do Rio" é ainda mais clara na posição político-partidária, já não mais disfarçada. Fico aguardando qual a posição da instituição após a decisão soberana do Supremo Tribunal Federal. Na reportagem com o Sr. João Pedro Stédile, a manipulação de informações nem merece maiores comentários.

Quando uma instituição com a história da Fiocruz se aventura na propaganda político-partidária se arrisca a perder sua credibilidade científica. E a ter de publicar somente as cartas com elogios!!!!

♦ Fábio Lentúlio Mota Filho, Belo Horizonte

■ *Ao longo da história do Programa Radis, nossas publicações nunca foram neutras. O que pode ser conferido nos artigos desde 1982, disponíveis na Co-*

letânea Radis 20 anos, em nosso site (www.ensp.fiocruz/radis). O Proposta era "o jornal da Reforma Sanitária" e os comentários das revistas *Súmula e Tema*, e da atual *Radis*, sempre tomaram partido da saúde pública, do SUS, das resoluções das conferências. Ao contrário da mídia, que simula imparcialidade, sempre fomos críticos, sem deixar de expor as diferentes opiniões. Político-partidários não, porque integrantes de todas as legendas já foram questionados quando agiram contra a saúde da população. A voz descontente de leitores como Fábio é parte desta polifonia que valorizamos e nos servirá de parâmetro para continuarmos buscando o equilíbrio.

POSTURA PERIGOSA

Lendo carta de Fábio Mota Filho, que critica a posição contrária ao Ato Médico, lembro que essa postura é perigosa para a saúde do país. Essa lei apenas regulamenta o que, há milênios, é feito pelos médicos, ou seja, formulação de diagnóstico e prescrição terapêutica das doenças. Quanto à CNS, é sabido que em muitos conselhos, via de regra, os componentes têm prevenção contra médicos que, pela participação minoritária, têm voz mas não têm vez.

♦ Helio Custodio, médico, Rio Grande, RS

■ *A 12ª já se manifestou. Está aberto o debate entre os leitores.*

PROFESSOR SEBASTIÃO

Gostaria de agradecer e comentar a matéria sobre meu pai, Sebastião José de Oliveira, na edição n° 33, mês de maio de 2005 desta tão importante revista. Acredito que vocês conseguiram passar exatamente quem ele era, sua forma de comentar as questões com humor e tiradas divertidas. Mostra que ele não era aquele pesquisador sisudo e sorumbático que o senso comum supõe. Devo acrescentar que ele não gostava de jornalistas e sempre dizia que os jornalistas nunca publicavam o que ele dizia nas entrevistas. Posso afirmar que essa matéria seria aprovada por ele! Por isso tudo, muito obrigada pelo carinho.

♦ Leila de Oliveira, Rio de Janeiro ■

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

COMISSÃO DERRUBA "TIQUETE-SAÚDE"

A Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados deve ter ouvido as preces do pessoal da área da saúde e rejeitou por unanimidade, no dia 4 de maio, o Projeto de Lei 4.332/04, do deputado Adelor Vieira (PMDB/SC). Pelo projeto, seria criado o Tiquete-Saúde, que daria direitos aos trabalhadores de carteira assinada de realizarem uma primeira consulta e exames laboratoriais básicos em instituições de saúde privadas — um retrocesso aos tempos dos IAPCs e IAPIs. A *Radis* abordou o assunto na edição 34 ("Inimigos do SUS?").

O projeto determinava que o setor privado pagasse pelo serviço, recompensado por um intrigante incentivo fiscal de 1% a ser descontado do lucro líquido. O deputado Adelor Vieira, autor do projeto, acreditava que sua iniciativa traria benefício ao SUS, diminuindo as filas em postos de saúde e hospitais públicos. Os deputados Roberto Gouveia (PT-SP) e Rafael Guerra (PSDB-MG), da Frente Parlamentar da Saúde, logo criticaram a proposta, uma agressão ao princípio da universalidade do SUS, pelo qual todos os brasileiros têm direito a atendimento. Agora, o projeto jaz num escaninho da Câmara. Que lá continue.

PESQUISADOR-FANTASMA, A POLÊMICA

Prática de contratar pesquisadores para assinar estudos que não realizaram, habitual na indústria farmacêutica, gerou pequeno escândalo na comunidade científica internacional. A médica e pesquisadora Adriane Fugh-Berman, da Universidade Georgetown, em Washington, denunciou que foi procurada por uma empresa de comunicação médica para que assinasse um artigo de revisão (consolidação e balanço de pesquisas paralelas). Adriane pediu mais informações, mas meses depois recebeu um rascunho do estudo já assinado por ela, para que fizesse eventuais modificações. A pesquisadora então recusou a proposta.

Por uma feliz coincidência, Adriane foi convidada pela *Journal of General Internal Medicine* (www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0884-8734) para avaliar um artigo: era uma versão revisa-

da, mas reconhecível, do manuscrito que recusara assinar, informou a *Folha de S. Paulo* em 20/4. Os editores da *Journal* rejeitaram o trabalho e incentivaram uma discussão internacional sobre a prática do *ghostwriting* na área científica, alertando: "Estudos submetidos podem não reconhecer apropriadamente financiamento de corporações ou co-autoria."

A empresa de comunicação médica era a Mx Communications, e a companhia farmacêutica, a AstraZeneca, ambas do Reino Unido. "Duvido que eu seja convidada novamente para ser uma autora de mentirinha, mas certamente há outros médicos que estariam dispostos a propagandear essas enganações", disse a médica. O novo anticoagulante da AstraZeneca, alvo do "estudo", ganhou aprovação parcial na França e foi vetado nos EUA.

A EXPLOÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

IBGE anunciou, com base no Censo 2000, que de 1991 a 2000 o número de jovens de 10 a 14 anos que foram mães pela primeira vez quase duplicou: subiu 93,7%. O segundo maior aumento foi na faixa de 15 a 19 anos, 41,5%. As brasileiras estão tendo filhos mais cedo e a idade média das mulheres que foram mães pela primeira vez caiu de 22 anos, em 1991, para 21,6 anos, em 2000. Segundo o IBGE, 32,5% dos bebês nascidos em 1991 eram filhos de mães com idades entre 10 e 19 anos. Em 2000, a taxa chegou a 38%.

Na outra ponta do fenômeno, o número de mães pela primeira vez na faixa de 35 a 39 anos (depois de estabilizadas profissionalmente) subiu 46% de 1991 a 2000; dos 40 aos 49 anos: 26,9%. Para Juarez de Castro Oliveira, gerente de Estudos e Análises de Demografia do IBGE, gravidez aos 14 e aos 40 fala sobre a desigualdade como marca social brasileira: "A gravidez adolescente está muitas vezes associada à baixa escolaridade e à baixa renda", diz, "e alerta também para o despertar mais precoce da sexualidade". Já as mulheres com mais de 40 anos têm situação financeira estável e escolaridade alta. "É uma mulher que optou por estudar e trabalhar, deixando para mais tarde a opção de ter um filho."

BRASIL É SEGUNDO EM MORTES POR TIRO

Pesquisa da Unesco constatou que o Brasil é o segundo país com maior número de mortes por armas de fogo, numa lista de 54 países. Em primeiro lugar está a Venezuela. Uma segunda pesquisa revelou que a violência está presente no cotidiano das escolas: 35% dos alunos entrevistados em seis capitais disseram já ter visto algum tipo de arma no colégio (12% viram revólveres). No Brasil, a taxa é de 21,72 mortes por 100 mil habitantes, das quais 19,54 por homicídio. O representante da Unesco no Brasil, Jorge Werthein, cobrou empenho dos deputados na votação do Projeto de Decreto Legislativo 1274/04, e disse que o país pode servir de exemplo mundial em desarmamento e proibição de venda de armas.

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados aprovou em 11/5 o projeto, que define a pergunta para o referendo sobre o comércio de armas, previsto no Estatuto do Desarmamento: "O comércio de armas de fogo e munição deve ser proibido no Brasil?". O projeto, dependente de aprovação no Plenário, prevê o referendo para o primeiro domingo de outubro.

No dia 9 de maio, o Ministério da Justiça divulgou pesquisa mostrando que caiu o número de internações hospitalares por ferimentos provocados por arma de fogo, entre agosto de 2004 (início da Campanha do Desarmamento) e fevereiro. O estudo, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, analisou dados de SP e RJ — os estados que mais arrecadaram armas na campanha, que terminará em 23 de junho. No Rio, as internações eram 180 por mês, e caíram para 160 (menos 10,5%). Em São Paulo, a redução é de 7,5%: de 475 para 442. A campanha já recolheu 300 mil armas.

PAÍS REJEITA IMPOSIÇÕES DA USAID

Brasil recusou ajuda financeira dos Estados Unidos, que renderia R\$ 56,2 milhões à área de combate às doenças sexualmente transmissíveis até 2008. Motivo: a Usaid, agência americana de ajuda internacional, impôs cláusula excluindo do acordo organizações de apoio a prostitutas, além de exigir condenação pública da prostituição.

Indignadas, as ONGs que receberiam a ajuda rejeitaram o acordo, com apoio de Pedro Chequer, coordenador do Programa de DST/Aids do Ministério da Saúde. "A Aids não será controlada a partir de princípios maniqueístas, teológicos, fundamentalistas e xiitas", disse ele ao *Wall Street Journal* (2/5) — posição reafirmada em carta à Usaid, com apoio do ministro da Saúde. As informações são da Agência de Notícias da Aids (www.agenciaaids.com.br).

A Usaid investe na área de saúde brasileira há oito anos. Mas no último edital informou que não mais mandaria dinheiro a ONGs que trabalham com profissionais do sexo. Obviamente, o Brasil tem o direito de agir como quiser nesse assunto", disse o senador Sam Brownback, líder das causas conservadoras no Congresso americano. Ele disse esperar que os subsídios sejam redirecionados a outros países com políticas alinhadas às do governo Bush. Essas "políticas", em resumo, são o chamado "ABC", de Abstinence, Be faithful and if it's necessary use Condom (abstinência, seja fiel e, se necessário, use camisinha), que não vêm apresentando resultados. "Estamos falando de promoção da prostituição, que a maioria da Câmara dos Deputados e do Senado acreditam serem prejudiciais às mulheres", acrescentou Brownback.

Vladimir Reis, da Articulação Aids Pernambuco, afirmou que o sucesso da política brasileira de combate à Aids deve-se principalmente ao trabalho preventivo realista justamente nos segmentos mais vulneráveis da sociedade: "profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas", e a restrição destruiria esse trabalho. Uma prova disso: pesquisa feita em fevereiro pela ONG Estruturação com travestis de Brasília e Taguatinga (DF), divulgada em 10 de maio, apontou que 98% deles usam preservativo.

"Essa é uma questão da qual não poderíamos abrir mão, porque isso fere a autonomia das nossas políticas nacionais que, com certeza, são bem mais avançadas, mais modernas e apontam melhores resultados do que essa política anacrônica que, em vez de se basear na fundamentação científica, busca outros princípios que não a ciência", disse Chequer. "Essa cláusula é um desrespeito aos profissionais do sexo. Nós defendemos a legalização da profissão, com direito a recolher INSS e aposentadoria."

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



toques da redação

REI DO DESMATAMENTO — No dia 19 de maio o Partido Verde (do ministro Gilberto Gil) abandonou a base de apoio ao governo no Congresso em protesto contra o desmatamento de 2004, o maior da história: 26.130km², só atrás dos 29.050km² de 1995. No dia 20, *The Independent*, de Londres, publicou a manchete "O estupro da floresta tropical... e o homem por trás disso", de Michael McCarthy e Andrew Buncombe. "Hoje mostramos o homem que mais do que qualquer outro representa as forças" responsáveis pela "brutal destruição da floresta amazônica".

"Ele é Blairo Maggi, fazendeiro milionário e político descompromissado que lidera o boom da produção da soja. Ele é conhecido como Rei da Soja, mas os ambientalistas o chamam de Rei do Desmatamento. O boom da soja, que alimenta o insaciável mercado de rações, é o principal motor da destruição da floresta. No ano passado, "área do tamanho da Bélgica foi desmatada, e metade da destruição se deu no estado de Mato Grosso, onde o Sr. Maggi, cujo Grupo Maggi, de agronegócio, é o maior do mundo, por acaso é também governador".

"O Sr. Maggi não derrama lágrimas pelas árvores perdidas". Em 2003, seu primeiro ano de governo, a taxa de desmatamento em Mato Grosso

mais do que dobrou. Em entrevista no ano passado, ele disse: "Para mim, um aumento de 40% no desmatamento nada significa, e não sinto a menor culpa. Uma área maior do que a Europa continua intocada, então não há com que se preocupar". O Grupo Maggi, que faturou 600 milhões de libras [2,6 bilhões de reais] em 2004, anunciou que pretende dobrar a área de plantio.

O coordenador do Greenpeace-Amazônia, Paulo Adario, disse que "o rei tem culpa, mas a corte em Brasília também: o combate ao desmatamento não é prioridade do governo Lula". Entre 1995 e 2004, a área cultivada com soja cresceu 77% no Centro-Oeste, e Mato Grosso tornou-se o maior produtor. Duas companhias dominam o mercado da soja no Brasil: o Grupo Maggi é o maior produtor individual do mundo e a empresa exportadora número 1 é a gigante americana Cargill.

DISPARIDADE MAGISTRAL — Depois de uma visita ao médico, nosso repórter Inocência Foca percorreu três farmácias de manipulação para saber em quanto ficariam os remédios receitados. Na primeira, R\$ 99; na segunda, R\$ 75; na última, R\$ 45. A diferença gritante levou nosso singelo jornalista a conferir o debate que vem ocorrendo em torno das novas regras para funcionamento das farmácias de manipulação (ou farmácias magistras, como o setor é formalmente chamado).

Recentemente, a Associação Nacional de Farmacêuticos Magistras (Anfarmag) encaminhou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) documento em que contesta as novas regras, cujo ponto mais polêmico é a proibição de preparação de medicamentos já vendidos pela indústria. Segundo a presidente da Anfarmag, Vânia Regina de Sá, em nenhum momento esse ponto foi discutido com a associação.

Para o presidente da Anvisa, Cláudio Maierovitch, a restrição visa a segurança dos pacientes. Ele estranha que medicamentos produzidos artesanalmente tenham preço menor (até 60%!) que o da indústria. Vânia esclarece: as farmácias magistras não gastam com propaganda, não têm uma rede de intermediários nem despesas com embalagem. Se é assim, estranha Inocência, por que tamanha disparidade de preços?

ATENÇÃO BÁSICA

Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão



Jesuan Xavier e Katia Machado

A intervenção federal e o acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde (MS), efetivado em maio (ver box), amenizaram o caos na saúde do Rio (*Radis 33*), mas evidenciaram um importante nó do Sistema Único de Saúde, sobretudo nas capitais e regiões metropolitanas do país: a falha na adoção das políticas de Atenção Básica à Saúde, especialmente a Estratégia de Saúde da Família. A constatação não é de hoje: as publicações do Programa RADIS vêm há anos repisando essa tecla, não por acaso sempre lembrada pelos defensores históricos da Reforma Sanitária e de seu filho mais querido, o SUS.

Como o médico-sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Faculdade de Medicina da Unicamp. Para ele, este é um ponto básico a repensar para que o SUS dê certo. Gastão participou do ciclo de debates Conversando sobre a Estratégia da Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp-Fiocruz), encerrado em 6 de maio, e destacou a necessidade do programa como estratégia da Atenção Básica do SUS.

Política do SUS que compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, englobando promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. É o primeiro nível da atenção.

Na opinião de outro palestrante do ciclo, o também médico-sanitarista Luiz Odorico Monteiro de Andrade, do Conselho Nacional de Secretários



FOTO: ARISTIDES DUTRA

Municipais de Saúde (Conasems), a Saúde da Família é fundamental porque supera o modelo vigente, voltado para a doença e a assistência médica. "A estratégia trouxe o conceito da interdisciplinaridade,

em que são sistematizadas práticas e saberes de diferentes categorias no campo da saúde, gerando assim políticas mais eficazes para a população", repetiu. Para ele, a ação do educador físico no cuidado da hipertensão é tão importante quanto a ação do médico que diagnostica a doença propriamente dita. Ou seja, a interdisciplinaridade constrói um espaço comum a todos os profissionais, precioso para o paciente.

Para Odorico, que em janeiro assumiu a Secretaria de Saúde de Fortaleza, a estratégia da Saúde da Família incorpora o conceito de "território" ao trabalho dos agentes e constrói a idéia de "responsabilidade sanitária". Ou seja, cada equipe se torna responsável pela saúde de uma família ou de uma comunidade. "A saúde pára de ser vista como enfermidade e se pensa o território em que se vive de uma perspectiva epidemiológica", disse. Trabalha-se na lógica do cuidado, e não na do receituário".

Essa estratégia está sendo fantástica para o país, acredita Odorico. Todos os indicadores de saúde melhoraram a partir da década de 90, como mortalidade infantil, hipertensão, pré-natal. "A Saúde da Família está se espalhando por todo o território brasileiro", afirmou. "Sabemos que ainda não é o ideal, mas é um sistema que tem potencial". Segundo ele, o Rio (e de resto outras capitais) não conseguiu fazer a transição da lógica biomédica para a da estratégia Saúde da Família.

Ele citou os desafios de uma cobertura maior da atenção básica e da Saúde da Família: um deles é a criação de bolsas de incentivo para residência em Saúde da Família. Outra é investir na educação permanente do profissional de saúde. Uma terceira é discutir pactos de gestão, acordos que aumentem a resolutividade do sistema de saúde. Ou seja, tudo o que o Rio não vinha

BELO HORIZONTE CONTA COM

- 138 centros de saúde
- 6 unidades de pronto-atendimento
- 6 postos de atendimento médico
- 2 policlínicas
- 7 centros de referência em saúde mental
- 9 centros de convivência
- 2 centros de referência do trabalhador
- 1 hospital municipal,
- 2.580 agentes comunitários de saúde
- 1.200 agentes sanitários de saúde.

fazendo ao longo dos anos. "Precisamos nos indignar quando vemos pessoas dormindo nas filas dos postos de atendimento e de hospitais à espera de uma consulta".

Gastão lembrou que todos os sistemas públicos que deram certo no mundo, como os de Canadá, Cuba e Suécia, tiveram como componente estratégico o desenvolvimento de um amplo sistema de atenção básica vinculatório, atingindo 80% dos problemas de saúde da população. O sistema brasileiro, no entanto, seguiu um caminho contrário: pautou-se no hospital, dando pouca atenção à promoção da saúde. "Com esse desenho brasileiro é quase impossível chegarmos à universalidade no atendimento, porque é muito caro", ressaltou. "A discussão da Atenção Básica no Brasil tem que ser cada vez mais articulada com a viabilidade do SUS".

Gastão exaltou um exemplo de política de Atenção Básica no país: o de Belo Horizonte, que consegue atingir 70% da população.

BELO HORIZONTE DO SUS

Na capital mineira, o programa *BH Vida: Saúde Integral* virou modelo para outras cidades. A secretária-adjunta de Saúde, Maria do Carmo, contou à *Radis* que o projeto de Atenção Básica, adotado a partir de 2003, mudou toda a lógica de atendimento. São cerca de 2.300 agentes comunitários de saúde que visitam mensalmente as casas das famílias cadastradas, dando orientação e fazendo vigilância de saúde. "Mais do

que diagnosticar doenças, essas equipes atuam também na prevenção de suas causas", disse.

Atualmente, segundo ela, já estão em atividade 504 equipes de Saúde da Família, que beneficiam 1,8 milhão de moradores, de 412 mil famílias. "Na realidade, já atendem mais do que 70% de toda a população de Belo Horizonte (cerca de 2,2 milhões de pessoas)".

Primeiro, em janeiro de 2003, foi criado o Programa Assistência Domiciliar (PAD), que visa a saúde integral do paciente na pós-alta médica. "O PAD prevê visitas ao usuário acamado em seu próprio domicílio". A frequência dessas visitas, disse ela, depende do histórico de cada paciente. "Há casos que necessitam de um acompanhamento mais específico, com visitas que podem variar de duas a três por semana".

Os benefícios práticos desse modelo de assistência são facilmente percebidos: humanização do cuidado, redução dos índices de reinternação e diminuição do risco de infecção hospitalar. "O custo de um paciente internado é muito grande. Além disso, o programa abre mais vagas de leitos nos hospitais". Vale citar que a Prefeitura de Belo Horizonte investe atualmente 19,3% do seu orçamento em saúde, mais do que os 15% determinados por lei. No ano passado, o montante chegou a R\$ 268 milhões.

Segundo Maria do Carmo, a Secretaria de Saúde estratificou a cidade em quatro níveis: população de muito elevado risco; população de elevado risco; população de médio



Afra Suassuna no ciclo de debates da Ensp-Fiocruz sobre a crise do Rio: a saída é o rompimento do modelo hospitalocêntrico

risco; e população de baixo risco. "Hoje posso afirmar que a SF cobre 100% dos que estão enquadrados do muito elevado até o médio risco". Ainda estão de fora moradores na faixa do baixo risco. Mas esse grupo já conta com uma equipe de apoio (clínico, pediatra e ginecologista) em unidades de saúde nas proximidades de suas casas. "Elas procuram espontaneamente a assistência".

MAIS CUIDADOS

A Atenção Básica de BH conta com outros bons exemplos. Em 2003, foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). "Temos 14 ambulâncias do tipo básico, com equipamentos e medicamentos, e três do tipo avançado, com equipamentos para procedimentos de restabelecimento, estabilização e manutenção das funções vitais das vítimas", informou Maria do Carmo.

O controle da dengue também pode servir de parâmetro para outros municípios. A cada dois meses, 1.200 agentes sanitários de saúde visitam cerca de 800 mil domicílios para tratamento e remoção de focos do *Aedes aegypti*.

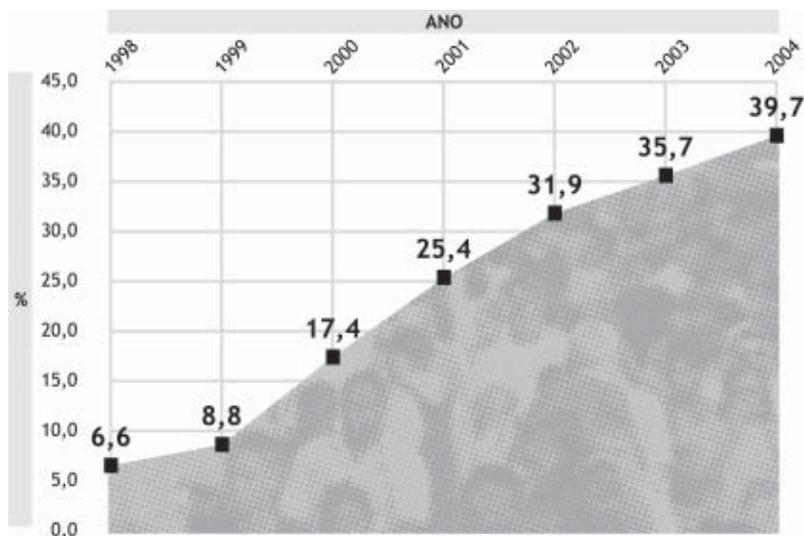
Desde 2003, o programa denominado "Criança que Chia" já conseguiu reduzir em 80% o número de internações dos pacientes asmáticos

com idade entre 0 e 14 anos. O objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes de asma brônquica. "Temos conseguido bons resultados". Atualmente, as 17 mil crianças inscritas no programa são acompanhadas frequentemente por equipes especializadas.

A política de saúde mental do município recebeu, no ano passado, importante prêmio do Ministério da Saúde (o David Capistrano) pelo trabalho desenvolvido. Em Belo Horizonte, os tradicionais leitos psiquiátricos foram substituídos por uma rede de assistência aberta e qualificada.

SAÚDE DA FAMÍLIA

População atendida (%) – 1998-2004



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Além disso, acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e o governo estadual possibilitou ampla reestruturação da Santa Casa de Misericórdia. Para garantir a viabilidade financeira da entidade, que tem mais de 100 anos, convênios foram feitos com várias instituições privadas.

Mesmo satisfeita com os resultados obtidos, a secretaria almeja índices de Primeiro Mundo.

A Prefeitura credenciou, no fim do ano passado, 90 prestadores de serviço, entre instituições públicas, filantrópicas, universitárias e privadas, considerados aptos a atender pelo SUS na capital. Segundo a secretaria, esses prestadores facilitarão o atendimento a usuários, abrindo novas portas de entrada para consultas especializadas. "Nossa prioridade agora é a construção, num prazo de três anos e meio, de nove Centros de Especialidades Médicas".

PORTA DE ENTRADA DO SUS

A Atenção Básica deve cumprir o papel de "uma das portas de entrada mais importantes do SUS", e atender 80% dos problemas de saúde da população. O restante, disse Gastão Wagner, cabe à rede hospitalar. Para isso, ele confere à Atenção Básica três importantes funções:

- ♦ Promoção da saúde — ações preventivas num determinado território, buscando melhorar a qualidade de vida de um grupo populacional, diminuindo o risco e a vulnerabilidade do adoecer e aumentando o potencial de defesa da população. Isso é possível com projetos intersetoriais, ações de educação em saúde e de desenvolvimento comunitário e outras tantas de prevenção, como a vacinação.

- ♦ Acolhimento da demanda — busca ativa, com avaliação de vulnerabilidade, atendendo as necessidades da população no momento da demanda. "Para isso", disse, "basta organização e preparação da equipe para receber, em momentos variados, grande variedade de demandas". É necessário ainda avaliar os riscos implicados e assegurar o atendimento e a máxima resolutividade possível nas visitas domiciliares, com descrição da clientela, análise das condições de saúde e identificação dos riscos da comunidade em dado território.

- ♦ Clínica reformulada e ampliada — hoje, pode-se afirmar que o trabalho em saúde está reduzido a sinto-

mas e doenças, para aliviar um mal ou curá-lo. Na clínica ampliada, o objetivo não só o diagnóstico mas, sobretudo, entender e formular políticas de saúde para a população, aumentando a eficácia nas intervenções clínicas e analisando os aspectos subjetivos de cada sujeito. "A doença é vista no contexto em que vive o sujeito, ou seja, é uma doença encarnada numa pessoa, numa cultura". O objetivo deste novo conceito de clínica é o de produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos. O diagnóstico é realizado com base na história de vida do cidadão, associado ao saber clínico do profissional, e as ações terapêuticas visam a educação em saúde, o autocuidado e o modo de viver do sujeito.

Algumas estratégias são essenciais quando se fala em clínica ampliada. Entre elas, a necessidade de dispositivos de organização que facilitem o vínculo entre sujeito e profissionais de saúde, definindo claramente as responsabilidades de cada um; montagem de equipes de referência; suporte matricial para as equipes, quer dizer, uma rede de especialistas ou profissionais de apoio clínico; equipes interdisciplinares; avaliação de risco e de vulnerabilidade dos casos, com elaboração de Projeto Terapêutico Singular (ações voltadas para determinado grupo ou família); e espaços coletivos que permitam o contato entre a direção das unidades, a rede de serviços e os representantes dos usuários, além de redes de ajuda formadas pelas famílias, os voluntários e as associações.

TAREFA NADA FÁCIL

Sabemos que essa não é uma tarefa fácil. Na prática, articular tudo isso num modelo organizacional de ABS é difícil. Mas vale tentar, porque dá certo. "Por que não se pode ter equi-

pes de saúde da família dentro dos hospitais?", perguntou Gastão. Para ele, sistemas falidos como o do Rio de Janeiro suportariam essas equipes nas unidades municipalizadas de saúde. "As equipes ampliariam o atendimento e abrangeriam uma parcela maior da população".

Para Afra Suassuna Fernandes, diretora do Departamento de Atenção Básica do MS, a Saúde da Família é estratégica na Atenção Básica, o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. A equipe básica é composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. "A Saúde da Família procura o fortalecimento da atenção com a ampliação do acesso", disse ela no ciclo de debates da Ensp.

Ela apresentou dados da cobertura nacional: no ano passado, a Saúde da Família atingiu 39,7 milhões de pessoas. Na opinião de Afra, "uma evolução surpreendente", porque em 1998 eram apenas 6,6 milhões. Em 2004, foram cerca de 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica. "Os indicadores apontam para a melhoria da qualidade de vida, a partir da organização da Atenção Básica com base na estratégia Saúde da Família", disse.

O desafio é organizar ainda mais esse nível da atenção à saúde. Segundo Afra, isso representa, na prática, uma mudança na visão do paciente, com humanização, acolhimento e vínculo, rompendo o modelo hospitalocêntrico e privatista. Nesse sentido, ela cobra do próprio ministério: quer prioridade no financiamento da Atenção Básica, maior responsabilização de gestores e trabalhadores municipais na reorganização da ABS e capacitação, formação e contratação de recursos humanos. "É necessária uma política de avaliação e acompanhamento permanente".



FOTO: GUTENBERG BRITO/ENSP



Radis adverte

O Pacto de Gestão faz bem à saúde pública

"O acesso à saúde e o acesso com qualidade precisa ser uma obsessão de todos os gestores do país." (Ministro da Saúde na abertura do 21º Congresso do Conasems, em 11/5/2005)



Enfim, um acordo no Rio

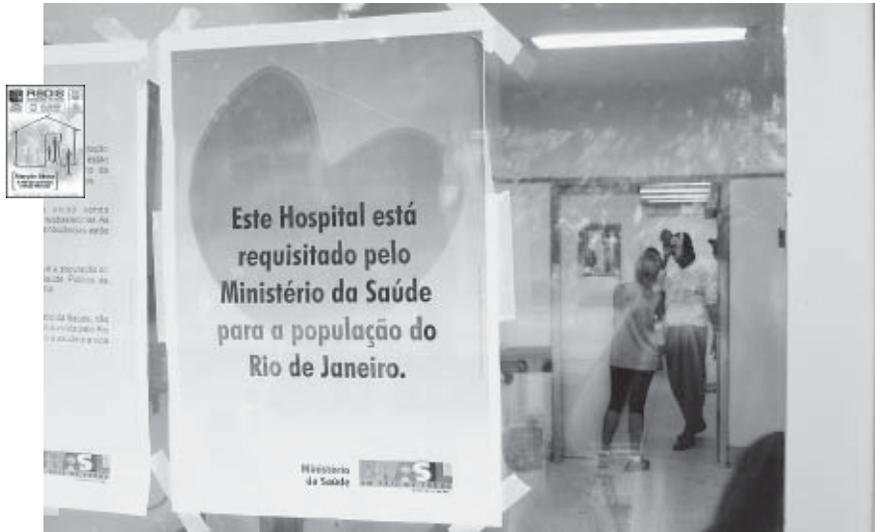


FOTO: ARISTIDES DUTRA

Após cinco meses de sucessivas tentativas de negociação e quase dois meses de intervenção federal, a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde chegaram a acordo, em reunião no dia 6 de maio, sobre a administração do SUS na cidade.

O ministério promete reassumir os quatro hospitais federais municipalizados em 1999 — Lagoa, Andaraí, Ipanema e Cardoso Fontes; repassar ao município R\$ 135 milhões pela reposição de 1.594 servidores federais afastados nos cinco anos de municipalização; providenciar em até três anos a substituição dos servidores municipais lotados nas unidades reassumidas; repassar R\$ 17,8 milhões do Qualisus para complementar obras e investir em equipamentos nos hospitais municipais.

A Prefeitura do Rio promete ampliar a Saúde da Família para 180 equipes até o fim deste ano e mais 80 equipes no ano que vem; implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que presta socorro em emergências, no qual 25% dos custos cabem à cidade, o que representa custo anual de R\$ 7 milhões

Maria Cristina Boaretto, superintendente de Saúde Coletiva da secretaria, falou à *Radis* por e-mail. Segundo ela, o Rio está com 111 equipes de Saúde da Família — o dobro do alegado, na intervenção, pelo ministério da Saúde — 71 de Saúde da Família e 21 de saúde bucal já cadastradas em Brasília. “A meta acordada com o ministério, de 180 equipes, está em processo de realização e será plenamente cumprida”, afirmou.

Por que a saúde do Rio chegou à crise? Foi a falta de organização da Atenção Básica?

A situação de crise na minha avaliação é dependente da grande expansão de ações e serviços nos últimos anos. É necessária uma reflexão sobre a descentralização da política pública de saúde para analisar a atenção básica no Rio. Tínhamos um grande desafio institucional com relação à descentralização e à unificação do SUS. A tradição e a vocação municipal eram o atendimento básico à mulher, à criança, à vigilância das doenças transmissíveis e as emergências, principalmente nos hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Salgado Filho e Lourenço Jorge. A cidade, no entanto, como antiga capital federal, concentrava complexa rede federal e estadual. Ao assumir a condição de gestor pleno do SUS, em 1999, a secretaria assumiu essa rede.

E o que aconteceu?

A rede ambulatorial do SUS cresceu. Foram implantadas novas unidades principalmente na Zona Oeste e na Comunidade do Alemão, representando 100% de ampliação na capacidade instalada. Ampliou-se o número de equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS) e de equipes de saúde bucal.

Foram introduzidas inovações no modelo de atenção com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento em saúde mental, dentro dos princípios de desospitalização da reforma psiquiátrica. Ampliou-se a assistência aos pacientes hipertensos

e diabéticos, com o programa “Remédio em Casa”. Com o Ministério da Saúde criamos os centros de referência secundária em odontologia na rede básica e também a Casa de Parto Davi Capistrano Filho, em Bangu/Zona Oeste. Nas maternidades foram criados pólos para atendimento às mulheres vítimas de violência,

Em 1.032 escolas municipais há atividades educativas em sexualidade e autocuidado, alimentação e nutrição, drogas e violência, além de consultas oftalmológicas com distribuição gratuita de óculos, para 700 mil alunos do primeiro grau. Ocorreu também a expansão do Programa Dentescola, de trabalho educativo.

Quantas são as unidades do SUS no Rio?

São 130 unidades próprias — 32 hospitais e institutos, 12 CAPS, 15 postos de assistência médica, 22 centros de saúde, 50 postos de saúde, 44 postos de Saúde da Família e 31 do PACS.

Quantas equipes de Saúde da Família?

São 111 equipes de saúde da família: 46 com equipes de saúde bucal. Dessas, 71 de PSF e 21 de saúde bucal já cadastradas no ministério.

A meta acordada com o ministério será cumprida?

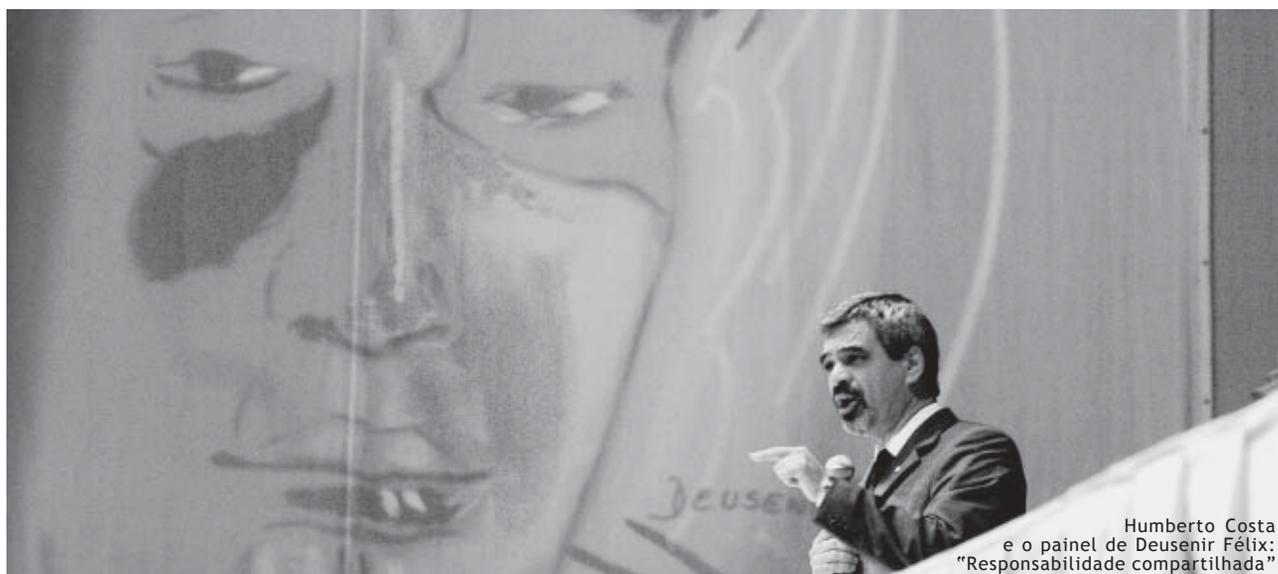
A meta, de 180 equipes, está em processo de realização e será plenamente cumprida.

Quantos procedimentos pelo SUS?

Tivemos um total de 54,5 milhões de procedimentos — da atenção básica, da média e da alta complexidade —, já informados ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) em 2004. Isto significa que cada habitante do Rio teve em média nove contatos com o sistema de saúde público para consultas, exames, internações, vacinações etc. Os Procedimentos da Atenção Básica foram 17.203.338; desses, 75,6% em unidades próprias municipais, responsáveis também por 91% dos procedimentos de ações básicas em odontologia.

A análise dos indicadores do Pacto de Atenção Básica no Rio revela melhorias importantes, porém aponta a necessidade de remoção de barreiras de acesso aos serviços e equipes cada vez mais próximas dos usuários. (K. M.)

21º CONGRESSO DO CONASEMS



FOTOS: LUIS OLIVEIRA/MS

Humberto Costa e o painel de Deusenir Félix: "Responsabilidade compartilhada"

Com as graças do Pantanal

Wagner Vasconcelos

Ali, entre a Chapada dos Guimarães e o Pantanal, observados do alto pelo imponente Morro Santo Antônio e submetidos a um calor que chegava fácil aos 40 graus, 1.447 secretários municipais de saúde de todo o Brasil se reuniram para o evento por que mais anseiam ao longo do ano: em sua 21ª edição, o Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, entre 10 e 13 de maio, paralelamente ao 2º Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência. Cuiabá, a capital do estado de Mato Grosso, foi escolhida para sediar o encontro, que trouxe novidades. Talvez a maior delas tenha sido a apresentação, pelo Ministério da Saúde, do *Novo Pacto de Gestão para o SUS*.

Foi eleita a nova diretoria do Conasems. Sai Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Saúde de Fortaleza, assume Sílvio Fernandes da Silva, secretário de Goiânia. Também houve cobranças: a implantação definitiva do Cartão SUS e, claro, mais verbas para a saúde, foram as principais.

E como saúde e paz andam de mãos dadas — ou pelo menos deveriam — o evento também abordou essa temática. O debate ganhou amplitude graças à aprovação, pela Comis-

são de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara dos Deputados, do referendo sobre a Lei do Desarmamento. Houve até uma caminhada pela paz no Parque Mãe Bonifácia, uma das mais belas áreas verdes de Cuiabá.

Ao fim do congresso foi assinada a *Carta de Cuiabá*, documento que define sete pontos norteadores para a atuação do Conasems, dos Cosems (os conselhos de secretários municipais nos estados) e das secretarias municipais de Saúde. Trata do Pacto de Gestão, cultura de paz e não-violência, garantia de medicamentos no SUS, estratégias do Saúde da Família, gestão do trabalho em saúde, Amazônia Legal e, por fim, o apoio à realização em 2006 do Congresso da Rede Américas, em Porto Alegre. Ver a íntegra do documento na página do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/34-web-01.html). Por fim, ficou decidido que os próximos congressos do Conasems serão realizados em Recife (2006) e Joinville, SC (2007).

NO CALOR DA NOITE

Numa noite de termômetros nervosos, em que a linha do mercúrio atinja 30° C, a abertura do evento teve início às 20h. Um gigantesco palco foi armado no pátio do Centro de Eventos do Pantanal. Nas laterais, dois grandes painéis exibiam imagens de trabalhos da artista plástica local Deusenir

Félix, autora das belas pinturas usadas na divulgação do evento.

No discurso de abertura, Luiz Odorico alertou para a necessidade de construção da "regionalização solidária", para potencializarmos os esforços de humanização no atendimento à população e propiciar acesso à tecnologia principalmente aos municípios com menos de 20 mil habitantes. Em seguida, ao dar as boas-vindas aos participantes, o prefeito de Cuiabá, Wilson Santos, arrancou risos da platéia ao dizer que a cidade, terra do marechal Rondon, detém "o maior calor humano do Brasil; um calor de 45° C", brincou. Já sério, cobrou do Ministério da Saúde a urgente adoção do Cartão SUS em Cuiabá. As cidades-pólo, como a capital de Mato Grosso, disse, acabam gastando até 30% dos recursos para atender as demandas de outros municípios. "O cartão acabará com isso, pois o município receberá por esses procedimentos".

A segunda cobrança foi aos parlamentares, pela aprovação do PLP 01/03 (*Radis* 33). Wilson Santos afirmou que Cuiabá já adotou a filosofia do projeto e investe em saúde 21% de seus recursos — o PLP estipula um mínimo de 15% para municípios e 12% para estados. O prefeito pediu majoração no teto dos repasses da União à cidade, "os mesmos há quatro anos". Mato Grosso, afirmou ele,

é o estado com as maiores taxas de crescimento no Brasil: 9% ao ano, em média. Foi novamente muito aplaudido. Diante da platéia, o ministro Humberto Costa e o prefeito assinaram então carta-compromisso na qual o ministério se compromete a repassar, entre 2005 e 2008, um total de R\$ 3 milhões em verbas a Cuiabá.

O ministro brincou, dizendo que o Ministério da Saúde é muito rápido, tanto que, imediatamente após o pedido do prefeito, resolveu o problema. Em seu discurso, Humberto Costa falou dos avanços do SUS nesses 15 anos de existência, inclusive em relação ao financiamento, apesar das dificuldades. “O governo, em dois anos e quatro meses, tem cumprido a EC-29, e o ministério vai continuar lutando para que o cumprimento seja a tônica desse governo”.

Humberto Costa defendeu a lei de responsabilidade sanitária, a ser enviada ao Congresso em complemento ao que a Constituição de 88 estabeleceu com os princípios do SUS. “Não deve ser uma lei apenas para estabelecer punições, mas, sobretudo, para criar uma responsabilidade compartilhada entre todos”. Segundo o ministro, o novo SUS requer menos entraves, menos “caixinhas” e mais responsabilidade.

Em sua fala, o governador de Mato Grosso, Blairo Maggi, contou que em pesquisa no estado 70% dos entrevistados revelaram sua maior preocupação: o setor saúde. Desses, apenas 45% já haviam utilizado o SUS, e 65% tiveram bom atendimento. “Temos, agora, de lutar para conquistar os outros 35%”.

Uma inusitada cena de tietagem marcou o fim dos discursos: centenas de pessoas cercaram não os artistas do show que encerraria a noite, mas o ministro Humberto Costa. Queriam tirar fotos a seu lado. A imprensa nem conseguiu chegar perto do ministro, tamanho o assédio dos secretários. Com bom humor e paciência, o ministro, entre empurrões, beijos e abraços, atendeu a todos os pedidos.

SAÚDE NAS AMÉRICAS

Às 9h20 da ensolarada e quente manhã do dia 13, o belo Auditório das Borboletas ficou quase lotado para a conferência do médico peruano Pedro Brito, que representou a Opas/OMS no evento. Por falha da organização, ele falou em espanhol sem sistema de tradução simultânea. Ele deu um panorama da situação da saúde na América Latina de 1995 a 2004, período que, segundo ele, pode ser dividido entre luzes e trevas. Como “luzes”, Pedro apontou aspectos como e re-

dução da inflação, o dinamismo das exportações, a democracia e a estabilidade econômica. Entre as “trevas”, o desemprego, a informalidade, a má distribuição de renda e a dependência de investimentos externos.

Nesse contexto, a saúde se despara com desafios como a urbanização crescente e o envelhecimento de seus povos. As reformas do Estado não trouxeram melhoria na qualidade de vida das populações. A diminuição da mortalidade materna e infantil contrasta, segundo Pedro, com o preocupante aumento do número de infectados com o HIV. Ele pediu políticas claras de financiamento da saúde, políticas que precisam vir rapidamente, pois há na América Latina 230 milhões de pessoas sem planos ou seguros privados de saúde, afirmou. Na região, 27% dos habitantes não têm serviços básicos de saúde permanentes, e 17% dos recém-nascidos não recebem assistência prestada por pessoal qualificado. Além disso, 82 milhões de crianças não completam um programa de vacinação.

UM PACTO PARA A SAÚDE

Mais tarde, o Auditório das Flores ficou superlotado para a mesa-redonda Responsabilidade Sanitária e Pacto de Gestão. As cadeiras não foram suficientes para comportar todos os interessados, cerca de 400 pessoas. A razão da procura? Ele: o ministro. Bem, pelo menos era isso que estava na programação. Para a frustração de muitos, aparentemente o Palácio do Planalto convocou Humberto Costa para uma reunião, e em seu lugar falou o secretário-executivo do ministério, Antônio Alves. O documento, discutido no dia 12 na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, foi apresentado pela primeira vez ao grande público. Traz, acima de tudo, mais responsabilidades para os gestores.

Antônio Alves observou que, depois de 15 anos de SUS, o ministério tem consciência de que muitos outros passos são fundamentais para o avanço da saúde. “Mas o SUS é muito complexo e mesmo com todo o arcabouço construído há muitas dificuldades para conseguirmos avançar”. Dentre essas dificuldades ele apontou a “escassez crônica” de recursos. Admitiu que o Brasil gasta pouco com saúde, e também gasta mal o pouco que tem — uma tese do próprio ministro. Por isso, a necessidade premente de qualificação da gestão pública, para maior eficácia e eficiência. Reiterou a necessidade de regulamentação da EC-29. “Será im-

portante para evitarmos os artifícios que fazem desviar recursos que deveriam ser investidos em saúde”.

O secretário chamou a atenção para um equívoco que a equipe econômica cometeu no Orçamento de 2005: incluiu os gastos com hospitais militares como despesas do SUS. “O Ministério da Saúde vai lutar para retirar essa atribuição, já que os hospitais militares são sistemas fechados, fugindo dos princípios do SUS”. Ele endossou a defesa do ministro — e na verdade de qualquer um que pense na melhoria do SUS — pela definição das responsabilidades dos gestores.

Um Novo Pacto de Gestão para o SUS é um compromisso entre os gestores das três esferas de governo e tem por objetivo qualificar a gestão do SUS em função de seus princípios e diretrizes. Esse termo de compromisso indicará claramente as responsabilidades e os compromissos sanitários e de gestão, com os respectivos prazos, as vigências e as metas. Os compromissos serão guiados por eixos, como a redução das desigualdades em saúde, a ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção, a redução de riscos e agravos e o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Os gestores ficam comprometidos a: reduzir as mortalidades materna e infantil; eliminar a hanseníase e controlar tuberculose, dengue, malária, DST/Aids e doenças imunopreveníveis; controlar a hipertensão e o diabetes; reduzir a desnutrição e outros distúrbios nutricionais; reduzir os riscos à saúde relacionados às desigualdades étnicas, raciais, regionais e sociais e grupos populacionais em situação de risco e maior vulnerabilidade; garantir acesso a medicamentos, entre muitos outros itens. O Pacto de Gestão deverá ter o seu modelo discutido até setembro deste ano, e deverá ser aplicado ainda em 2005.

O secretário de Fortaleza, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, defendeu maior responsabilidade para gestores, mas com planos muito bem definidos. “Não adianta desabilitar município, porque a população fica desassistida. Se tem gestor picareta, que seja punido”. Sua fala foi muito aplaudida. Odorico mostrou-se preocupado com alguns problemas atuais, como a dificuldade de interiorização da saúde. “A falta de médicos no Brasil é um fator limitante da municipalização: os secretários municipais deste país estão desesperados atrás de médicos e não conseguem”, afirmou. “O Programa Saúde

da Família está em xeque, e o ministério tem de entrar em alerta máximo sobre PSF no Brasil”. Na maior parte dos municípios, afirmou Odorico, temos de 300 a 400 equipes flutuando sem médico, mês a mês. “Temos que discutir a questão da quantidade de médicos no Brasil, inclusive a questão da residência, a questão do trabalho”.

À tarde, duas mesas-redondas despertaram a atenção dos congressistas: O Financiamento Compartilhado e a Pactuação no SUS e Saúde da Família. A primeira, no Auditório dos Minerais, atraiu mais de 200 pessoas para ouvir o diretor de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, Elias Antônio Jorge, e o deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP). O deputado, autor do PLP 01/03, que regulamenta a EC-29, estabelecendo percentuais mínimos de investimento na área por parte da União, estados e municípios, enfatizou a importância de sua aprovação rápida. O tempo para isso está muito apertado pois, com a proximidade do período eleitoral — “quando os políticos ficam mais sensíveis aos temas da saúde” — é importante uma mobilização em larga escala de toda a sociedade. Aprovar o projeto já no segundo semestre de 2005 é fundamental, disse: ele teme alguma articulação por parte dos governadores para que o projeto não seja aprovado no Plenário da Câmara. Elias fez retrospecto da saúde no Brasil, assim como no Fórum Social Mundial da Saúde, em janeiro deste ano em Porto Alegre (*Radis* 31).

A poucos metros dali, no Auditório dos Pássaros, o secretário de Atenção à Saúde do MS, Jorge Solla, participava da mesa-redonda Saúde da Família. Ele expôs uma série de dados sobre a distribuição das equipes de Saúde da Família pelo Brasil e disse que há diversos indicadores positivos, como a redução da mortalidade infantil — resultado da política de projetos estratégicos de expansão e qualificação da atenção básica no Brasil. De acordo com ele, 231 municípios com mais de 100 mil habitantes estão recebendo recursos externos do Proesf (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) para investir na iniciativa.

Solla apontou algumas medidas importantes para o desenvolvimento da Saúde da Família: a constante formação e qualificação dos recursos humanos, a desprecarização dos vínculos do trabalho, o controle social e a atuação dos conselhos locais e a melhoria da estrutura física e da disponibilidade de equipamentos das unidades de Saúde da



A mesa de abertura: no calor de Cuibá, pacto de gestão e regionalização solidária

Família. Para ele, algumas questões são cruciais, como a vigilância em saúde, a articulação entre urgência e emergência e o controle de doenças como hipertensão e diabetes. A capacitação é importante porque, segundo Jorge Solla, muitas equipes do PSF ainda não diagnosticam essas doenças.

Depois dele, foi a vez do secretário municipal de saúde de Aracaju, Rogério Carvalho Santos. O leitor deve recordar que a capital sergipana é destaque em diversos assuntos de saúde pública, como a implementação do cartão SUS (*Radis* 30) e a infra-estrutura de suas unidades de saúde. E o secretário contou um pouco dessa experiência, afirmando que, em 2000, existiam apenas 48 equipes de Saúde da Família em Aracaju, das quais 39 era completas. Hoje, elas são 120 e há mais 20 chamadas de “ampliadas”, que contam com médico especialista além do clínico geral. Também havia 30% de cobertura sem avaliação de risco. No ano passado, esse número saltou para 85%. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que em 2000 totalizavam 22, agora são 42.

FORMANDO PARA O SUS

No Auditório das Flores, cerca de 200 pessoas se uniram para participar da mesa-redonda “Formação Multiprofissional do SUS”, no último dia do evento. O secretário-executivo da Rede Unida, Márcio José de Almeida, alertou para o fato de que a formação multiprofissional para o SUS ainda não é uma preocupação entre os dirigentes das universidades brasileiras, que, por ano, formam milhares de profissionais na área da saúde. Ele cobrou mais interação entre o setor saúde e o Ministério da Educação para que se trabalhe melhor a formação dos profissionais da área.

A representante da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, no Ceará, Ivana Cristina Barreto, apresentou uma estratégia que vem rendendo bons frutos na capacitação de

profissionais de saúde. Lá foi implantado um programa de Residência em Saúde da Família. As pessoas são formadas já no cenário de saúde com o qual vão se deparar na prática diária, para que aprendam a lidar com as dificuldades do dia-a-dia da profissão e desenvolver métodos que redundem em melhorias do sistema.

A secretária de Gestão do Trabalho e Educação do Ministério da Saúde, Maria Luiza Jaeger, disse que a área em que atua é prioritária no atual governo. Reforçou a necessidade de que o estado assuma seu papel na questão da regulação dos serviços de saúde. Lembrou os problemas da precarização, dizendo que eles ocorrem não só no Saúde da Família, como também em outros programas, como o Samu. Mas disse que as negociações com os trabalhadores estão sendo realizadas constantemente e que o PCCS (Plano de Carreiras, Cargos e Salários) está sendo elaborado de acordo com essas negociações.

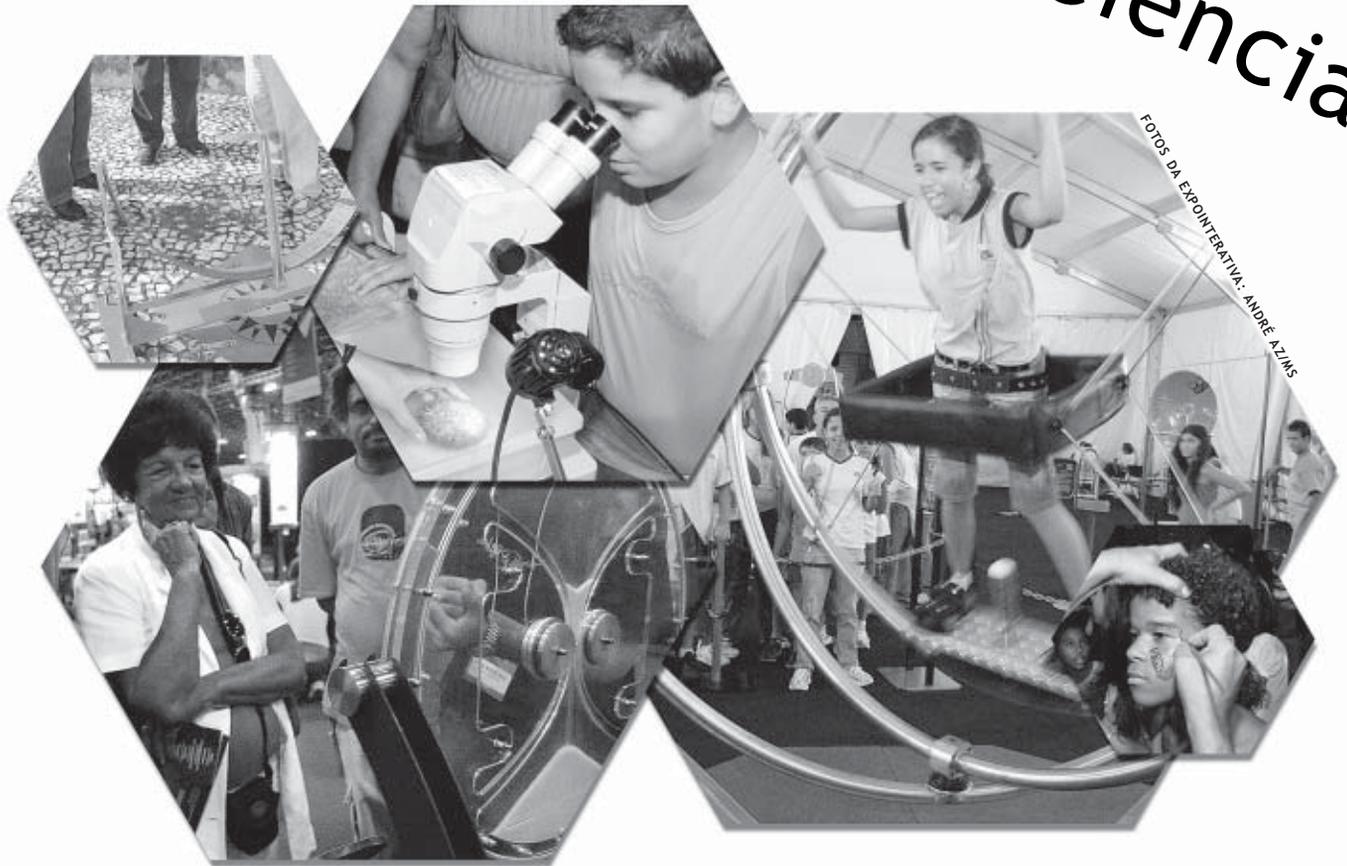
Maria Luiza disse que, apesar de todo o desenvolvimento do SUS — um processo cujas bases começaram a ser construídas na década de 70 —, até hoje apenas iniciativas pontuais foram realizadas no que diz respeito à formação de recursos humanos para o sistema. O que precisa ser feito, segundo ela, é uma política de educação consistente.

Para a secretária, é importante que a população trabalhe como autor e ator de todo o processo da saúde. E fez aí uma crítica ao uso do termo “paciente”, a pessoa em mera posição de alguém que apenas recebe o serviço, mas dele não participa. Maria Luiza disse que é preciso uma articulação permanente entre educação e saúde, e isso não é fácil de realizar. No entanto, o processo já foi iniciado, afirmou, e agora é irreversível. ■

Mais informações
Site *Conasems* www.conasems.org.br

LUZ E MOVIMENTO

Museus e Centros de Ciência



FOTOS DA EXPOLINTERATIVA: ANDRÉ AZINS

Jorge Ricardo Diniz Pereira *

Ação transformadora da educação novamente em foco e o Brasil, mais precisamente o Rio de Janeiro, em cena. Esta foi uma das impressões registradas por cada um dos muitos participantes do 4º Congresso Mundial de Centros de Ciência, realizado entre os dias 11 e 16 de abril no RioCentro (centro de convenções do Rio de Janeiro). Tendo como tema *Centros de Ciência: Rompendo Barreiras, Engajando Cidadãos*, os participantes apresentaram e discutiram – em conferências, debates, mesas-redondas e oficinas – aspectos e características presentes na relação entre a sociedade e os museus e centros de ciência em diversas partes do globo, possibilitando intensa troca de experiências. Ficou demonstrada a impor-

tância de tais instituições em qualquer sociedade que se pretenda mais participativa, independentemente da concepção ou modelo adotado.

O Congresso, maior do gênero já realizado nas Américas, contou com outros eventos associados – a 9ª Reunião da Red-POP, anteceden-

Rede de Popularização da Ciência e da Tecnologia na América Latina e no Caribe (www.redpop.org), criada no Rio de Janeiro, em 1990, durante o Programa de Ciência, Tecnologia e Sociedade da Unesco. Hoje com mais de 80 integrantes de 15 países, promove, com mecanismos de cooperação, a articulação de centros e programas de popularização da ciência da região.

A primeira foi em 2000 (Pune/Índia), por iniciativa do Centro Nacional para Comunicadores de Ciência, instituição indiana criada para a disseminação da ciência. A Conferência cresceu, foi reconhecida internacionalmente e gerou a criação da União Internacional para Comunicadores de Ciência (<http://216.15.204.147/cgi-bin/ncsc/IUSC.asp>).

do o evento principal, e, paralelamente, a 3ª Conferência Internacional para Comunicadores de Ciência e a ExpolInterativa: Ciência para Todos – que resultaram em 242 trabalhos apresentados a 1.144 participantes de 550 instituições oriundas de 44 países, e, aproximadamente, 50 mil visitantes da ExpolInterativa (*Radis* nº 33).

Números impressionantes que comprovam o crescente interesse nas áreas de educação em ciências e divulgação e popularização da ciência, além de ratificar ações e políticas públicas nacionais voltadas para o setor.

MODELOS E VERTENTES

Ao relatar sua trajetória, desde a infância até se tornar astrofísico e cosmólogo, o conferencista indiano Jayant Narlikar descreveu algumas das etapas do processo de construção da educação

em ação!

em ciência

nos centros de ciência indianos até chegar à atual rede de centros de ciência – referência mundial reconhecida por especialistas de diversas áreas, a Índia se destaca no cenário internacional por ter desenvolvido diversas iniciativas na área de educação em ciência, sendo, por exemplo, o primeiro país a construir um parque de ciências.

Narlikar classificou e analisou o trabalho desenvolvido em diversos museus e centros de ciência de seu país e do mundo, para se deter nos planetários – onde desenvolve renomado trabalho de popularização da ciência e formação de núcleos de astronomia e astrofísica por toda a Índia. Para Narlikar, a disseminação do pensamento racional introduzido pela ciência deve servir de contraponto a superstições e crenças tradicionais de várias sociedades, objetivando formas de ordenação social adequadas ao estágio científico atual.

Já os participantes de um dos painéis sobre inclusão social, *Inclusão total: Museus de Ciência para todos*, relataram suas experiências na elaboração de programas que possi-

bilítaram a inclusão de grupos socialmente desfavorecidos ou marginalizados nas atividades propostas por museus de ciências, proporcionando novas formas e mecanismos de efetiva mudança social. Os relatos, bem distintos na forma e no conteúdo, demonstraram uma vez mais o potencial de transformação das instituições em questão. Os exemplos apresentados – Petrosains/Malásia, Universum/México, Exploratório/Argentina e Museu da Vida/Brasil – revelaram a importância da articulação com programas e processos educacionais em cada um dos países, otimizando e potencializando as ações desenvolvidas.

Uma profunda e instigante reflexão sobre os modelos e as formas de construção do conhecimento e sua exibição em museus de ciências foi proposta ao público na sessão *A construção do conhecimento científico e a representação da ciência: O que esperar dos museus?*, por especialistas que abordaram, entre outros aspectos, a gênese dos museus de ciência e algumas das formas de representação da cultura material presentes na construção de “modelos” de exibição (Margareth Lopes-Unicamp/Brasil); os problemas e questões decorrentes das atuais formas de representação de modelos sociais presentes nos processos de criação das exposições museológicas (Myanna Lahsen-Universidade do Colorado/EUA); e, por fim, a construção de museus e representações museológicas atuais, em que as ciências sociais e humanas são colocadas de lado ou à margem desses processos criando, no mínimo, instituições “afetadas” (Jorge Rivera-Universidade de Évora/Portugal).

A troca de experiências entre os participantes, constante em todo o evento, foi enfatizada também nas oficinas – em alguns casos, resultado de projetos consagrados de instituições



como Museo de la Ciencia Y el Juego/Colômbia; David Heil Associates/EUA; Faculdade de Educação-USP/Brasil e outros – e nas visitas técnicas aos principais museus e centros de ciência sediados na cidade do Rio de Janeiro: Planetário da Cidade, Museu de Astronomia e Ciências Afins, Jardim Botânico e Museu da Vida.

AGENTES DE MUDANÇA

Um desafio a ser vencido. É dessa forma que o tema central do próximo Congresso Mundial de Centros de Ciências, “Centros de Ciência como agentes de mudança”, a ser realizado em Ontário/Canadá, em 2008, pode ser visto pelos egressos do 4º Congresso – em particular, os oriundos de países onde museus e centros de ciência ainda são raros e, em muitos casos, vistos com certo estranhamento e indiferença.

Mudar essa realidade, tornando a experiência cotidiana para todos, é o desejo dos profissionais que nunca deixaram de acreditar no poder transformador da educação.

Um dos frutos vem aí: o Ministério da Ciência e Tecnologia, com colaboração de instituições de todo o país, promoverá em outubro a Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, para sistematizar e integrar ações voltadas para a difusão e a popularização da ciência. Na primeira edição, em 2004, a Semana apresentou 1.842 atividades em 252 cidades, por mais de 500 instituições.

Pela primeira vez na agenda da Semana um evento especial: “Brasil, Olhe Para a Água!”, para mobilizar o maior número possível de pessoas em torno da questão, tão essencial à vida do país e do planeta. 

Material de divulgação
semanact2005@mct.gov.br

* Historiador, Setor de Documentação do Programa Radis



SERVIÇO

EVENTOS

6º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA

Foz do Iguaçu sediará a sexta edição do Congresso Brasileiro de Bioética, que traz como tema geral Bioética, Meio Ambiente e Vida Humana. Organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética, o evento tem como principal objetivo discutir a preservação ambiental como condição primordial para sobrevivência da vida humana no planeta. Os temas em debate são: Bioética no contexto do Hemisfério Sul; Aspectos éticos e legais do uso terapêutico das células-tronco; Bioética e cidadania; Direitos reprodutivos da mulher na América Latina; "Água, bioética e vida; Bioética, sustentabilidade e meio ambiente; Bioética e os desafios do envelhecimento humano; e Bioética e direito.

Data 30 de agosto a 3 de setembro
Local Centro de Convenções do Hotel Mabu, Foz do Iguaçu, Paraná

Mais informações

Secretaria Executiva do Congresso

Fax (61) 328-6912

Site

www.sbbcongressobioetica2005.com.br

9º CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA

As relações entre saúde e desenvolvimento são o tema central do 9º Congresso Paulista de Saúde Pública, organizado pela Associação paulista de Saúde Pública. O evento, que tem como público alvo gestores, pesquisadores, profissionais de saúde, docentes, alunos de pós-graduação e de graduação, está dividido em três eixos temáticos: "Saúde e desenvolvimento político"; "Saúde e desenvolvimento social"; e "Saúde e desenvolvimento econômico". O objetivo do congresso é colocar o foco nas relações entre saúde e desenvolvimento e reafirmar a saúde como qualidade de vida, como bem estar no mundo. Envio de trabalhos: até 30 de junho.

Data 22 a 26 de outubro

Local Universidade Católica de Santos, Santos, SP

Mais informações

Tel. (11) 3032-6209

E-mail apsp@apsp.org.br

Site www.apsp.org.br

4º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOSSEGURANÇA

Porto Alegre sediará o 4º Congresso Brasileiro de Biossegurança, que ocorre paralelamente ao 4º Simpósio Brasileiro de Produtos Transgênicos e ao 1º Encontro Nacional dos Presidentes de Comissões Internas de Biossegurança. Bioterrorismo, bioética, questões jurídicas da biotecnologia e liberação de organismos geneticamente modificados são alguns dos temas do evento. Estarão presentes ao congresso, organizado pela Associação Nacional de Biossegurança, representantes dos comitês de biossegurança da América Latina, da Europa, dos Estados Unidos e do Canadá.

Data 26 a 29 de setembro

Local Hotel São Rafael, Porto Alegre, RS

Mais informações

Tel. (21) 2220-8327 / 2220-8678

Fax (21) 2215-8580

Site www.anbio.org.br

NA INTERNET

NOVO SISTEMA DE DADOS SOBRE AIDS

O Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde lançou, em dezembro de 2004, o Monitoraids, sistema que reúne dados nacionais, estaduais e regionais sobre HIV/Aids. O serviço oferece indicadores da evolução da doença segundo idade, raça e escolaridade. Apresenta também trabalhos de prevenção, evolução de compras de preservativos e outros dados em forma de tabelas e gráficos. O Monitoraids, que recebeu apoio da Opas/OMS, é baseado em outros 10 sistemas nacionais e internacionais. Site www.aids.gov.br/monitoraids/start.html

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTOS — EDITORA FIOCRUZ

Obra Completa de Adolpho Lutz, editada e organizada por Jaime Larry Benchimol e Magali Romero Sá, ambos da Fiocruz, é uma homenagem a um dos mais importantes



cientistas que o país já teve. Filho de

país suíços que emigraram para o Brasil em 1850, no auge da epidemia de febre amarela que devastou a então capital do Império brasileiro, Adolpho Lutz (1855-1940) foi o precursor das modernas campanhas sanitárias e dos estudos epidemiológicos envolvendo, sobretudo, a cólera, a febre tifóide, a peste bubônica e a febre amarela. A Editora Fiocruz oferece agora toda a obra, composta por quatro livros: *Primeiros trabalhos: Alemanha, Suíça e Brasil*; *Hanseníase*; *Dermatologia e micologia*; e ainda um suplemento com glossário, índices e resumos.

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

EDITORA VIEIRA & LENT/MUSEU DA VIDA/CASA DA CIÊNCIA



Terra Incógnita —

Dois novos volumes da série Terra Incógnita estão sendo lançados pelas editoras Museu da Vida/Fiocruz, Casa da Ciência/UFRJ e Vieira & Lent, com análises e reflexões sobre a divulgação científica. O primeiro livro é *O pequeno cientista amador — a divulgação científica e o público infantil*, organizado por Luísa Massarani, jornalista especializada em ciência. Traz oito artigos de autores de Brasil, México e Chile, que discutem os desafios e as estratégias para inserir a ciência no mundo infantil, explorando a curiosidade das crianças sobre o mundo a sua volta. O segundo livro é *Terra Incógnita — a interface entre ciência e público*, da mesma organizadora, o jornalista de ciência britânico Jon Turney e o divulgador brasileiro Ildeu de Castro Moreira. Reúne 13 artigos de alguns dos principais autores no campo da comunicação científica no cenário internacional, e procura explorar melhor o território pouco conhecido da interface entre ciência e público.

Mais informações

E-mail cestudos@coc.fiocruz.br

Editora Vieira & Lent

Tel. (21) 2262-8314

E-mail editora@vieiralent.com.br 

PÓS-TUDO

Medicina social e gestão pública – da teoria à prática

Trecho da palestra proferida no Congresso Latino-Americano de Medicina Social (Lima, 2004), que resume a problemática geral do SUS. Íntegra no site do Conasems (www.conasems.org.br).

Sílvio Fernandes da Silva *

Vou dividir minha fala em três tópicos: avanços, dificuldades e desafios do SUS.

Avanços – 1. Um dos avanços mais importantes foi o surgimento e a consolidação de Sistemas Municipais de Saúde. Nos últimos dez anos esses sistemas conquistaram maior autonomia de gestão, em especial ao administrar os recursos federais que passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde. Cerca de 70% dos recursos financeiros federais destinados à atenção ambulatorial e hospitalar estão sendo transferidos à gestão municipal.

Os sistemas municipais ampliaram o acesso da população aos serviços básicos de saúde, e contribuíram para um impacto positivo nos indicadores epidemiológicos, na qualidade da atenção materno-infantil, em especial na melhoria do Pré-Natal e do desenvolvimento das crianças, na redução de doenças imunopreveníveis e na saúde bucal da população mais jovem.

2. Esse processo permitiu também a construção de novos modelos de atenção à saúde. A estratégia estruturante do Programa Saúde da Família é a mais marcante: o país se aproxima das 20 mil equipes, com médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde, atendendo mais de 70 milhões de brasileiros. Novos princípios organizativos, como a adscrição de uma comunidade à sua equipe de saúde, ampliando o vínculo entre profissionais e usuários, e o uso da epidemiologia para identificar riscos e acolher os usuários de forma mais humana nas unidades estão na agenda de mudança das práticas sanitárias. Surgem modelos de saúde com características inovadoras em diversos municípios.



3. A magnitude do sistema público de saúde: 90% dos brasileiros são, de algum modo, usuários do SUS. A rede pública tem mais de 63 mil unidades ambulatoriais e mais de 440 mil leitos hospitalares. Realiza mais de 1 bilhão de procedimentos de atenção básica e 11,7 milhões de internações por ano; são 83 mil cirurgias cardíacas, 60 mil cirurgias oncológicas e 23.400 transplantes de órgãos por ano pelo SUS. Possivelmente, o maior volume de procedimentos públicos em saúde no mundo.

4. Há avanços em duas políticas específicas: a de atenção a doentes de Aids, modelo mundial pela cessão de anti-retrovirais, e a reforma psiquiátrica que, mesmo lentamente, adota formas terapêuticas inovadoras.

Dificuldades – As dificuldades relacionam-se à pouca governabilidade e governança das administrações locais, no contexto em que se deu a descentralização da saúde. Há estrangulamentos financeiros e legais em dois aspectos: no financiamento insuficiente para que governos locais expandam serviços e na questão dos recursos humanos, já que a transferência da responsabilidade de boa parte da assistência à saúde aos municípios exige reposição de trabalhadores, nem sempre possível por falta de recursos e instrumentos legais.

O gasto total em saúde hoje equivale a cerca de 8% do PIB. O gasto público tem variado de 3% a 3,5% do PIB. Entendo que elevar esse percentual

para, no mínimo, 5% é fundamental para a consolidação da Reforma Sanitária.

Outro fato importante: o pacto federativo brasileiro. Com a descentralização, os municípios destinam porcentagem mais significativa de receitas à saúde. Mas sua capacidade de gasto é pequena, já que a fatia tributária da receita nacional que cabe aos 5.560 municípios é de apenas 13%. Ou seja, mesmo elevando seus gastos em saúde, os municípios ficaram responsáveis por cerca de 25% do total do financiamento do SUS.

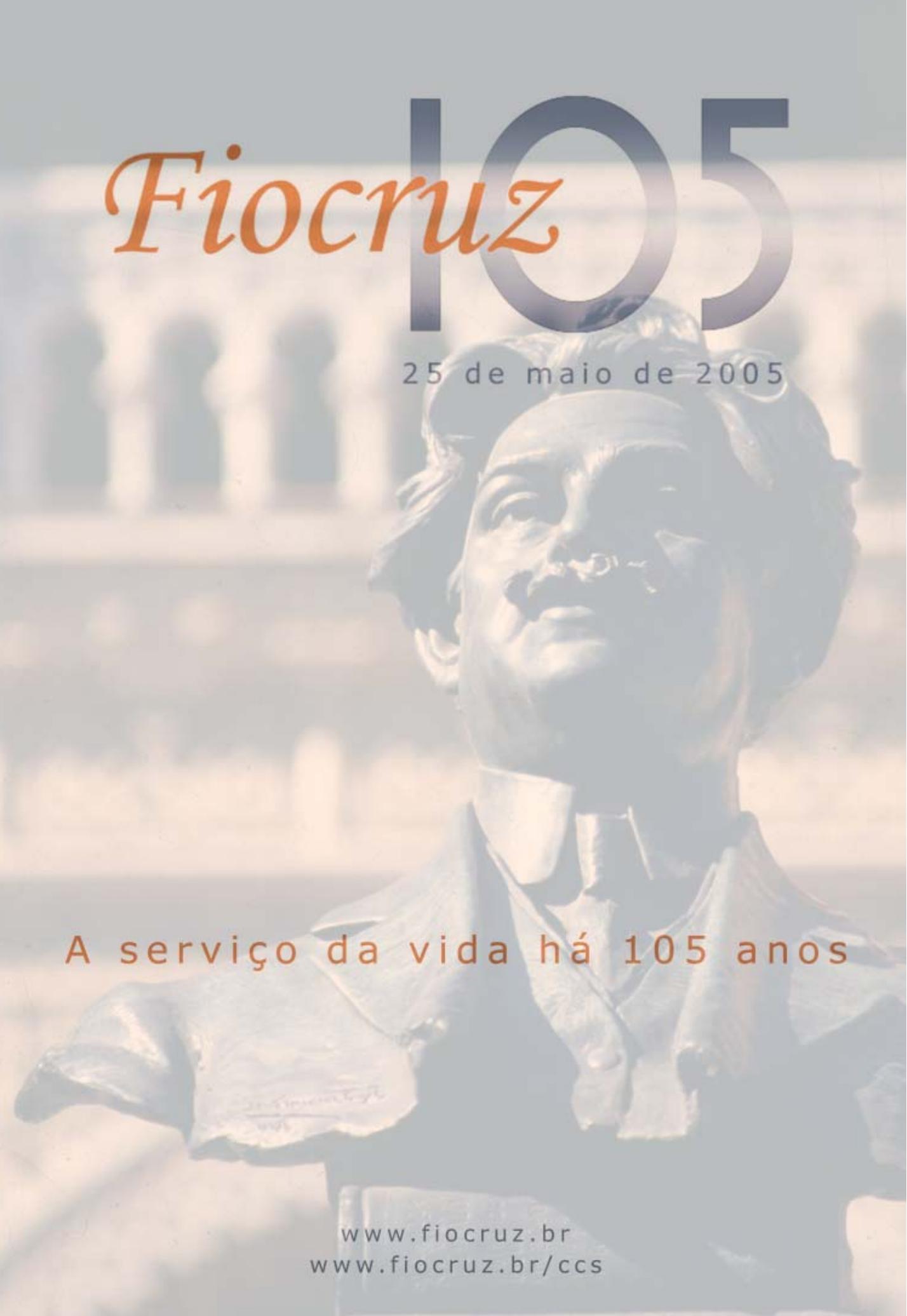
A responsabilidade pela contratação de pessoal está sendo atribuída principalmente aos municípios e, mesmo recebendo recursos da União, eles têm sido insuficientes. Essa situação ocasiona muitas vezes contratações precárias de trabalhadores.

Desafios – Financiamento: foi aprovada emenda à Constituição (EC 29) que vincula parte da receita obrigatoriamente a gastos em saúde. O cumprimento dessa emenda, em fase de regulamentação, ampliará as fontes de financiamento para 4% do PIB (US\$ 4 bilhões/ano para o SUS).

Regionalização da Atenção à Saúde: aperfeiçoará o acesso e o fluxo dos pacientes de um município para outro. Estamos em fase de construção de novos pactos de gestão e de atenção à saúde.

Mudança do modelo hegemônico: com a efetiva incorporação de novas práticas sanitárias, buscando efetivar os princípios da integralidade e equidade das ações de saúde, para reorganizar a oferta de serviços, visando atender a demanda não de forma médico-centrada, mas com novos protocolos que valorizem o trabalho em equipe e a solução dos problemas dos pacientes em atuação multiprofissional; lançando um novo olhar sobre o território de saúde – ou seja, sobre a área adscrita da equipe de saúde –, procurando compreender o processo saúde-doença da comunidade, agindo tanto setorialmente como intersetorialmente, para intervir em causas e riscos sempre que possível. ■

* Presidente do Conasems



Fiocruz 105

25 de maio de 2005

A serviço da vida há 105 anos

www.fiocruz.br
www.fiocruz.br/ccs