

NESTA EDIÇÃO



Debates na Ensp/Fiocruz

Um ou dois questionamentos sobre investigação e avaliação de serviços em saúde

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 38 ♦ Outubro de 2005

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

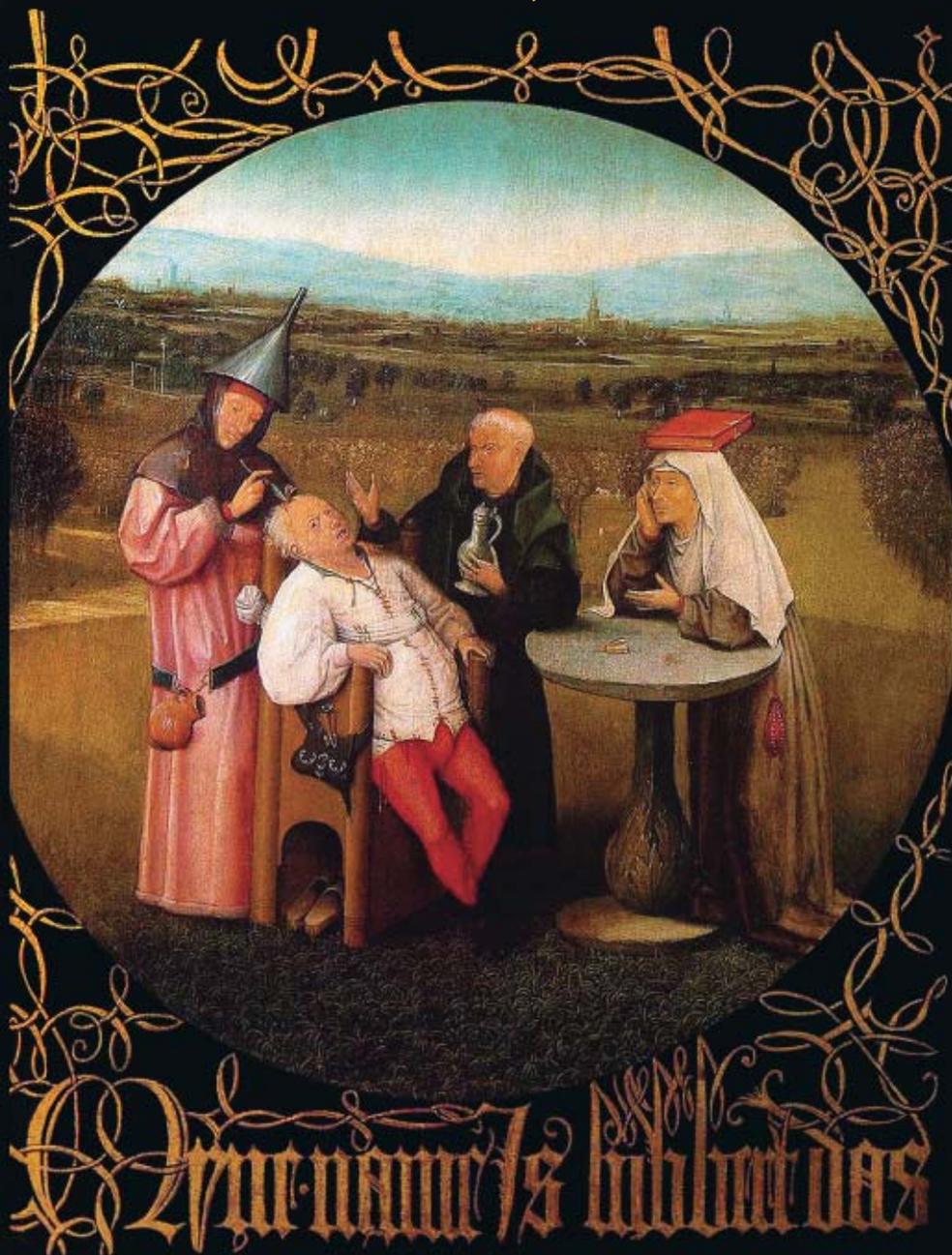
Impresso Especial

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

...CORREIOS...



REFORMA PSIQUIÁTRICA É LENTA, MAS AVANÇA



Balanco da política de Saúde Mental mostra conquistas inegáveis, apesar das resistências e dificuldades

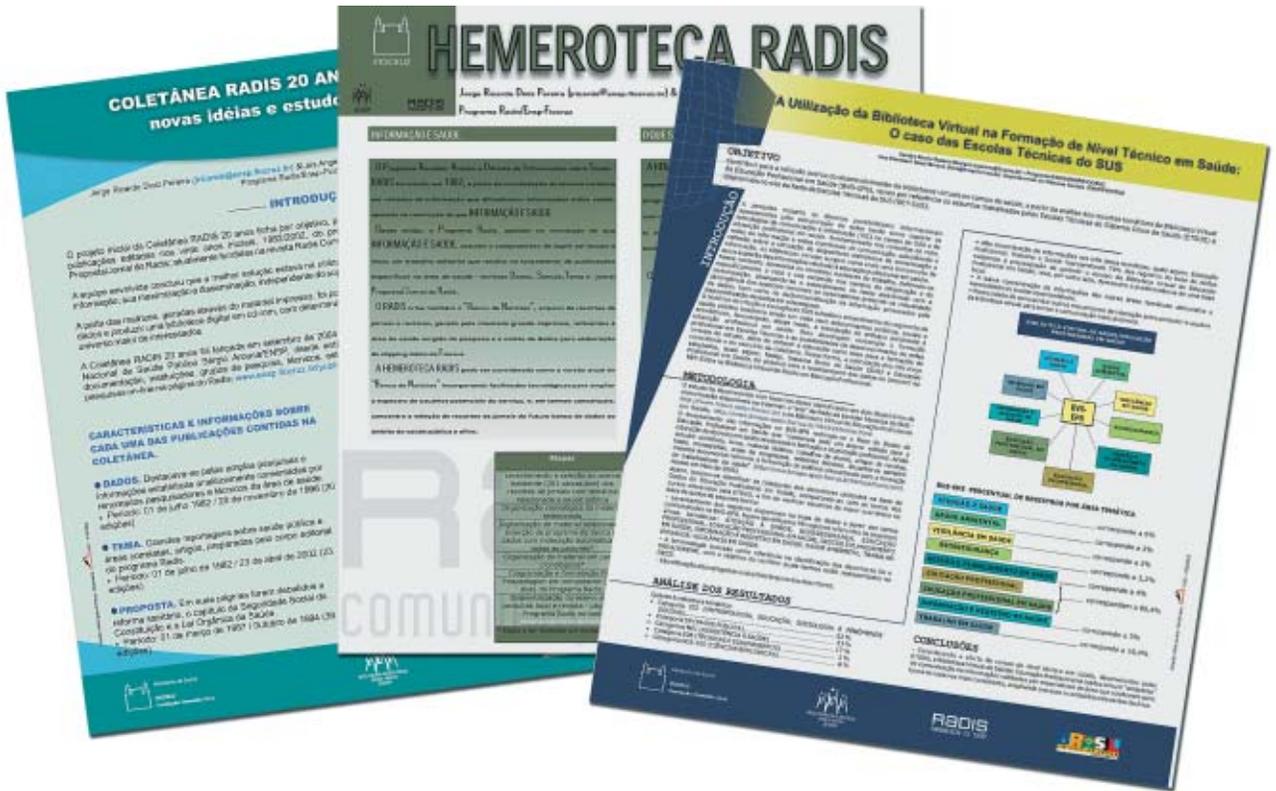
Fragilidade da vida: no futuro, um novo indicador de saúde?

Conferência das Cidades defende a reforma urbana já

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário de Atenção à Saúde
prefere negociação a punição



RADIS no compartilhamento do conhecimento em saúde



O arquivista Jorge Ricardo Pereira, a museóloga Laís Tavares e a bibliotecária Sandra Benigno, todos do Setor de Documentação do Programa RADIS, da Ensp/Fiocruz, levaram três trabalhos ao 9º Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas (ICML), que pela primeira vez teve lugar na América Latina, em Salvador, de 20 a 23 de setembro. Eles participaram das Sessões de Pôsteres com os estudos *Coletânea Radis 20 Anos*, *Hemeroteca Radis* e *Gestão das informações da área de educação profissional em saúde – Trabalho em rede e inclusão social*.

Laís e Jorge fizeram, em conjunto, relato da experiência de produção da *Coletânea Radis 20 Anos*, lançada em 2004, que reuniu, em CD-ROM, as 177 edições e as 2.112 páginas dos periódicos *Súmula*, *Tema*, *Dados* e *Jornal Proposta/Jornal do Radis* – publicados entre 1982 e 2002 e hoje consolidados na revista *Radis* –, experiência que visa democratizar o acesso a conteúdos cujo formato impresso está esgotado. Ao fa-

larem sobre características e funcionalidades do projeto, os profissionais procuraram contribuir para a reflexão sobre novas possibilidades em gestão de informação e conhecimento, especialmente na estruturação de fontes de informação em saúde e em mecanismos de disseminação e compartilhamento.

A dupla também fez breve relato histórico do Programa RADIS para apresentar o projeto de criação da futura Hemeroteca RADIS – um banco de dados de recortes de jornais brasileiros com assuntos relativos à saúde pública, para consulta local e remota pela internet, formado a partir do acervo acumulado pelo programa ao longo de seus 23 anos de existência. A hemeroteca poderá subsidiar pesquisas e estudos que auxiliem na tomada de decisões técnicas e gerenciais, além de possibilitar, dentro de seus limites, a salvaguarda da memória da saúde pública. O projeto tem ainda como objetivo fomentar uma rede de iniciativas afins pelo país.

Por sua vez, Sandra apresentou estudo, em parceria com Ilara

Hämmerli Sozzi Moraes, também da Ensp/Fiocruz, sobre o papel das redes eletrônicas de comunicação e informação na educação profissional de nível médio em saúde. O trabalho analisa os recortes temáticos da Biblioteca Virtual de Saúde em Educação Profissional (BVS-EPS), tendo por referência os assuntos trabalhados pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), disponíveis no site da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

Organizado pela primeira vez no Brasil, o ICML9 conjugou reuniões nacionais e internacionais, entre as quais o 7º Congresso Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, o Crics7, e a 4ª Reunião de Coordenação Regional da Biblioteca Virtual em Saúde.

O evento foi promovido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/Opas/OMS), em parceria com o Ministério da Saúde e a Federação Internacional de Bibliotecas.

Conversa de doido

Baruch Spinoza dizia que o homem livre pensa sempre na morte, mas que sua sabedoria está em meditar sobre a vida. Delicada e revolucionária, a psiquiatra Nise da Silveira não conheceu Spinoza, mas, 300 anos após a morte do filósofo, lhe escrevia cartas para aproximar-se dele “como discípula e como amiga”. Porém Nise conheceu Arthur Bispo do Rosário no antigo hospício Pedro II e pôde incentiva-lo a criar e revelar sua arte consagrada em todo o mundo. O sanitarista David Capistrano Filho não conheceu o escritor Lima Barreto, que escreveu *Diário do hospício* quando internado pela polícia no Pedro II, mas promoveu a histórica intervenção e humanização na terrível Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), e teve como discípulo o secretário de saúde Luiz Odorico, que fechou o manicômio Casa de Repouso Guararapes, onde morreria Damião Ximenes Lopes, sem a chance de ver Luís Tófoli coordenar uma rede de atenção integral à saúde mental em Sobral (CE), nem de ouvir falar de Gastão Wagner ou Rosana Onocko e da rede de centros de atenção psicossocial de Campinas (SP). Hilton Marinho é um simples assistente-administrativo num pequeno município fluminense, mas defende o SUS com paixão, como sua vizinha na seção de cartas desta revista, Christiane Brito, que é baiana como Raul Seixas, compositor preferido da Rádio TamTam e das festas registradas pela TV Pinel. César Victora conhece Jairnilson Paim, que conhece José Temporão, que conhece Madel Luz, que conhece Pedro Gabriel, irmão de Paulo Delgado, autor do Projeto de Lei pelo fim dos manicômios, alterado e aprovado na forma do substitutivo de Sebastião Rocha, texto criticado por Jéferson Rodrigues. Todos defendem o SUS, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, como o *doutor* Domingos e tantos outros conhecidos e anônimos que não aparecem nesta edição de *Radis*. E todos provavelmente admiravam Herbert de Souza, o Betinho, que amava o povo brasileiro. Todos loucos, que é uma “categoria social”, como ensina o mestre Paulo Amarante, discípulo de Franco Basaglia. Loucos por acreditar e lutar pela saúde de cada um e da coletividade. Loucos pela vida.

Rogério Lannes Rocha
 Coordenador do Radis

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ RADIS no compartilhamento do conhecimento em saúde 2

Editorial

- ♦ Conversa de doido 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

9



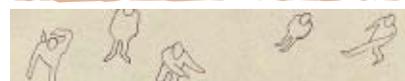
Saúde mental

- ♦ Como anda a Reforma Psiquiátrica? 10



Debates na Ensp/Fiocruz – Epidemiologia

- ♦ Investigação e avaliação dos serviços em saúde 20
- ♦ César Victora: “Nem todas as populações são iguais” 21
- ♦ Jairnilson Paim: “Nosso campo está no olho do furacão” 25



Ciências sociais e humanas

- ♦ Fragilidade da vida – Um futuro indicador de saúde? 28

6ª Conferência das Cidades

- ♦ Água, esgoto, lixo e drenagem, o “quarteto mágico” da saúde pública 30

História da Fiocruz

- ♦ Memórias que valem a pena 32

Entrevista: José Gomes Temporão

- ♦ “Nada na saúde foi construído em cima de punições, mas de articulação e pactuação” 33

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ Poder do cidadão 35

Capa Aristides Dutra sobre pintura de Hieronymus Bosch

Ilustrações Cassiano Pinheiro



CARTAS

LOGOMARCA DO SUS



Parabéns pela magnífica matéria de julho (Jesuan Xavier e Wagner Vasconcelos). O descaso é a mais pura realidade e, sem dúvida, atende a conveniências. Sou servidor federal desde 1/4/85 (antigo Inamps), municipalizado em 1989, e desde então sou assessor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Pádua (RJ). A municipalização conduziu à necessidade de criar inúmeros impressos e em todos eles dei ênfase à marca do SUS e

(acima). Não obstante, nas fachadas das Unidades de Saúde ainda é rara essa presença, pois a gestão nos municípios está muito centrada no "prefeito", por culpa do próprio ministério. E, geralmente, nenhum prefeito entende e nem quer entender de SUS; portanto, divulgar a responsabilidade que o SUS traz junto com a marca não é prioridade.

A tira do Marcelo é genial! Precisa ser espalhada! E o exemplo de Santa Catarina, ao se somar aos outros, anima-nos a acreditar que o SUS ainda será respeitado e consolidado. Será aquele trabalho de construção da casa, tijolo-a-tijolo, sobre os alicerces já fundados. Não pode é haver retrocesso.

O Ministério da Saúde devia ir para a TV, de maneira séria e honesta – sem maracutaias (leia-se SMP&B e DNA) e resgatar a afirmação da marca junto à população. Uma parceria com as novelas e com os horários esportivos desempenharia um grande papel nessa cruzada. E quanto mais rapidamente começar, melhor. Já perdemos uma década e meia.

No nosso receituário comum atual, com a aprovação do secretário municipal de Saúde da gestão 2001/2004, incorporei a marca d'água do SUS e

duas chamadas para medicamentos genéricos. Mas já tem médico "implorando" indiretamente, "sugerindo" que se gaste menos espaço com letras e "desenhos" para sobrar mais espaço para a prescrição (aquela garranchada que todos conhecemos), certamente de "não-genéricos".

E o PCCS do SUS, enquadrando nas mesmas regras os servidores das três esferas de governo, é fundamental e urgente, inadiável. Com o calamitoso quadro atual, promover a marca implicará o risco de desmoralizá-la para sempre!

♦ Hilton de Abreu Marinho, Santo Antônio de Pádua, RJ

PROBLEMAS MUNICIPAIS

Numa interpretação do regimento (caduco) do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, foi aprovado que conselheiros não podem ficar mais de quatro anos no conselho. Essa medida, acima de tudo, fere a autonomia das instituições, que têm o direito de escolher suas representações conforme lhe convém. E vai de encontro à Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. A impressão que fica é que querem fazer um conselho aparelhado e ideológico.

Observação: em Fortaleza a logomarca do SUS é respeitada.

♦ Jaime Sobreira Arriaga, sociólogo, Fortaleza

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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 44 mil exemplares
Assinatura grãtis
(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

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-

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Wagner Vasconcelos (Brasília/Direb),
Claudia Rabelo Lopes e Thiago
Vieira (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e
Cassiano Pinheiro (estágio
supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

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

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.

Uex-coordenador de políticas públicas do governo anterior do Ceará apoiou, com o restante dos gestores da Secretaria de Saúde de Fortaleza, que conselheiros não fiquem mais de quatro anos no conselho. (...) Vergonha, vergonha mesmo!

♦ Luciano Klem, Fortaleza

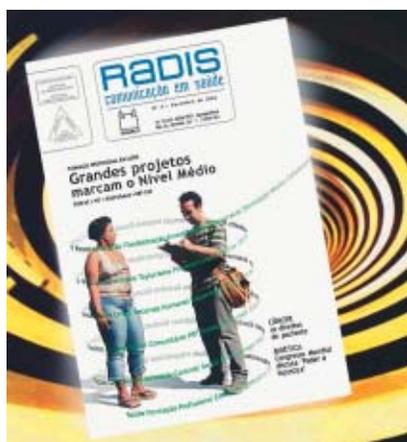
Recebo as publicações do Programa Radis há mais de 4 anos, e gostaria de parabenizar os editores: todo o conteúdo é de grande importância para o nosso conhecimento na área de saúde pública. Quero aproveitar para protestar contra o descaso com que o gestor deste município conduz a saúde pública; se eu relatar tudo não caberá nesta revista, só mesmo vindo para crer.

♦ Juarez Macedo Silva, Planalto, BA

A saúde de Açailândia foi municipalizada em 1995, mas até hoje não cumpriu as regras estabelecidas pela Lei 8.142/90 para receber os recursos do Fundo de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem como presidente o secretário de Saúde, o que não é recomendado pelo CNS. Não criou o plano de carreira (PCCS) da área da saúde e não cumpre as deliberações do CMS, violando assim os direitos do conselho e dos funcionários da saúde.

♦ Conselho Municipal de Saúde, Açailândia, MA

SEMPRE EM PAUTA



Há algum tempo chegou até minhas mãos uma revista *Radis*. Fiquei muito entusiasmada e levei para os colegas de trabalho, que também gostaram muito. Como sou agente comunitário de saúde e a revista tratava justamente do assunto, fiquei ainda mais motivada: era a edição nº 4, de novembro de 2002. Já que se passaram quase três anos, gostaria de sugerir nova reportagem, para mostrar os desafios deste profissional, como o trabalho está sendo visto tanto pela população como pelas autoridades e os resultados obtidos com o programa.

♦ Sônia Regina Godinho Borcard, Juiz de Fora, MG

Gostaria de parabenizá-los pela excelente revista que é a *Radis*, sempre abordando temas apropriados para quem trabalha e utiliza a saúde pública no Brasil. Mas, como sabemos, os profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, não têm nenhuma garantia nem direitos trabalhistas. Então, queria saber se existe algum projeto para legalizar

esta situação e qual a previsão de que entre em prática.

♦ Francisca Patrícia Santos Araújo, Bacabal, MA

▣ *Caras leitoras, a Radis tratou do tema nas edições 26 e 35. E deve voltar logo ao assunto, porque o plano de carreira dos trabalhadores do SUS está em fase final de discussão.*

DEMISSÃO EM MASSA

Saudações e obrigado pela minha primeira de muitas revistas que receberei. Acho o máximo a revista, um complemento ótimo para nós que nos interessamos por saúde.

Gostaria de perguntar se os agentes comunitários de saúde de uma cidade que estão em dia com o trabalho e o fazem bem podem ser demitidos por um administrador por motivos políticos, tendo em vista que esses ACS tinham em sua maioria quase quatro anos de experiência. Após essa demissão em massa colocaram outros agente, sem perfil algum para o trabalho, tanto que já foram trocados em apenas três meses. Será que o Ministério da Saúde não pode fazer nada, não pelos direitos dos AGS demitidos, mas pelos direitos do povo, que está sofrendo muito? Às vezes ficam até dois meses sem dipirona, sem contar o descaso.

♦ Adalberto Luiz Santos, agente comunitário de saúde de 2001 a 2004, Buritana, SP

ATRASO SUPERADO

Gostaria de agradecer pelo envio da revista, mas ultimamente ela está chegando atrasada. Para se ter uma idéia, a nova edição já está online e somente ontem recebi a edição anterior (a da logomarca do SUS). Acredito que a demora seja por problemas de postagem, mas nós que amamos esta revista não conseguimos ficar tanto tempo esperando. Continuem produzindo este importante veículo de comunicação e interação para o Setor Saúde.

♦ Julio Cesar da Silva Sanches, Nova Friburgo, RJ

Fiquei sabendo da *Radis* por um amigo, fiz a assinatura e em pouco tempo já estava recebendo a revista; no entanto, nos dois últimos meses fiquei sem recebê-la (junho e julho) e está fazendo muita falta, pois seu conteúdo é indispensável para quem quer estar bem-informado. Queria saber o que posso fazer para voltar a receber a revista.

♦ Jussara Albuquerque, Belém

Sou assinante da *Radis* e não recebi dois exemplares nº 35 e 36. Não posso ficar sem eles...

♦ Alessandra Pereira da Silva, Jacobina, BA

▣ *Queridos amigos, pedimos desculpas mais uma vez. Já trocamos a empresa expedidora, e as dificuldades principais foram superadas. Um novo problema surgiu em setembro, com a greve dos Correios. Mas a entrega logo estará normalizada.*

PRIMEIRO EXEMPLAR

Recebi o primeiro exemplar da revista *Radis* após solicitar minha assinatura. Gostaria de agradecer por este presente e enfatizar a importância desta revista como meio de disseminação de informações de extrema relevância para todos os que se interessam pela Saúde Pública em nosso país.

♦ Vanessa Barreto Fassheber, Juiz de Fora, MG

TERCEIRO EXEMPLAR



Estou recebendo pelo 3º mês a edição da revista e confesso que é uma aula de cultura e informação. Sem contar que ficamos nós, assinantes desta revista, orgulhosos de poder participar de uma equipe competente e profissional. Estou me dedicando à leitura todo mês, e aprendendo sobre problemas sociais, políticos, culturais e, por que não dizer, de cidadania. Muito obrigado pela oportunidade. Vou me esforçar para que no futuro possa participar deste time e colaborar com os cidadãos que querem construir uma sociedade mais justa e solidária.

♦ José Ademilson da Silva (Zé de Nonda), técnico em enfermagem, educador popular em saúde, integrante do Conselho Tutelar de Brejo da Madre de Deus, PE

EXEMPLARES ÚTEIS

Sou estudante de Enfermagem do 6º semestre da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Quero agradecer os exemplares da *Radis*, que serão utilizados como referencial em meu projeto de monografia em saúde pública. É considerável o compromisso da *Radis* na divulgação de temas relevantes do panorama de saúde, abordando com pertinência o rompimento do sistema médico-assistencial privatista, voltado para a doença, e a inserção e validação do modelo da vigilância em saúde, que trabalha com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população.

♦ Christiane da Silva Brito, Jequié, BA

Sou estudante do Centro Profissionalizante Técnico em Enfermagem, e gostaria de parabenizar pelas matérias publicadas na *Radis*, que têm nos ajudado muito em nossas palestras sobre saúde pública.

♦ Nubia Lima, Uruará, PA

Sou acadêmica do 6º período do curso de Enfermagem e, desde que comecei a ler os assuntos desta revista que estão relacionados com a saúde pública, gostei muito dos conteúdos abordados. Obrigada à *Radis* por ter aceitado minha assinatura. Sei que vou aproveitar muito esta revista.

♦ Cleusa Mara Werkhauser, Três de Maio, RS

Tenho recebido os exemplares da revista *Radis* e, como leitor, gostaria de parabenizá-los pelas matérias publicadas, que nos servem como fonte de pesquisa. Parabéns à Fiocruz, aos redatores e a toda a equipe técnica deste meio de comunicação tão importante para nós, profissionais da saúde, que recebemos e damos orientações ao nosso povo para ter uma vida saudável. Meus cumprimentos e minha gratidão à Fiocruz e a todos os responsáveis por esta revista.

♦ Francisco Amorim Mendes, 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

VIOXX NA JUSTIÇA: R\$ 600 MILHÕES

Um tribunal de Angleton, no Texas (Estados Unidos), considerou o laboratório farmacêutico Merck culpado de negligência por vender o analgésico Vioxx, e deu ganho de causa a Carol Ernst, cujo marido, Robert Ernst, tomava o remédio e morreu enquanto dormia aos 59 anos. O tribunal estabeleceu a indenização em US\$ 253,4 milhões (cerca de R\$ 600 milhões), que cobrem os salários que Ernst receberia como gerente de produção da rede varejista Wal-Mart e os problemas pessoais de Carol, como "angústia mental" e "perda de companhia". Já há mais de 4 mil ações em curso contra o Merck relacionadas ao Vioxx nos EUA, além de muitas outras no exterior — inclusive no Brasil. Com esta primeira condenação, fica criada jurisprudência.

As ações do Merck na bolsa americana já caíram 7% desde que o Vioxx foi retirado do mercado mundial, em setembro do ano passado, depois que estudos indicaram que o remédio aumenta o risco de problemas cardiovasculares em pacientes que o tomaram por mais de um ano e meio.

UM ANTIINFLAMATÓRIO 100% NACIONAL

Acheflan é o primeiro antiinflamatório fitoterápico desenvolvido no Brasil. Com dois meses no mercado, empatou em vendas com o conhecido Cataflan, informou a Agência Fapesp em 31/8. "Nenhuma parte da pesquisa foi realizada fora do Brasil", disse o pesquisador em farmacologia João Batista Calixto, da Universidade Federal de Santa Catarina, que levou "vida dupla" nos últimos sete anos, para manter o segredo do projeto, quase que totalmente desenvolvido com recursos privados. O Laboratório Aché e o grupo de pesquisa assinaram um contrato de prestação de serviço. "Todos que participaram receberam pelos serviços, não existe direito sobre royalties ou algo parecido".

O antiinflamatório é feito com base numa planta da Mata Atlântica, a erva-baleeira ou maria milagrosa (*Cordia verbenacea*). O dono do laboratório, Victor Sialuys, jogava tênis no

Guarujá (SP) quando sofreu contusão. "Apareceram com uma solução caseira que foi aplicada no ombro, e a melhora foi bem rápida", contou o médico Dagoberto Brandão, dono da consultoria Pharma Consulting. Os três, então, deram início ao processo de desenvolvimento do antiinflamatório fitoterápico nacional.

O farmacólogo pretende continuar aproximando as pesquisas feitas na universidade e a iniciativa privada. "Existe muito ranço sobre essa questão no Brasil. De um lado, é preciso dizer que não adianta nada existir a patente se, por trás disso, não vier a inovação, a novidade e a aplicação industrial". E a iniciativa privada, para ele, deve ter em mente que o conhecimento tem valor em si mesmo. "Muitos querem tudo de graça". Os detalhes do projeto foram apresentados pela primeira vez à comunidade científica na Reunião Anual da Federação de Sociedades de Biologia Experimental (Fesbe) encerrada em 27 de agosto na cidade de Águas de Lindóia (SP).

"O dossiê enviado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com o objetivo de aprovar o medicamento é considerado uma referência", elogia Dagoberto Brandão. "Todas as fases dos testes pré-clínicos e clínicos foram realizadas com absoluta precisão." E acrescenta: "Em 100% dos testes em humanos nenhum efeito adverso foi registrado". Para ele, há no caso uma grande vitória simbólica: "Isso serve para mostrar aos jovens estudantes, ao governo em geral e a toda a população que nós podemos fazer. Isso representa um sonho de muitas pessoas".

Ele acredita que o que restou ao Brasil é desenvolver medicamentos a partir de plantas. "Não adianta querer ganhar a primeira divisão, se o nosso time está apto a jogar na segunda". O Laboratório Aché gastou R\$ 15 milhões para desenvolver o produto, valor considerado pequeno para o desenvolvimento de um medicamento desse tipo.

ESTUDO AFIRMA QUE HOMEOPATIA NÃO FUNCIONA

A revista científica *The Lancet* publicou artigo no início de setembro afirmando que não há provas de

que os remédios homeopáticos funcionem mais do que o placebo (pílulas sem efeito usadas em estudos comparativos). Os autores, das universidades de Zurique e Berna, na Suíça, e de Bristol, na Inglaterra (liderados pelo professor Matthias Egger, de Berna), dizem que “é hora de parar” com as pesquisas sobre a homeopatia e que os homeopatas deveriam ser honestos com seus pacientes e revelar a “falta de benefícios” da homeopatia. O grupo analisou 110 estudos sobre tratamentos e remédios homeopáticos, e não encontrou provas “convincentes” de que estes medicamentos tenham efeito.

A polêmica a respeito da homeopatia é antiga. *The Lancet* cita um relatório anterior, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que contraria o trabalho dos pesquisadores suíços e britânicos. Edzard Ernst, professor de Medicina Complementar na Escola de Medicina de Exeter, disse que os testes citados pela OMS “não são os mais rigorosos, nem os mais recentes”.

Em 2002 o ex-ilusionista americano James Randi, que se dedica a destruir mitos, ofereceu US\$ 1 milhão (cerca de R\$ 2,39 milhões) a quem provar, em testes de laboratório, que homeopatia cura. Até o momento, ninguém ganhou o prêmio. Na Grã-Bretanha (assim como no Brasil), a homeopatia está disponível para usuários do sistema público de saúde. Alguns afirmam que deveria ter o uso mais difundido, enquanto outros sustentam que não deveria ser usada de modo algum.

BRASIL E ARGENTINA JUNTOS CONTRA A AÍDS

Os ministros da Saúde do Brasil, Saraiva Felipe, e da Argentina, Ginés González García, assinaram acordo em Buenos Aires para produzir em conjunto medicamentos contra a Aids. Com a parceria, esperam reduzir os gastos dos tratamentos que hoje atendem a cerca de 200 mil infectados nos dois países. Segundo Saraiva, as economias geradas pelo acordo serão revertidas na melhoria do tratamento. “Nossa meta é garantir o acesso de brasileiros e argentinos aos remédios”, declarou Saraiva. Dos 17 anti-retrovirais existentes no mercado, oito são fabricados no Brasil. O acordo prevê uma lista de prioridades para produção dos remédios, mas ainda não foi elaborado o cronograma de sua execu-

ção. Haverá intercâmbio de informações entre os laboratórios e a realização de pesquisas para o tratamento de outras doenças, como mal de Chagas e tuberculose.

KATRINA EXPÕE A POBREZA AMERICANA



Os americanos foram confrontados com a pobreza do Terceiro Mundo em sua própria casa, após a passagem do furacão *Katrina*, apontou a agência Inter Press Service (IPS), sediada em Roma. Milhares de habitantes de três estados do Sul (Mississippi, Louisiana e Alabama), especialmente os negros, perderam casas, empregos e ficaram sem comida e água. Foi um choque para o americano “médio”. “Vi tais cenas na televisão antes, mas sempre em lugares distantes”, escreveu um repórter do *New York Daily News*. “Em nações do Terceiro Mundo, não aqui.”

A agência observou que o status de superpotência e de país-templo do consumismo sempre escondeu a realidade dos guetos: em Nova Orleans, um terço da cidade vive abaixo da linha da pobreza; Louisiana e Mississippi, os dois estados mais atingidos pelo furacão, registram os mais altos índices do país em número de crianças pobres — acima de 50% do total de crianças. Em 2004, pelo quarto ano seguido, cresceu o índice de pobreza no país como um todo: 12,7%, segundo relatório do Escritório do Censo americano, divulgado em 31 de agosto (www.census.gov/prod/2005pubs/p60-229.pdf) — dois dias depois da passagem do furacão.

A pobreza nos EUA atinge especialmente negros e minorias étnicas em geral. Segundo o Center for American Progress (CAP), dois terços da população de Nova Orleans são de negros,

mas eles chegam a 98% no Lower Ninth Ward, bairro que ficou quase completamente submerso e onde ocorreu o maior número de mortes. As vítimas fatais eram quase 1.000 em 19 de setembro, mas as autoridades encomendaram 25 mil sacos plásticos para transporte de corpos. O respon-

sável pela defesa civil dos EUA foi demitido por acusar os flagelados de ignorarem os alertas de abandono da cidade. Mas um terço do meio milhão de habitantes de Nova Orleans, por exemplo, não tinha carro próprio. Muitos nem sequer sabiam aonde ir.

O abismo entre ricos e pobres não pára de aumentar nos EUA, e em meados de setembro estava prevista a votação de uma lei que eliminaria os impostos sobre imóveis. O Tesouro perderá 1 trilhão de dólares em 10 anos — o que representa mais cortes em serviços sociais.

Nos primeiros dias da cobertura da tragédia, a grande imprensa não atentou para esses fatores, lembra a IPS. Até que um apresentador da CNN, Jack Cafferty, criticou os colegas jornalistas por ignorarem “o elefante na sala”: a cor e a condição econômica da maioria das vítimas. O *New York Times* em seguida comentou o assunto na primeira página: “As cidades mais pobres dos EUA foram deixadas em situação vulnerável pelas políticas públicas federais”. Se eventualmente Nova Orleans voltar à normalidade, “seus pobres vão ficar novamente invisíveis”, completou o *Washington Post*.

A reparação dos danos custaria US\$ 100 bilhões, segundo estimativa de especialistas em meio ambiente entrevistados pelo diário britânico *The Guardian*. “Estamos falando de um programa de reconstrução que nunca foi visto antes neste país”, disse

Hugh Kaufman, da Agência de Proteção Ambiental americana, que ajudou a limpar Nova York depois dos ataques de 11 de setembro de 2001. "Estamos falando de uma quantia equivalente ao dinheiro que está sendo posto no Iraque." E aí está o problema: o presidente Bush já deve muito à indústria bélica, pois o Congresso, embora de maioria republicana, não consegue aprovar novos aportes de recursos na velocidade dos gastos bélicos. Estará Bush disposto a deixar de lado seu esforço de guerra para reconstruir cidades pobres? No dia 15/9 ele garantiu que sim, que gastará o que for necessário na reconstrução da Costa do Golfo.

CÉLULAS-TRONCO EM CULTIVO NO BRASIL

Seis meses depois de aprovada a Lei de Biossegurança, centros de pesquisas nacionais começaram a cultivar em setembro células-tronco embrionárias, indiferentes à polêmica que o tema ainda desperta entre outros grupos de pesquisadores. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com a Universidade de São Paulo (USP) e outras instituições, já promete os primeiros resultados em três meses, como afirmou o pesquisador Stevens Rehen, do Departamento de Anatomia da UFRJ. "Este cultivo ainda não foi feito no Brasil, trata-se de fase fundamental para a pesquisa com células-tronco", disse. "Nosso objetivo, em longo prazo, é poder produzir esse tipo de célula de forma ilimitada, sem ter que recorrer a importações". Antes da nova lei, a prática era proibida no país.

PLP 1/03 APROVADO NA CCJ

Mais um passo à frente do Projeto de Lei Complementar nº 1/03, que regulamenta a Emenda Constitucional 29 e define os gastos mínimos em saúde, além de especificar o que é área da saúde: a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara aprovou no dia 20 de setembro, por unanimidade, o parecer do relator, deputado José Pimentel (PT-CE), favorável ao aguardado PLP do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), já aprovado nas comissões de Orçamento e de Seguridade. A intenção de Gouveia era que o projeto já vigorasse no orçamento de 2006. Infelizmente, a "bancada da saúde"

não conseguiu o status de urgência urgentíssima para o exame da matéria. Agora, só em 2007.

DOUTORES DA ALEGRIA EM REVISTA



Ao completar 14 anos de fundação, o grupo Doutores da Alegria, a primeira organização brasileira fundada com o objetivo de levar a arte do palhaço a crianças e adolescentes hospitalizados, lançou em 30 de agosto uma revista semestral. *Boca Larga – Coleção Doutores da Alegria* trará reportagens diversas e artigos de profissionais de diferentes áreas do saber. O objetivo da publicação é divulgar as pesquisas de seu Centro de Estudos. A edição de estréia tratará da formação do palhaço, do histórico do palhaço brasileiro, da ética e da qualidade no trabalho de palhaços em hospitais, além dos resultados das atividades da organização em hospitais no Brasil e no exterior. Estudo realizado entre 2002 e 2004 pelo Centro de Estudos da instituição levantou a existência de 316 organizações dessa natureza.

A revista, de 160 páginas, custa R\$ 12 e está à venda no site do grupo (www.doutoresdaalegria.org.br).

PORTARIA DO BO É RESTABELECIDA

Mulheres vítimas de estupro já podem voltar a procurar o SUS para abortar legalmente, sem a apresentação do boletim de ocorrência (BO) policial. O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, decidiu recolocar em vigor a portaria de seu antecessor, Humberto Costa. Ao assumir o cargo, Saraiva suspendeu 58 portarias, que está liberando pouco a pouco. Em 2 de setembro, a dispensa do registro do estupro na delegacia voltou ao Diário Oficial, com algumas alterações.

Para interromper a gravidez pelo SUS, a mulher vítima de estupro terá que relatar em detalhes o crime e preencher três formulários no hospital,

além de levar uma testemunha. A paciente também terá de assinar um termo de responsabilidade e um outro de advertência. "Ela precisa saber que, se não foi estuprada, o aborto será um crime", disse ao *Correio Braziliense* de 7/9 Regina Viola, técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), que sempre recomendou aos médicos que exijam o boletim de ocorrência nesses casos, para que não sejam vítimas de processo na Justiça, preparava-se em setembro para rever a questão. Para a secretária-executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Fátima Oliveira, não faz sentido apresentar BO em hospital. "O Código Penal brasileiro dispensa o boletim, só quem fazia essa exigência era o CFM, que é um órgão conservador", disse. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) prometeu fazer pressão sobre o CFM e o presidente Luiz Inácio Lula da Silva para tentar revogar a portaria do ministro Saraiva Felipe. Segundo o jornal, com esta estratégia a igreja conseguiu fazer com que o governo adiasse o envio ao Congresso do anteprojeto que prevê a descriminalização do aborto, elaborado por comissão tripartite formada por integrantes do Executivo, do Legislativo e da sociedade civil.

O recuo do governo estava previsto pelos parlamentares, porque uma carta da CNBB sensibilizou o presidente. Na carta, os bispos reafirmaram sua "posição em defesa da vida em todos os seus aspectos e em todo o seu alcance".

OPERAÇÃO ROUPA SUJA PÔE FIM A LAVAGEM DE DINHEIRO

A Polícia Federal e o Ministério Público Federal prenderam duas quadrilhas que comandavam esquemas de fraude em licitações na saúde e superfaturamento de remédios em até 700%. A operação, batizada de Roupas Sujas, levou à prisão 13 pessoas no Rio, em São Paulo e em Goiás, acusadas de fraudar a compra de insumos usados na fabricação de remédios e a prestação de serviços de lavanderia a hospitais do Rio. Outros 14 acusados responderão ao processo em liberdade e apenas um dos denunciados está foragido.

Segundo o procurador da República Carlos Alberto Aguiar, os fraudadores combinavam preços e se revezavam para vencer as licitações de hospitais públicos, sobretudo fede-

rais. As empresas que não participavam da fraude não tinham chance de vencer. "Eles loteavam os hospitais. Como já estava decidido quem venceria, as demais empresas só entravam na licitação para garantir a legalidade do pregão" disse ao *Globo*. O dinheiro roubado estão em paraísos fiscais. O MP já entrou em contato com autoridades desses países para tentar repatriar os valores.

A TRAGÉDIA DE CHERNOBYL FOI MENOR?

O maior acidente nuclear da história não provocou tantas mortes quanto se imaginava, afirma estudo da Organização das Nações Unidas, elaborado por 100 pesquisadores e profissionais de saúde. Até agora, 56 mortes foram diretamente relacionadas à radiação liberada em 1986 pela usina nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, que na época era república soviética. O número é bem menor que o divulgado pelas autoridades ucranianas, que falavam em mais de 100 mil mortos.

O levantamento calcula também que 3.940 pessoas ainda deverão morrer de câncer — número abaixo dos 8 mil previstos por estudos independentes e bem abaixo da estimativa de 150 mil do governo ucraniano logo após a tragédia. As pessoas que ainda deverão morrer por seqüelas da radiação estão entre os 200 mil funcionários que cuidaram da limpeza e da reconstrução da área e os 400 mil habitantes da região do acidente. Dos 56 mortos em Chernobyl, 47 eram funcionários e nove eram crianças, que morreram de câncer de tireóide.

Esses números irreais e a conseqüente preocupação que provocaram criaram graves problemas psicológicos na população afetada, afirma o estudo. O Greenpeace questionou a metodologia adotada pelos especialistas da ONU. "Eles só contaram mortes por câncer, mas não consideraram as mortes prematuras", disse Vladimir Chuprov, coordenador do Greenpeace na Rússia. "Milhares de funcionários tiveram o sistema imunológico enfraquecido e agora estão mais suscetíveis a doenças, o que resultará em mortes prematuras." 

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



toques da redação

NEGOCIAÇÃO EM ALTA — O Ministério do Meio Ambiente, o Ibama e o governo de Mato Grosso assinaram no dia 2 de setembro alguns acordos para reduzir o desmatamento ilegal na região. Um deles prevê que o estado assumirá a gestão de toda a atividade florestal, podendo emitir licenças ou autorizações para transporte de produtos florestais e para planos de manejo em propriedades de qualquer tamanho (antes, cabia ao Ibama licenciar propriedades com menos de 300 hectares). Ou seja, caberá ao "rei do desmatamento", o governador Blairo Maggi (*Radis* 34), a tarefa de fiscalizar a derrubada da floresta em seu estado. Essa decisão contém um ensinamento, sobre o qual vale alguma reflexão: para a ministra Marina Silva, a negociação é melhor do que o confronto.

"CARONAS" DO SUS — O colunista Iliar Franco, do *Globo*, informou (em 12/9) que "o ministro Saraiva Felipe reuniu sua equipe no Ministério da Saúde para definir as prioridades de sua gestão". A principal decisão é dar início a uma ofensiva para retirar os *caronas* do orçamento do SUS: o deste ano contém R\$ 5 bilhões desviados para o Fome Zero, do Ministério do Desenvolvimento Social, para os hospitais universitários, do Ministério da Educação, e de obras de saneamento, do Ministério das Cidades. Fica até esquisito a área de saúde condenar investimentos no importantíssimo Fome Zero, nos imprescindíveis hospitais universitários e no inadiável saneamento, mas o fato é que dinheiro do SUS é dinheiro do SUS. Entra-anosai-ano e esses desvios continuam (*Radis* 28). E só vão acabar quando for aprovado o PLP 01/03, que explicita de vez o que é área de saúde e o que não é.

PERDAS EM C&T — A proposta orçamentária para 2006 também retira 40% dos recursos dos fundos de apoio à pesquisa controlados pelo Ministério

da Ciência e Tecnologia. A proposta estima que o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) arrecadará mais de R\$ 2 bilhões, mas o ministério só poderá investir R\$ 850 milhões. A diferença (de R\$ 1,2 bilhão), determinou a equipe econômica, vai para a "reserva de contingência": só poderá ser usada com autorização especial do Congresso. Se o orçamento for aprovado pelos parlamentares, vão por água abaixo os planos do ministro Sérgio Rezende de aumentar de R\$ 750 milhões para R\$ 1 bilhão, em 2006, o uso dos recursos do fundo. Já há um avanço: o ministério pode gastar 48% dos recursos, mais que os 42% do ano passado. Mas a LDO previa 60%. Portanto, é hora da grita.

MEMÓRIA E SAÚDE — O 2º Seminário Internacional Memória e Saúde: interfaces da interdisciplinaridade, promovido em São Paulo (3 a 5/8) pelo Núcleo de Investigação de Memória em Saúde do Instituto de Saúde/SESP, permitiu intenso debate sobre as formas de articulação entre os diversos profissionais envolvidos nas tarefas de preservação, pesquisa e disseminação de acervos e fontes de pesquisa na temática da saúde. Os participantes — historiadores, médicos, sociólogos, enfermeiras, antropólogos, documentalistas, assistentes sociais — mostraram a consolidação da interdisciplinaridade nas pesquisas em saúde, com crescente articulação de diferentes instituições e profissionais.

Entre as conclusões, o seminário provou que os aspectos teórico-metodológicos de cada área não devem ser "padronizados", mas discutidos, compreendidos e estimulados visando a multiplicação de distintas formas de análise dos casos estudados. Outra grande questão a ser resolvida, segundo os participantes, reside no estabelecimento de mecanismos modernos e eficazes de divulgação do saber como forma de superar lacunas e distâncias entre a equidade e a atenção à saúde dispensada a grupos em situação de vulnerabilidade e os historicamente marginalizados — índios, negros e mulheres. 



Como anda a Reforma Psiquiátrica?

Katia Machado

A Organização Mundial de Saúde dedica a data de 10 de outubro ao Dia Mundial da Saúde Mental. Nesses tempos de balanço da democracia, em que a sociedade exige mais ética na política, e o próprio governo propõe uma reavaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), é oportuno debater os rumos das políticas públicas de saúde mental e o estado da arte do tratamento aos transtornos mentais. A Lei nº 10.216, aprovada em abril de 2001, que estabelece os direitos dos pacientes e regula as internações psiquiátricas, está prestes a completar cinco anos de vigência, no contexto das mais de duas décadas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e dos 15 anos do SUS.

Vale a pergunta: mudou a forma de lidarmos com o doente mental, em comparação ao passado? Está sendo de fato posta em prática nossa avançada legislação, que preconiza o não-tratamento em instituições asilares ou manicomialis?

Pergunta-se mais: como tratar sem excluir, sem retirar o indivíduo do convívio social e familiar?

A internação em hospícios e asilos manicomialis e, conseqüentemente, a exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais, passou a ser fortemente questionada no país a partir da década de 70, com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. Formado inicialmente por profissionais da área da saúde mental, o movimento incorporou as famílias dos pacientes, os próprios pacientes e ganhou força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988, e, posteriormente, do advento do SUS, com a Lei 8.080, de 1990.

As ações do movimento começaram a ter visibilidade com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauri (SP), em dezembro 1987, quando o secretário de Saúde da cidade era o médico-sanitarista David Capistrano da Costa Filho (1948-2000), ativo militante das duas reformas, posteriormente secretário e prefeito de Santos.

O movimento, nesse momento, deixou claro à sociedade que não bastava humanizar os hospícios, melhorar o ambiente manicomial ou ampliar o número de profissionais dessas instituições. A idéia era muito mais ampla: em lugar dos manicômios, a proposta era trazer o "louco" de volta ao convívio social, resgatar a cidadania dos que passaram anos de suas vidas trancafiados, sofrendo maus tratos e humilhações (ver box nas páginas 14 e 15).

O movimento se caracterizou por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que tinham um objetivo: transformar. Transformar a relação da sociedade com o doente, transformar a instituição e o setor médico-psiquiátrico, transformar as próprias práticas, estabelecidas séculos antes, do lidar com as pessoas que apresentam transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica se organizou então em torno dos princípios de desinstitucionalização e desospitalização, para a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais. No entendimento



do médico-psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado, coordenador-geral da Saúde Mental do Ministério da Saúde (área ligada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde), a reforma tinha dois vetores: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta.

A inspiração dessa nova proposta vinha da Europa, da modelar reforma psiquiátrica italiana, liderada pelo

em Santos, em 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, na época conveniada ao antigo Inamps, e a criação de núcleos de atenção psicossocial (NAPs) e de centros de atenção psicossocial (CAPs) – que serviram de modelo para todo o país. Esses serviços prestavam atendimento assistencial humanizado 24 horas por dia com o paciente e sua família, em bases territoriais, sem internação.

“Era comum as pessoas morrerem de delírio e alucinações nesses

da Rádio e da TV Tam Tam, produzidas por ex-internos da Casa de Saúde Anchieta, e a República Manequinho, em homenagem a seu primeiro morador, para acolher ex-internos sem casa ou família. Segundo o educador Renato Di Renzo, idealizador e coordenador desse projeto hoje transformado em organização não-governamental, a proposta era dialogar com a sociedade e acabar com a ideia de que louco precisa ser trancafiado em asilos manicomial. “E o projeto deu certo:



Os cartazes que ilustram esta reportagem pertencem ao acervo do professor Paulo Amarante, da Ensp/Fiocruz

médico-psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), precursor de mudanças profundas nas políticas de saúde mental de seu país a partir de 1961, no movimento conhecido como Psiquiatria Democrática. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste, que Basaglia dirigia, como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Em 1978 foi finalmente aprovada na Itália a Lei 180, a da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como “Lei Basaglia”.

Basaglia defendia que o hospício foi construído por uma razão: para controlar e reprimir trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. Ele afirmava que o tratamento imposto por médicos e psiquiatras não passava de uma camisa-de-força alienante, com a finalidade única de devolver o paciente ao círculo produtivo, isto é, o trabalhador, transformado em mercadoria, tratado mais uma vez como mercadoria.

TRATAR SEM EXCLUIR

As teses de Basaglia foram trazidas ao Brasil por profissionais que, em visita à Itália, viram ser possível tratar os “loucos” sem excluí-los. A primeira experiência bem-sucedida de tratamento fora de hospícios teve lugar



hospitais”, conta o médico-sanitarista Paulo Amarante, pesquisador e professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). “Algumas morriam devido à violência, à desnutrição, às doenças infecto-contagiosas, ao abandono e ao descaso”. Amarante conta que, nessas situações, normalmente se abriam processos e comissões de inquérito. “E os hospitais eram remodelados”. Santos, lembra ele, foi a primeira cidade a fechar de fato seu principal hospital psiquiátrico, com 40 anos de existência e quase 700 internos, e a propor um novo modelo. “Foi um laboratório efetivo de como tratar os loucos e suas famílias sem internação”.

Foi no balneário paulista que surgiram o projeto inovador de criação



só a rádio ficou oito anos no ar como líder de audiência”, exalta o professor de Arte-Educação.

A partir de Santos, ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG), um dos líderes do Movimento Antimanicomial, apresentou o Projeto de Lei 3.657, que apontava a necessidade de modernização da legislação, ainda de 1934, e propondo a substituição progressiva dos manicômios. Esquecido nos escaninhos do Congresso por 12 anos, acabou aprovado um substitutivo do então senador Sebastião Rocha (PDT-AP): do texto da lei resultante, a 10.216 de 2001, foi retirada a espinha dorsal da reforma, que era a substituição dos manicômios.

PAÍS DE “LOUCOS”

De acordo, com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofrem de transtorno mental severo e persistente (o IBGE estima a população brasileira em 184 milhões – 3% seriam 3,6 milhões de pessoas); 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. E 2,3% do orçamento anual do SUS estão destinados à área.

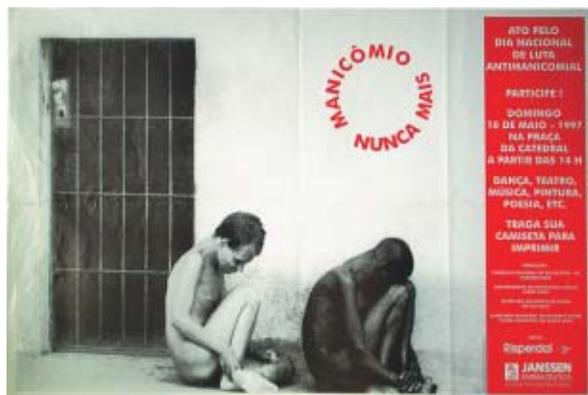
Diante de números tão expressivos, o governo planeja reduzir pro-



gressivamente os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Esta rede é constituída de CAPs (unidades de saúde que reúnem pacientes de uma região e oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar); de Serviços Residenciais Terapêuticos, os SRTs (moradias inseridas na comunidade,



agosto de 2005, o número de leitos em hospitais psiquiátricos convencionais (que eram 86 mil em 1991) caiu de aproximadamente 56 mil para 42.472, em instituições com o perfil proposto pela lei; em agosto eram 228 hospitais psiquiátricos (313 em 1991); os 253 CAPs de 2000 eram 660 em agosto de 2005; e as residências terapêuticas passaram de menos de 50 em 2000 para 320 em 2005. Segundo Pedro



destinadas a pacientes com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, com dificuldades de reintegração familiar, moradia e reinserção social); e nas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG).

Nesse trabalho, coordenado pela Saúde Mental do ministério, estão outras propostas: a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica; a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; a extensão a todo o país do programa "De Volta Para Casa" (que reintegra socialmente os pacientes de transtornos mentais egressos de longas internações e paga-lhes o auxílio-reabilitação psicossocial); um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; a promoção dos direitos dos usuários e de suas famílias, incentivando a participação no cuidado; a garantia do tratamento digno e de qualidade ao paciente infrator, superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário; avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash/Psiquiatria).

Este seria o mundo ideal: tais ações atenderiam às recomendações da Organização Mundial de Saúde, que prevêem a mudança gradativa do modelo centrado na internação pelo modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Pedro Gabriel considera que os avanços na reforma brasileira são inquestionáveis. No período de 2000 a

Gabriel, há uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, de âmbito nacional, que ampliou "radicalmente" o acesso ao atendimento dos portadores de transtornos mentais.

Outro indicador importante na opinião de Pedro Gabriel diz respeito ao financiamento do SUS para a saúde mental: em 1997, 93,14% dos recursos remuneravam internações psiquiátricas, sobrando um resíduo de 6,8% para o sistema extra-hospitalar; ao fim de 2004, os percentuais eram de 63,86% e 36,16%, respectivamente. "O dinheiro do SUS está saindo do sistema hospitalar em direção aos serviços comunitários", afirma Pedro, "seguindo o paciente", como preconiza Benedetto Saraceno, diretor de Saúde Mental da OMS.

EXCLUSÃO TUTELADA

E na prática, como estão sendo cumpridos os objetivos propostos? A lei tem ajudado de fato na redução do número de leitos psiquiátricos e de manicômios no país? Na opinião de Paulo Amarante, a Lei 10.216 promoveu menos mudanças do que preconizava o projeto de Paulo Delgado. "A nova legislação, que afinal substituiu o projeto, não fala em acabar com os manicômios: estabelece apenas que não se pode ter mais instituições com características asilares, e não define o que é um asilo",

Radis adverte

O Ministério da Saúde adverte: HOSPÍCIO FAZ MAL À SAÚDE

MARCE DA SILVA



GABRIEL DOMINGOS

O RADIS aproveita para corroborar a advertência de 1999: o hospício continua fazendo mal à saúde.



lamenta. “Em meu entendimento, todo local que se baseia na exclusão tutelada é um asilo”.

Para o professor, o fato de o projeto ter ficado 12 anos em tramitação – de 1989 (quando proposto) a 2001 (quando substituído pela Lei 10.216) – deveu-se à resistência dos donos

dos hospitais psiquiátricos, de algumas associações de familiares de pacientes (*Radis* nº 18), vinculadas a esses hospitais e por eles influenciadas, e pelo setor da psiquiatria tradicional e conservadora que acha que doença mental é perigosa, incapacitante e sem cura.

Outra crítica marcante, para ele, diz respeito à regulamentação da internação psiquiátrica que, segundo a lei, está dividida em três tipos: a voluntária, quando o paciente assina um documento e aceita a internação; a involuntária, quando julgada necessária pelo médico; e a compulsória,

Como a arte conseguiu

No Brasil, a loucura é registrada desde os primeiros séculos da colonização. Aos poucos, os loucos que passeavam livremente pelas ruas ou ficavam reclusos em suas próprias casas passaram a ser trancafiados em manicômios e submetidos a tratamentos radicais, como os eletrochoques e a lobotomia (intervenção cirúrgica no cérebro criada pelo português Egas Moniz, em 1936, rendendo-lhe o Prêmio Nobel de Medicina), e a maus tratos, espancamentos e punições.

Quem eram os loucos? Pobres, negros, indigentes ou a pessoa considerada “fora da razão” e, portanto, perigosa para a sociedade.

Uma expressão pode ser usada para caracterizar a forma de lidar com a loucura no país: exclusão, oficializada com o primeiro hospício brasileiro, criado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro por D. Pedro II – e que levou seu nome. A partir dele, santas casas, asilos e manicômios foram aparecendo em todos os estados do Brasil.

Com tantas instituições asilares, não era tarefa fácil driblar a loucura. Mas a arte ajudou os “loucos” brasileiros a exorcizarem seus delírios. Vários são os exemplos, como o do brilhante escritor negro Lima

Barreto (1881-1922), levado ao Hospício Pedro II em fins de 1919 pela polícia e registrado como indigente. Foi nessa instituição que escreveu *Diário do hospício*, reunindo impressões, inconfidências e uma visão crítica da instituição. O mesmo aconteceu com o artista Arthur Bispo do Rosário (1911-1989). Pobre, negro e tido,

então, como louco, sob o diagnóstico de esquizofrênico-paranoico, Bispo foi internado em 1938 no Pedro II, e produziu numerosas obras depois reconhecidas como arte de vanguarda, aclamadas na Bienal de Veneza, na Itália, em 1995.

Destacou-se neste trabalho a pioneira Nise da Silveira (1905-1999), médica-psiquiatra perseguida por duas ditaduras, o que não a impediu de criar em 1952 o Museu de Imagens do Inconsciente, referência internacional, com obras de pacientes. “Felizmente, nunca convivi com gente muito ajuizada”, dizia.

Outro trabalho pioneiro já citado aqui é o Projeto Tam Tam, que além de rádio e TV incentivou trabalhos artísticos em tela, agendas, chaveiros, entre tantos outros produtos vendidos na Lojinha Tam Tam. Segundo informou Renato Di Renzo em debate na Ensp/Fiocruz sobre saúde mental e a experiência das TVs comunitárias, em 5 de setembro, o projeto virou ONG, e a boa notícia é que seus integrantes planejam a volta da rede ao ar.



Carlos Pertuis



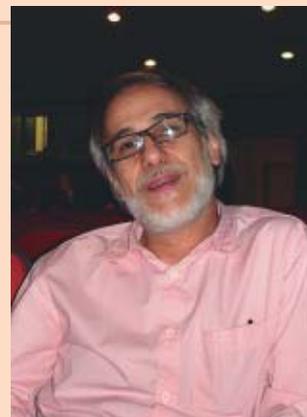
Raphael Domingues



Emygdio de Barros



Adelina Gomes



decidida pela Justiça quando a pessoa comete algum delito justificado por um transtorno mental severo. Em sua opinião, há uma contradição nessa classificação. “Se a pessoa está em crise e aceita ser internada é porque ela tem lucidez e capacidade para entender que está doen-

te”, questiona. “Mas, se ela não aceitar, é internada involuntariamente”. Ou seja, de qualquer forma há a internação. A diferença é que, quando involuntária, o médico precisa avisar ao Ministério Público em 72 horas, conforme determina o parágrafo 7º da lei. Isso acaba gerando trans-

tornos para o próprio MP que, segundo o professor, “não sabe o que fazer com essa notificação, e alega que não lhe cabe questionar a autoridade médica”, diz Amarante.

Da mesma opinião, o enfermeiro Jeferson Rodrigues, especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade

dar um drible na loucura

A partir dele surgiram projetos como a TV Pinel, no Rio de Janeiro, e a Rede Parabolínica, de Belo Horizonte. A primeira foi criada em 1996 no Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel, em Botafogo, a partir da necessidade de dar voz aos pacientes para que falem à sociedade. “A TV Pinel tem ensinado o que é inserção e inclusão social, que sociedade é essa com a qual lidamos, tudo isso a partir das falas dos internados no instituto”, contou no debate **Noali Tojá**, jornalista e idealizadora da TV. Para ela, o humor é marca registrada do projeto, pois a alegria é capaz de sobrepor-se à tristeza do hospital e de dar ânimo aos participantes (a programação da TV Pinel pode ser vista pelo Canal Saúde, da Fiocruz).

Mais juveninha, criada em 1999, a Rede Parabolínica vem produzindo vídeos e um fanzine com pacientes de transtornos mentais atendidos pela rede pública de saúde mental de Belo Horizonte. “O que queremos com esse trabalho é questionar a contradição entre o discurs-

so da Reforma Psiquiátrica e a prática efetiva dos serviços de saúde mental, como também a pouca participação dos usuários na discussão da reforma”, não desconversou no debate **Mariza Revert**, idealizadora da TV, que tem como princípio a arte e a loucura, fortalecendo a autonomia do indivíduo no processo de inserção coletiva.

O projeto articulou uma rede de produção artística e cultural como elemento de transformação social e ética que pode levar a sociedade a refletir. “Na Rede Parabolínica não temos chefe nem empregado, todos participam da mesma forma”, contou. “Somos uma rede louca, feita por loucos, que continuará louca”.

A arte também está presente no tratamento de pacientes do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, instituição vinculada ao estado. No contexto do programa “Convivendo com a Música”, cujo objetivo inicial era usar a música como forma de expressão dos usuários com dificuldade de comunicação, nasceu a banda

Harmonia Enlouquece, que se apresentou no debate da Ensp/Fiocruz. O grupo foi formado por médicos e usuários da instituição que tinham alguma experiência em música. As letras, todas compostas pela própria banda, tratam da realidade dos usuários, dos tratamentos que recebem, dos remédios que tomam, do preconceito que enfrentam e da dificuldade de conseguir emprego. Como não poderia deixar de ser, falam também dos amores – os perdidos e os encontrados.



FOTOS: ARISTIDES DUTRA



do Estado de Santa Catarina (Udesc), acredita que a lei deixou de lado duas das principais lutas do Movimento Antimanicomial, a da extinção dos hospícios e a da inclusão dos “loucos” na sociedade. “Tudo devido à ação corporativa de algumas categorias profissionais e aos interesses das indústrias farmacêuticas, que conseguiram alterar o artigo 1º, que proibia, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos e de novos leitos nos já existentes”,



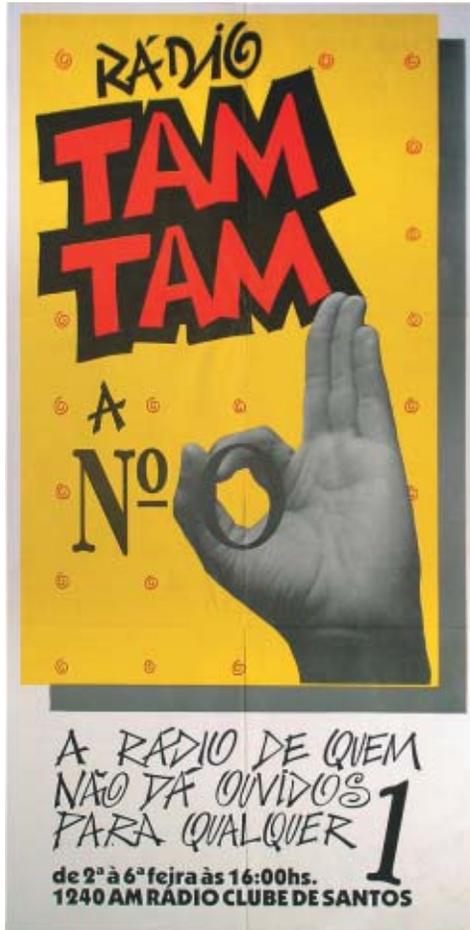
acusa. Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Jeferson afirma que a nova legislação “esqueceu” de romper com o modelo manicomial.

Pedro Gabriel, no entanto, acredita que o texto final da lei, embora atenuado em vários pontos, serve como matriz normativa “muito eficaz” para a mudança do modelo assistencial. “Nenhum novo hospital psiquiátrico foi construído desde então, e a redução dos leitos convencionais é regular e sistemática: só no atual governo, de 2003 até agora, foram reduzidos 6.425 leitos, mais de 2 mil ao ano”.

As críticas, porém, alcançam a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as diretrizes para o funcionamento dos CAPs, categorizando-os por porte e clientela, com as denominações CAPs 1, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPs 2, em municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes; CAPs 3, com mais de 200 mil habitantes; CAPsI, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes; e CAPsAd, para pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Tais modalidades diferem também por horário de atendimento,

número de pacientes atendidos por dia e de profissionais disponíveis.

Para Amarante, o problema dessa portaria é que ela retirou do texto a expressão NAPs — de Núcleo de Atenção Psicossocial —, uma proposta associada aos CAPs. Embora criados com a mesma função, a de substituir o modelo de internações psiquiátricas e manicômios, cuidando na família e na sociedade de pessoas que sofrem de transtornos mentais, os dois tipos guardam pequena e importante diferença.



“Os NAPs podem ser considerados um serviço de maior abrangência, incluem não apenas o paciente, como a família e a sociedade, enquanto o CAPs cuida basicamente da assistência ao paciente”, critica o professor da Ensp.

Para Pedro Gabriel, é incorreto afirmar que a portaria excluiu os NAPs. Ela apenas tornou homogênea a nomenclatura para fins de cadastro no SUS, e estabeleceu as exigências mínimas (recursos humanos, área física e capacidade de atendimento) que cada serviço deve ter. “Os NAPs de Santos continuaram se chamando NAPs e funcionando como tal, mas são cadastrados como CAPs 3”, diz. Segundo o coordenador, a norma anterior (Portaria 224, de 1992) mencionava indiferente-

mente CAPs/NAPs, e havia uma interpretação “meio livre” de que os NAPs funcionavam 24 horas. “Portanto, não houve esta mudança na concepção original”, afirma Pedro Gabriel. “Ao contrário, houve um reforço e uma fixação do papel territorial dos serviços”.

Mas Amarante insiste na crítica: ao categorizar os tipos de CAPs, a portaria acabou impondo a necessidade de um diagnóstico preciso do paciente. E, para ele, diagnosticar é muito complicado quando se fala de transtorno mental,



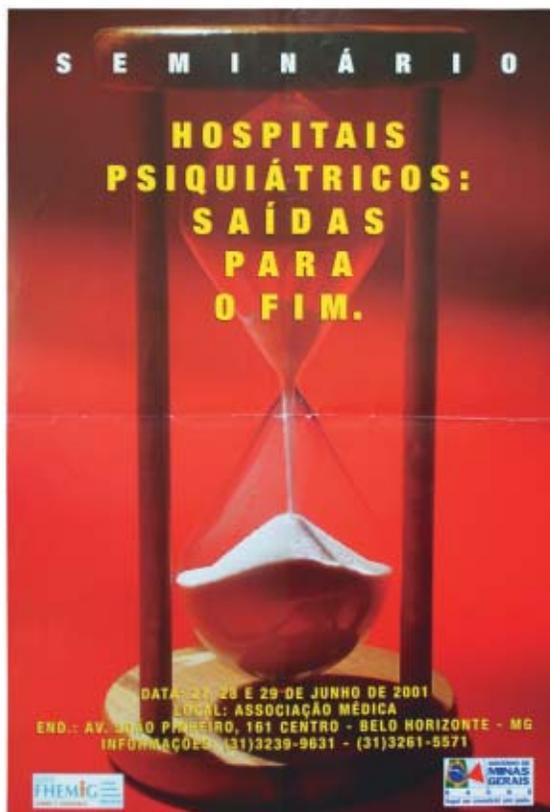
pois “louco” é uma categoria social. “Sou louco por amor, louco pela vida, é um conceito geral, não diz respeito apenas à doença”, pondera. “A psiquiatria é que diz que toda loucura é doença”. Em sua opinião, receber um diagnóstico psiquiátrico é muito perigoso, pois junto dele está o preconceito e a discriminação. “Quantos já passaram pela experiência de receber um diagnóstico de loucura e não conseguir mais um emprego sequer?”, pergunta. Amarante defende que não existe doença, mas uma experiência subjetiva que pode ser chamada de “natureza esquizofrênica”.

Nesse sentido, afirma, “a portaria deveria ter a função apenas de organizar os serviços de maneira geral”. Ou seja, dar o conceito do que é CAPs e seus objetivos. “Posso dizer que um CAPs não deve estar num hospital, tem que ser na cidade, deve ter relações com a sociedade, trabalhar com a família e atender qualquer pessoa, por exemplo um pai que procura atendimento porque seu filho usa drogas”. No entanto, se não existe a doença, de acordo com a norma legal, o SUS não pode pagar pelo serviço.

Mas, rebate Pedro Gabriel, não foi a Portaria 336 que inventou isso. “Há grupos de trabalho desenhando uma proposta mais ágil, eficiente e racional de remuneração do atendimento dos CAPs”, adianta. “Atribuir esta velhíssima distorção



oriunda do velho Inamps aos CAPs é historicamente incorreto”. Em sua argumentação, Pedro lembra até do médico Carlos Gentile de Mello (1920-1982), um ácido crítico do antigo sistema médico-assistencial brasileiro, que já condenava essa distorção. Segundo o coordenador, nenhum município queria fazer CAPs até que a Portaria 336 passou a assegurar o financiamento extra-teto dos serviços.



e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria pode captar e compreender sua totalidade”.

Embora acredite na eficácia da legislação vigente, Pedro Gabriel compreende as críticas e as considera relevantes. Destaca no entanto a importância dos CAPs, uma espécie de “lugar geométrico de todas as influências”.



“Então, é justamente o contrário do argumento apresentado, foi esta medida que deu sustentabilidade financeira à expansão dos serviços substitutivos”, contrapõe. “ Perguntem a qualquer secretário municipal de Saúde”.

Para Jeferson, entretanto, o que temos hoje em termos de legislação não é suficiente para que a Reforma Psi-

quiátrica saia do campo da teoria para a prática. “Muitas pessoas ainda confundem a Reforma Psiquiátrica com uma mera reorganização de serviços, ou com a modernização da *instituição* psiquiátrica”, reflete. Como Amarante, Jeferson acredita que essa reforma é “um processo social complexo que envolve movimentos, atores, conflitos

“O CAPs é sensacional nesse aspecto, e é uma real novidade tecnológica”, elogia. Pedro conta que em setembro participou de longa reunião num CAPs de Natal que comemorava 10 anos de funcionamento, com mais de 30 usuários, todos ex-pacientes graves e sofrida história manicomial. “Nenhum deles tinha



Saúde Mental na pauta

A *Radis* já tratou várias vezes de Saúde Mental. Confira as edições:

- ♦ *Radis* nº 3, p. 4, out/2002 – “Saúde Mental no Rio de Janeiro” dá continuidade aos debates iniciados na Súmula nº 85 sobre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

- ♦ *Radis* nº 4, p. 22, nov/2002. “Ibict lança quatro bibliotecas virtuais, entre elas a de Saúde Mental (disponível em <http://prossiga.ibict.br/>).

- ♦ *Radis* nº 9, p. 12, mai/2003. “Secretários municipais de São Paulo discutem descentralização e regionalização”.

- ♦ *Radis* nº 12, p. 8, ago/2003. “Programa prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais”, sobre o programa “De volta para casa”.

- ♦ *Radis* nº 16, p. 19, dez/2003. “Nós que amávamos tanto a revolução...”, sobre o significado da Reforma Psiquiátrica.

- ♦ *Radis* nº 20, p. 13, abr/2004. “Governo inicia política ‘firme e segura’ de redução de leitos psiquiátricos”, sobre reunião de coordenadores de saúde mental de 84 municípios.

- ♦ *Radis* nº 24, p. 24, ago/2004. “Depressão, a epidemia do novo século?”, sobre debates do EPI-Recife.

Na *Coletânea Radis 20 anos* há dezenas de registros sobre saúde mental. Por exemplo:

- ♦ *Tema* nº 4, p. 1, mai/1983. “Assistência psiquiátrica em debate”.

- ♦ *Proposta* nº 26, p. 4 e 5, fev/1991. “Intervenção do SUS pôs fim à ‘casa dos horrores’”, sobre o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos.

- ♦ *Súmula* nº 43, p. 1, jan/1992. “A tortura psiquiátrica”, sobre mais uma crise na Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio.

- ♦ *Súmula* nº 85, p. 1 a 5, jan/2002. “O dia seguinte na luta antimanicomial”, sobre a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Pesquise no site RADIS (<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pesquisa.html>) usando a expressão Saúde Mental.



precisado internar-se no último ano, mas falavam disso como um duro trabalho cotidiano — o trabalho da cura. Onde estariam eles se não fosse o CAP?”.

Para o especialista, o modelo proposto de substituição dos manicômios está centrado no paciente, em sua inclusão ativa na vida cotidiana. E o CAPs ajuda na articulação da rede de saúde mental em determinado território, aproximando a rede básica, os ambulatorios, as residências

da médica-sanitarista Rosana Onocko Campos, especialista em Saúde Mental e super-visitadora clínica na área de Campinas (SP), a rede na cidade desenvolveu-se positivamente na última década no que diz respeito à desospitalização. “Houve crescimento do número de CAPs, com implantação do tipo 3, e foi desativado um hospital psiquiátrico”, conta. “Essa desativação foi realizada de maneira pioneira, oferecendo às pessoas que ali traba-

De acordo com Rosana, há ainda uma Unidade de Atenção à Crise (NAC) e um pequeno núcleo de pacientes crônicos. “O fato de contar com um CAPs por distrito de saúde honra a proposta de regionalização do SUS”, orgulha-se. “Sem falar que a grande quantidade de CAPs 3, em tese, favorece a queda das internações psiquiátricas”. Em sua opinião, o exemplo de Campinas é válido para mostrar que há instrumentos legais suficientes para fa-



terapêuticas, os leitos de saúde mental em hospital geral, os programas de geração de renda e trabalho.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, existem hoje 660 CAPs (235 do tipo 1, 246 do tipo 2, 29 do tipo 3, 51 CAPs infantis e 89 CAPsAd), 320 módulos de residências terapêuticas, 1.970 leitos em hospital geral, centenas de equipes do Programa de Saúde da Família treinadas para atendimento em saúde mental, com apoio de cerca de 300 programas de geração de renda e inclusão pelo trabalho.

Mais do que a portaria ou a lei, um importante impasse para o avanço da reforma, segundo o próprio Pedro Gabriel, é ainda a pouca agilidade e o pouco esforço de alguns estados e municípios em proporcionar mudanças. “A resolutividade da atenção básica para os problemas de saúde mental é ainda baixa em muitos locais do país”, diz. “Precisamos também melhorar a efetividade do atendimento a usuários de álcool e outras drogas”.

NOS TRILHOS DA REFORMA

Felizmente, algumas cidades estão na direção certa da Reforma Psiquiátrica. Na opinião



lhavam a chance de se re-inserir num CAPs, mantendo o emprego”.

Além disso, a Saúde Mental da cidade trabalha em conjunto com algumas Unidades Básicas de Saúde. Assim, as equipes dos CAPs passaram a apoiar as equipes de atenção básica na discussão de casos clínicos, de projetos terapêuticos e no agenciamento de outros equipamentos sociais para estimular a reinserção social e a ampliação da rede de suporte dos portadores de sofrimento psíquico.

Campinas conta hoje com seis CAPs (cinco deles funcionando 24 horas por dia), um CAPs para dependentes químicos, um CAPs para infância e adolescência, vários centros de convivência, oficinas de trabalho para pacientes com transtornos mentais, 30 serviços residenciais terapêuticos para egressos de longas internações, equipes de apoio matricial e psiquiatras inseridos no Serviço Médico de Urgência (SAMU).



zer andar a reforma psiquiátrica, bastando para isso vontade política e competência técnica dos municípios. “Não estou afirmando com isso que esses instrumentos sejam perfeitos”, diz. “Eles devem ser aperfeiçoados, devemos melhorar o financiamento, mas são suficientes para começar a caminhar”.

Nesse contexto de mudanças é possível destacar ainda a cidade de Sobral, no Ceará. Luís Tófoli, coordenador da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (Raism) da cidade, contou à Radis em detalhes como o hospício local foi fechado.

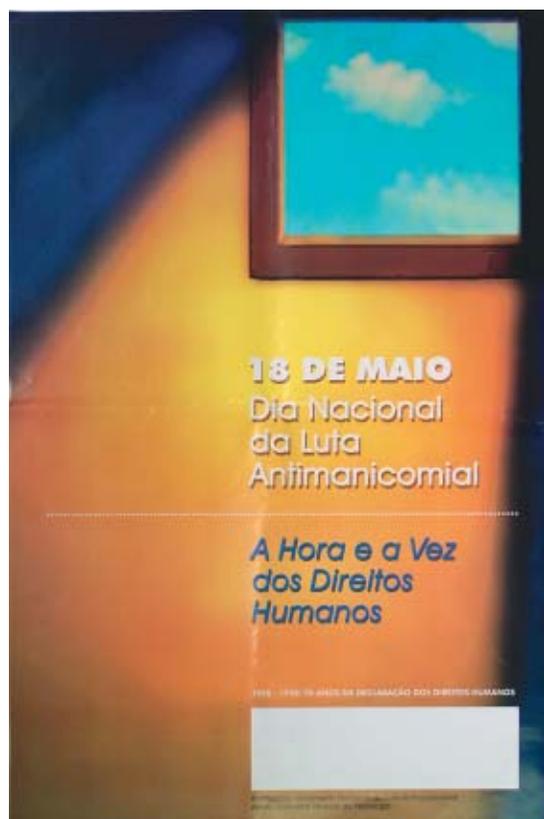
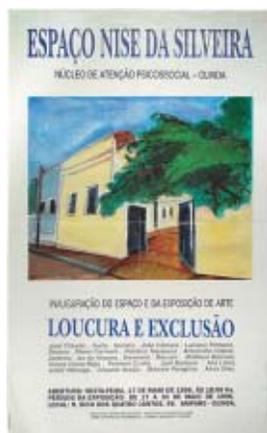
Em Sobral existiu, por mais de 25 anos, o manicômio Casa de Repouso Guararapes, responsável pela internação psiquiátrica dos moradores da faixa noroeste do estado do Ceará, a chamada Macrorregional de Saúde de Sobral (área que hoje tem mais de 1,5 milhão de habitantes). Diante da denúncia de morte do paciente Damião Ximenes Lopes, ocorrida em circunstâncias não-esclarecidas e muito irregulares, em outubro de 1999, foi aberta uma comissão municipal que constatou vários problemas no hospital. Em março de 2000, decretou-se a intervenção municipal na instituição, que foi sendo paulatinamente es-



vaziada. No dia 10 de julho de 2005, ela foi descredenciada.

Com o fechamento do principal hospício, Sobral formou a Raism, composta por uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, uma residência terapêutica, um CAPs geral (para os municípios de Sobral e Forquilha), um ambulatório macrorregional de psiquiatria, um CAPs para álcool e drogas e um CAPs de infância e adolescência a ser instalado.

te atendendo os pacientes”. Segundo Luís, a idéia é que, com a atenção colaborativa, a equipe de Saúde da Família veja um caso, comece a pensar e daí trabalhe melhor com outros casos semelhantes, perdendo o *medo* que advém do desconhecimento das situações que envolvem a saúde mental, diz o coordenador.



Integram-se à rede as equipes e unidades do Saúde da Família de Sobral. Segundo Luís Tófoli, os profissionais do CAPs começaram um trabalho conjunto com o programa desde 2000, por meio do modelo Atenção Colaborativa Integral em Saúde Mental. “Esse trabalho foi se fortalecendo com o tempo e se ampliando”, conta. “Atualmente, todas as unidades de Saúde da Família são visitadas por supervisores psiquiatras ou uma enfermeira com especialização em psiquiatria, avaliando e discutindo casos, e não simplesmente

O trabalho realizado em saúde mental na cidade se destaca, na opinião de Luís Tófoli, pelo fato de que os CAPs não são meramente serviços substitutivos do modelo manicomial, “mas verdadeiros centros de interação com a comunidade”. Os centros psicossociais da cidade vêm atendendo não só pacientes intensivos e semi-intensivos, como também os ambulatoriais.

Sobral vem colhendo bons frutos. O número de dias internados de cidadãos sobralenses e da macrorregional

caiu expressivamente, assim como a média de permanência de internação. “Eram cerca de 30 dias, e agora é de 7 ou 8 dias”, informa. Além disso, pacientes cuja única forma de tratamento era entrar e sair do hospital puderam ter sua cidadania respeitada, fazendo parte dos grupos terapêuticos do CAPs e da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental de Sobral, fundada em 2003. Outros ainda conseguiram receber alta da residência terapêutica, voltando para suas famílias ou vivendo sós. “Fora isso, a mentalidade da cidade vem mudando paulatinamente, perdendo o preconceito e aceitando o tratamento não-segregador”, alegre-se Luís.

Apesar do sucesso do trabalho, há alguns desafios ainda a enfrentar. Para o coordenador, é preciso criar, ao redor da cidade, novos CAPs para atendimento de municípios vizinhos e conquistar mais altas da residência terapêutica. No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica do país, ele acredita ser necessário ampliar a luta pelo respeito ao paciente de transtornos mentais, melhorar a inclusão destes indivíduos no mercado de trabalho, desenvolver tecnologias e serviços que sejam compatíveis com estes objetivos. “Apesar dos avanços recentes”, diz, “infelizmente a forma de remuneração ainda é muito atrelada a modelos medicalocêntricos e fixados no procedimento, e não na atenção integral à saúde”.

Loucos de pedra

A imagem da capa reproduz *A extração da pedra da loucura*, de 1485 (óleo sobre madeira, 48 x 35 cm, Museu do Prado, Madri), do pintor flamengo Hieronymus Bosch (1450-1516).

Na Idade Média e no Renascimento, supunha-se que a loucura era causada por uma pedra no cérebro, e sua extração seria “o caminho da cura”. Na inscrição, lê-se: “Meester snyt die keye ras – myne name is lubbert das”, ou “Mestre, retire a pedra, meu nome é Lubbert Das”. Bosch satirizou um desafeto e a medicina neste quadro. Para uma análise desta e de outras pinturas do Renascimento sobre a “extração da pedra da loucura” veja o artigo (em inglês) ‘*Psychosurgery*’ in *Renaissance art* (http://www.princeton.edu/~cgross/Trends_Neurosci_10_429_1999.pdf).



Investigação e avaliação dos serviços em saúde

Marinilda Carvalho e Thiago Vieira*

A comissão de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca promoveu em 4 de agosto no auditório da escola, em Manguinhos, Rio de Janeiro, o primeiro de uma série de debates sobre saúde pública. O evento marcou o lançamento de edição especial sobre “Investigação e avaliação dos serviços em saúde” dos *Cadernos de Saúde Pública*, publicação bimestral da Ensp/Fiocruz. As coordenadoras da edição, Cláudia Travassos e Maria Dutil, convidaram os epidemiologistas César Victora e Jairnilson Paim para falarem sobre a importância das duas disciplinas nos serviços e nos sistemas de saúde.

Fazia muito calor, e mais de 150 pessoas, entre estudantes, profes-

res, profissionais e convidados, lotavam o Salão Internacional do quarto andar da escola, aguardando as palestras em clima de excitação — houve até um tombo espetacular na busca de bons lugares! —, já que o tema é de grande interesse para o pessoal da saúde. Como não parava de chegar gente, antes do fim da intervenção de César Victora os organizadores se viram obrigados a transferir o evento para o auditório principal, no térreo.

O diretor da Ensp, Antônio Ivo de Carvalho, abriu os trabalhos comentando o *boom* de debates na escola. “A cada manhã e a cada tarde temos recebido autores renomados, no esforço de proporcionar um intercâmbio permanente entre alunos, professores e colegas de outras instituições”, disse. “Esse evento se inscreve nesse programa intensivo de debates, num ritmo quase impossível

de acompanhar.” A idéia dos organizadores é estabelecer focos, prioridades e desafios que orientem o cotidiano da pós-graduação da Ensp, em processo de reformulação. Como os temas estão no foco do Programa RADIS, registraremos as palestras.

Carlos Coimbra, editor dos *Cadernos de Saúde Pública*, saudou a iniciativa inédita de casar o lançamento de uma edição temática às atividades da pós-graduação. “Nossas forças unidas juntam muito mais gente do que podíamos imaginar”, disse, provocando risos no auditório lotado. Carlos explicou que os números temáticos dos *Cadernos* visam atender a uma demanda de aprofundamento das discussões sobre grandes temas de interesse da saúde coletiva.



“Nem todas as populações são iguais”

FOTOS: GUTEMBERG BRITO/ENSP



César Victora

Para introduzir o tema da palestra, a avaliação dos estudos epidemiológicos e sua adequação a diferentes meios, César Victora, professor da Universidade Federal de Pelotas (RS), contou que em 1987 foi convidado para uma reunião da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, da OMS, que avalia substâncias cancerígenas. Era um estudo sobre bebidas que contêm metilxantinas (como a cafeína). Então, era para analisar café, chá, mate, chimarrão. “Acho que fui escolhido por ser gaúcho e ter feito uns estudos de caso sobre câncer de esôfago e chimarrão”, disse. Antes de viajar, recebeu telex do Itamaraty: “Prezado Dr. Victora, espero que o senhor tenha em conta os efeitos potenciais sobre a economia brasileira”, lembrou. A platéia riu. “Eu me senti muito importante”.

A FALA DE CÉSAR VICTORA

Na reunião havia epidemiologistas de diferentes disciplinas, inclusive das ciências básicas, que trabalham com modelos de cancerígenas em animais. Um americano apresentou

estudo com ratos: as experiências indicaram que tais substâncias tóxicas não tinham influência alguma. Como epidemiologistas, a primeira coisa que perguntamos foi: como se pode generalizar com uma só experiência? O sujeito virou e disse: “A rat is a rat” (um rato é um rato), e vai dar a mesma coisa no Brasil, no Japão e na Índia”. Nós, os epidemiologistas, chocados: os níveis de interferência são bem diferentes. No laboratório temos as condições controladas, os ratos são similares, faz-se um ou outro estudo para comprovar e está resolvida a questão.

Mas o paradigma predominante na pesquisa clínica é outro. São diversos estudos primariamente randomizados, em pacientes de diferentes lugares, observando uma variabilidade primariamente aleatória porque se estima um efeito com margem de erro diferente. E o que se faz em seguida? Reúnem-se todos esses estudos numa metanálise, que resume diversos estudos e chega a um valor que seria a verdade. “Esse é o paradigma das ciências clínicas: já não se trata mais de que um rato é um rato, agora um paciente é um paciente — um pouquinho mais complicado.

Esse paradigma é válido para a saúde pública? Será que uma população é

Modelo de investigação experimental.

uma população? Há sentido em fazermos metanálise de intervenções complexas em populações e ainda achar que vai dar tudo a mesma coisa? E se eu fizer um ensaio clínico randomizado na Tanzânia de prevenção de transmissão de HIV em adolescentes, seria aplicável ao Brasil ou à Bolívia? Temos que pensar um pouco mais sobre a interferência sem necessariamente adotá-la, automaticamente, em outras áreas do conhecimento, em especial na clínica, que é a área da qual se origina grande parte dos epidemiologistas. Essa palestra hoje é para discutir um pouco a questão dos paradigmas, mostrar alguns exemplos de avaliação que podem ser feitos em saúde pública. Sou epidemiologista, portanto vou falar da avaliação do ponto de vista epidemiológico, sem abordar as outras áreas de conhecimento essenciais à avaliação: vou falar sobre o estudo de impacto, o estudo de processo.

Na evidência em saúde pública, há três tipos de delineamento: probabilidade, adequação e plausibilidade. O movimento da medicina baseada na evidência tem trazido uma contribuição importantíssima. A questão é que, infelizmente, o modelo predominante em evidência é o ensaio clínico randomizado. E digo infelizmente porque ele é extremamente bom para alguns, mas não resolve a questão da saúde pública. O epidemiologista tem que pedir frequência de doença, e isso se faz basicamente com estudos descritivos. É preciso medir, então usa-se frequência de exposição. E, na relação entre exposição e doença, usamos esses estudos experimentais, alocando uma exposição a um grupo ou a outro, mas muitas vezes esbarramos em problemas éticos e operacionais. Grande parte do que sabemos hoje sobre fatores de risco e determinantes de doenças é baseada em estudos operacionais.

Outro aspecto na avaliação do serviço são os estudos sobre cobertura de programas de saúde: é preciso



saber quem está sendo atingido pelo programa. A desigualdade de cobertura é questão fundamental, que exige estudos descritivos. Temos estudos de eficácia de intervenção, queremos saber se aquela linha de intervenção funciona em condições ideais, aí precisamos também de estudos experimentais e às vezes observacionais, pois é um tipo de evidência. Basicamente temos que voltar aos estudos observacionais para medir efetividade em larga escala: nem todas as populações são iguais. A modificação de efeito, que é um termo usado em epidemiologia, é a regra, e não a exceção, e significa que um programa numa população pode ser diferente em outra. Isso é especialmente válido no campo da saúde internacional, pois ensaios clínicos e resultados de um país não se aplicam necessariamente a outros países, devido a sistemas de saúde diferentes e a populações diferentes.

AS CONDIÇÕES IDEAIS

O estudo de eficácia responde a uma pergunta: a intervenção funciona quando implantada em condições ideais? Um programa de vacinação, de treinamento de agentes comunitários, de suplementação de ferro funciona em condições ideais? Esse modelo tem algumas características: geralmente é muito bem implementado. Treinam-se as pessoas, fornecem-se os equipamentos e tudo funciona em condições ótimas. A cobertura populacional é muito alta. Paga-se até o transporte do paciente; se ele não vem, alguém vai atrás. E são atingidos os mais pobres.

Por exemplo, não se faz um ensaio de vitamina A no Rio Grande do Sul, mas no interior do Nordeste. Isso é importante, porque às vezes o programa é usado onde não é tão necessário. Finalmente, os fatores contextuais, as características do ambiente raramente são descritas no ensaio de eficácia.

No outro extremo, o que a efetividade responde? O gestor quer saber se a intervenção funcionará, mas a implementação dos estudos de efetividade geralmente é imperfeita, e não se consegue um programa bem implementado como o estudo de eficácia em condições de rotina. Não há treinamento adequado, a cobertura é parcial, e provavelmente são excluídos

os mais pobres, o grupo em que haveria maior impacto.

Então, o estudo já tem uma série de imperfeições, e a necessidade da intervenção pode ser menor do que naquele lugar em que se fez o ensaio controlado. Aplico vitamina A numa região sem tanta necessidade. Finalmente, os fatores contextuais podem não existir nessa outra rotina, e não se consegue o mesmo impacto. Os ensaios clínicos randomizados

“ Temos que pensar um pouco mais sobre a interferência sem adotá-la automaticamente ”

priorizam a validade interna, a localização aleatória reduz a probabilidade. Não anula, mas reduz a uma probabilidade conhecida *a priori*. Segundo, o cegamento, o fato de que as pessoas sabem ou não sabem se estão recebendo a intervenção, também reduz o viés da informação. Já fiz meia dúzia de ensaios randomizados, e eles são ótimos, são essenciais — só que não vão até o fim, lá onde a saúde pública precisa chegar.

Na saúde pública, as cadeias causais num programa de vacinação, por exemplo, são muito mais complexas — até a vacina chegar ao indivíduo tem que acontecer um monte de coisas. Um exemplo clássico é uma droga de efeito farmacológico que cura uma doença: essa é uma cadeia que eu chamaria de curta do ponto de vista da saúde pública. O ensaio clínico randomizado mostra a probabilidade de que o resultado se deva à intervenção. É uma afirmativa probabilística. Ele por si só não basta, exige outras evidências. Em termos de plausibilidade biológica, é preciso explicar como age o agente que causou tal efeito, entender como isso ocorre; e de plausibilidade operacional, no caso de um programa, é preciso mostrar os municípios que receberam a intervenção, que as pessoas foram treinadas, que os

agentes comunitários iam às casas e levavam a intervenção. Mesmo um enfoque probabilístico exige um argumento de plausibilidade para tornar a evidência crível e plausível.

Mas a questão é somente de eficácia e efetividade? E o que existe no meio? Por exemplo, para a eficácia clínica de uma droga ou vacina: as condições são ideais? Oferecemos a todo mundo? A droga é grátis? E a aderência do paciente, também é ideal, há vantagens para as pessoas participarem? Então, trata-se de um ensaio individual. No segundo tipo de ensaio, que chamamos de regime, entra a saúde pública: as unidades já são um grupo (um município, um centro de saúde, uma escola), fazemos uma oferta ideal e adotamos medidas especiais para que a aderência seja ideal também (damos transporte, tratamentos grátis e benefícios para que participem). Chamo isso de eficácia de regime, porque as pessoas recebem a droga efetivamente, ela chega ao recipiente da melhor maneira.

A EFICÁCIA IDEAL

Há outro tipo de eficácia, a de oferta, muito parecido com eficácia de regime: a intervenção é do tipo ideal, mas sem nada de excepcional para melhorar a aderência: não se paga passagem etc. Apenas uma intervenção bem-oferecida. Isso é uma eficácia de oferta: grande parte dos estudos que fazemos aqui no Brasil é de eficácia de oferta. O fato de existir uma pesquisa já melhora um pouco a oferta do serviço, as pessoas sabem que estão sendo estudadas, as unidades sabem que são parte de um estudo. Eu diria que já não é a rotina, e sim a boa prática, um pouquinho melhor do que a rotina.

Uma quarta opção é a eficácia de programa. O programa é oferecido no contexto de uma situação de estudo: não é ideal, não faço nada de excepcional, mas o programa é oferecido a algumas unidades de saúde. Mas estou interessado mesmo é na efetividade: tenho grupos que recebem e outros que não recebem, tudo sob condições de rotina. Então, para medir efetividade, sendo ensaio randomizado ou não, a mera presença de um grupo de pesquisadores já influencia. Temos que fazer isso por métodos observacionais. Infelizmente temos um grande viés, que é nossa herança



Em inglês, *Consolidated Standards of Reporting Trials*, ou recomendações destinadas a melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios, com lista de verificação (*check list*) e de fluxograma. Alguns autores falam em 22 itens.

também da clínica, de que se o estudo não é randomizado não é bem feito.

Nós, sanitaristas, temos que responder a essa crítica e valorizar outros tipos de estudos experimentais. Um *consort*, rotina de informações num ensaio clínico (grande parte das revistas nem aceita artigos sem *consort*), tem todas essas características, que são 21. E só uma dessas 21 características é a validade externa, o resto é tudo interna. Claro, se o estudo não tem validade interna também não terá externa, mas vejo um viés nessa tão grande valorização da validade interna — de como esse estudo pode ser generalizado para outras populações, a questão crítica da saúde pública.

Quando faço um ensaio em saúde pública, ele é randomizado, mas já teremos uma visão em saúde pública. Primeiro, temos que oferecer intervenção do nível central, do ministério ou da secretaria de saúde, que precisa chegar às comunidades. No nível local os trabalhadores de saúde têm que aderir, e a população também. Somente no fim terei um efeito biológico da intervenção. As cadeias causais com que estamos lidando são muito mais complexas.

Se um programa da OMS é exportado para mais de 100 países, há um componente nutricional: o estímulo ao aleitamento materno ou a uma complementação alimentar adequada para a criança a partir dos 6 meses, com alimentos ricos em energia e proteínas. Então é uma intervenção comportamental de mudança de hábitos de alimentação de crianças menores de 2 anos. O programa precisa ser adaptado ao país: temos que treinar os agentes de saúde para melhorar seu desempenho, para transmitir à mãe o conhecimento, pois é a mãe que vai mudar a dieta da criança, aumentar sua ingestão calórica e protéica e melhorar o ganho de peso.

A VALIDADE EXTERNA

Se se trata de uma intervenção dirigida a uma população ainda com

problemas de desnutrição, então, todas essas etapas têm de ocorrer. No nosso estudo randomizado, investigamos o efeito significativo e conseguimos documentar todas as etapas; então qual é, na verdade, a validade externa do meu estudo em áreas pobres de Pelotas? É que em Pelotas há uma série de coisas que normalmente as pessoas não mostram. Primeiro, havia uma equipe central competente que adaptou o programa. Segundo, os

“ O ensaio clínico randomizado é bom para alguns, mas não resolve a questão da saúde pública ”

agentes são treináveis, ou seja, dada a complexidade do programa educativo, a qualidade do agente era adequada. (Participei de avaliações de programas em vários países: na Tanzânia, por exemplo, o programa era muito incompleto e o agente de saúde tinha um nível tão básico que era não-treinável. Na verdade, essa é uma expressão inadequada — o programa é que era ruim. Em Pelotas, o agente era treinável.)

Mais: é necessário pesar a criança, então precisamos ter balança. O serviço de saúde: se ninguém aparece para consultas, o problema é sério. No Níger, o número de consultas por ano é de 0,5, ou seja, uma criança vai ao médico meia vez por ano. De 0 a 5 anos vai duas vezes e meia ao serviço de saúde pública, ou seja, não dá para fazer um estudo, de tanto que o acesso é limitado. Os alimentos têm que estar disponíveis, não adianta fazer educação alimentar se a população não tem condição de comprar o alimento. E, finalmente, a falta de alimentos tem que ser uma causa da desnutrição. Em alguns lugares não é — pode ser um excesso de alimento deteriorado, e não falta de alimento.

Para colocar os pés na realidade, se tiver 80% de sucesso em cada etapa do programa qual é o impacto final? Tenho 80% dos agentes de saúde trei-

nados; dos que foram treinados, 80% melhoraram o conhecimento; desses, 80% melhoraram o desempenho... Então eu fiz uma conta: isso dá 21% de efetividade. Mesmo com um nível alto de eficácia em cada ponta, a efetividade final vai ser muito baixa.

Então, temos que colocar os pés no chão dessa realidade complexa.

Por que dizemos que os ensaios de eficácia podem não ser generalizáveis para rotina? Primeiro, a dose da intervenção pode ser menor na rotina do que a usada no estudo, o que chamamos de “modificação de efeito comportamental”, o comportamento do agente e do recipiente. A dose é menor porque o agente não aderiu bem ao programa, ou porque a população não estava usufruindo desse programa na proporção certa. A segunda coisa é quando a relação dose-resposta é feita de forma diferente, o que chamamos de “modificação de efeito biológico”: a população é diferente daquela do estudo. Quanto maior a cadeia causal, ou seja, quanto mais etapas tivermos, maior a probabilidade de que haja alguma modificação depois. Então, é óbvio que, se eu faço um estudo de deficiência de vitamina A numa população com muita carência de vitamina A, a resposta vai ser enorme. Com pouca carência, a resposta vai ser menor — mas aí o poder de estatística é pequeno, todo mundo vai atrás do lugar onde tem muito problema para fazer estudos.

Bom, quais são as limitações da metodologia dos ensaios clínicos para esse tipo de implementação em larga escala? Muitas vezes não é possível randomizar, ou não é ético ou não é político. Por exemplo, a cidade onde nasceu o secretário de saúde sempre tem que estar no grupo que recebe... [A *platéia ri*]. A outra coisa que acontece muito em nosso país é que a gente implementa sem avaliar. A avaliação em si atrapalha a intervenção. Além desses estudos de probabilidades que estão constituindo o padrão-ouro para avaliação de eficácia de agentes biológicos, nutricionais e principalmente em contextos clínicos, há outros enfoques, que chamamos de “quase-experimentos”, de alguns experimentos naturais. Há estudos de adequação descritivos e de plausibilidade. Uma variação de adequação é muito simples: se o meu programa tem uma



meta, por exemplo, reduzir a mortalidade infantil em 20%, pergunto se foi atingido ou não. Se meu programa não tem meta quantitativa, pergunto se as tendências observadas foram na direção certa e na magnitude esperada.

IMPACTO INSUFICIENTE

Se com isso liquidamos metade dos programas que existem no Brasil, simplesmente as coisas não estão se desenvolvendo com o impacto que deveriam. A avaliação de adequação é a coisa mais simples que existe, e também tem limitações. O que chamamos de adequação é a significância sanitária. Quando um gestor de saúde pode tomar decisões? Primeiro, quando a situação não melhora, ou o programa está ruim ou aconteceu alguma coisa na cidade que aumentou a prevalência da doença. Quando há melhora, três fatores têm que estar presentes: primeiro, a magnitude é grande; segundo, a cadeia causal é relativamente curta, ofertando um programa que leva um efeito mais ou menos imediato; terceiro, quando a probabilidade de confusão é baixa, uma avaliação de adequação pode ser suficiente. Finalmente, a avaliação de adequação é analisar o antes e o depois, é observar as tendências daquele evento e observar depois o problema.

Agora, vou citar alguns estudos de plausibilidade — lembrem, probabilidade é o randomizado, eu tenho uma afirmativa restrita de probabilidade e estatística, e plausibilidade é quando eu não posso fazer isso. Eles respondem à pergunta seguinte: o impacto observado parece ser devido à minha intervenção? Então tenho que ter algo para comparar, e essa comparação pode ser histórica, antes ou depois, e geográfica — lugares onde haja mais daquela intervenção e lugares com menos. É o velho estudo observacional aplicado à avaliação de impacto de programas de saúde. Tenho que controlar a possibilidade de que outros fatores expliquem o que aconteceu quando o programa foi implementado.

E o exemplo que queria dar, ainda que um pouco velho, é interessante: a diarreia. Hoje em dia a gente não consegue ensinar aos nossos alunos o que é desidratação. Apareceu lá em Pelotas um menino com prega cutânea persistente e chamaram a faculdade inteira

para ver aquele sinal de desidratação, que hoje em dia já não se vê mais. Houve um grande programa na década de 90, o Programa Nacional de Controle das Doenças Diarréicas, que envolvia a terapia de hidratação oral, soro caseiro, soro de pacote distribuído nas unidades sanitárias. E nós resolvemos medir isso retrospectivamente usando dados secundários, que é outra coisa que a gente tem que resgatar. No caso, usamos hospitalizações e tivemos contro-

“ Como um estudo pode ser generalizado para outras populações é a questão crítica da saúde pública ”

le histórico e geográfico. Naquela época não havia sistemas de informações hospitalares, então pegamos um estudante de Medicina e colocamos em cada um dos maiores hospitais pediátricos nordestinos (porque o Nordeste era a maior região do país em mortalidade por diarreia). Esses estudantes revisaram 10 anos de prontuários. E viram quantos porcentos de crianças eram admitidas em função da diarreia.

E são impressionantes esses dados: em 1980, quase 60% das internações de crianças menores de 1 ano eram por diarreia (tinha enfermaria de diarreia no hospital); 10 anos depois eram 30%, ainda era bastante, mas a metade. Em 1980 ninguém usava hidratação oral, os pediatras resistiam. Ao mesmo tempo, eu não tinha denominador. Então, resolvi pegar tudo quanto era óbito de menor de 1 ano por diarreia e dividir pelo total de óbitos do estado. Era uma mortalidade proporcional modificada — óbito de menor de 1 ano por diarreia por total de óbitos. Em 1980, 13% dos óbitos registrados no Nordeste em qualquer idade era diarreia de criança, e caiu para 4% 10 anos depois. Foi uma queda enorme também. E se eu mostrar isso a qualquer epidemiologista ele vai dizer, e com razão, que se está subindo uma e baixando a outra, significa que uma é a causa da outra. En-

tão, precisamos de mais evidências para melhorar essa plausibilidade.

O PESO DO JULGAMENTO

Então, muita coisa mudou no Nordeste, felizmente tínhamos dados do Censo (saneamento, pobreza, amamentação, prevalência de desnutrição), e criamos um modelo de simulação que usava os riscos relativos, que já existiam de outros estudos brasileiros. Desta forma, constatávamos que, se aumentou o saneamento em tantos por cento, a diarreia tinha que ter diminuído tantos; se a amamentação aumentou de tanto para tanto, a diarreia tinha que ter diminuído tanto. E essa simulação mostrou que esperaríamos 21% de declínio na mortalidade devido a esses fatores contextuais. Mas, na verdade, houve um declínio de 57%, bem maior que o previsto. Logo, alguma coisa ocorrera além de saneamento, amamentação etc. A melhora da diarreia parece ser devida ao programa. No estudo de plausibilidade usamos muito o julgamento. Tudo apontava no sentido certo. Então, posso ficar tranquilo: se sou gerente do serviço em saúde, secretário ou ministro, continuo com o programa.

Esses estudos observacionais que a gente tem que resgatar precisam ser valorizados, porque quando são bem feitos podem ajudar na tomada de decisões em saúde sem nenhuma dúvida. Mas, quando usamos essa avaliação de plausibilidade? Primeiro, quando o ensaio clínico é tão artificial que não é adequado à complexidade da intervenção, que na prática vai ser muito diferente da que foi construída no ensaio. Segundo, quando temos eficácia, mas vamos ver se funciona na rotina. Terceiro, quando há razões éticas ou práticas que impeçam a randomização. Quando a intervenção é rapidamente universalizada e não há tempo de ter controle e é preciso avaliar de qualquer maneira. Estamos tentando resgatar a importância dos estudos randomizados. Precisamos de estudos de eficácia e de efetividade, precisamos de estudos randomizados e observacionais. Temos que ter validade interna, mas também temos que nos preocupar mais com a validade externa. E, finalmente, as agências financiadoras e as revistas médicas têm que ser mais receptivas a esse tipo de estudo, porque frequentemente isso não é publicado no exterior.



“Nosso campo está no olho do furacão”



Jairnilson Paim

O professor Jairnilson Paim, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, brincou logo de saída: “Falar depois do César, depois de toda a sua clareza, didática, competência metodológica, é meio covardia, mas...”. Tanto mais, continuou, “porque a área não tem ainda tão cristalizadas as estratégias de metodologia para chegar, de alguma forma, aos resultados” que César Victora apresentou. “Mas vou tentar legitimar a apresentação do César, como também as reflexões de epidemiologistas que têm pensado a articulação entre planejamento e epidemiologia.”

A FALA DE JAIRNILSON PAIM

Estudos da década passada e do início desta já registravam a ênfase na avaliação em saúde. E isso pode ser interpretado pelo desenvolvimento teórico e metodológico do campo, e também porque agentes internacionais cobravam do governo responsabilidade em mostrar os efeitos de suas políticas, e também por uma certa cultura de responsabilização, de que os próprios cidadãos requeriam de gestores

e técnicos a demonstração da evidência de que os esforços estavam dando resultado. Neste ano, em vários encontros, discutiu-se a avaliação da efetividade de políticas de promoção da saúde — além do lançamento de livros sobre a metodologia da avaliação. Essa edição dos *Cadernos* coroa esses esforços.

Esses levantamentos, no entanto, apesar de apontarem para um grande desenvolvimento da área de pesquisa, apontam também para o fato de que boa parte da produção intelectual nesta área tem muito mais a ver com reflexões sobre intervenção do que sobre investigação no sentido mais restrito. A proximidade e a imediatez da prática, muitas vezes, impõe certas abordagens que ainda não têm sistematização metodológica mais estruturada. A contradição entre a imediatez da prática e um conhecimento científico mais rigoroso parece ser um dos grandes desafios do nosso campo.

A planificação em saúde vai progressivamente superando uma visão mais centrada em serviços, ou centrada em sistemas — e como sistema pode abordar tudo, infra-estrutura, financiamento, organização em gestão — para uma outra dimensão, o espaço das políticas.

Eu não diria que são duas visões opostas, mas talvez uma permeabilidade maior ao se estudarem as políticas, as instituições e as práticas em saúde, para um conjunto de olhares disciplinares, que tendem a contribuir ao nosso campo, deixando de ser uma coisa fechada — ou da epidemiologia ou da planificação em gestão.

Essas contribuições, no entanto, careceram de uma reflexão epistemológica que nos dessem segurança no desenvolvimento metodológico e técnico. Primeiro precisamos entender essa prática científica como um campo de forças que se enfrentam. Não é por acaso que existem as prescrições para artigos científicos, como Victora apresentou. Mas, ao mesmo tempo em que é um campo de forças que produz conhecimento, produz símbolos. Tem uma parte da realidade, outra do imaginário, e símbolos nesses meios termos.

Há necessidade de identificar algumas particularidades desse campo em que nós nos movemos, da planificação e gestão com a pesquisa.

Mario Testa, no livro *Saber em saúde*, compara as chamadas ciências exatas às ciências sociais e humanas. E mostra que ambas sofrem influência de determinados mitos. Agora, pelas características distintas das ciências exatas ou naturais, já se pode pensar em validações internas, como Victora mencionou. No entanto, nas ciências sociais e humanas, entre as quais está a área de planificação e gestão, esse espaço é mais complexo.

Enquanto nas ciências naturais a produção de conhecimento muitas vezes gera terminologias, as ciências sociais e humanas, para que se tornem efetivas, precisam gerar aquilo que Testa chama de “militância sociopolítica”. Muitas coisas que Victora citou, que faziam parte do contexto, para que venham a acontecer na ponta do sistema, do serviço e das práticas sociais mais amplas, não basta dispormos de tecnologias, precisamos de militância

Sanitarista e pensador argentino, autor de *Saber en Salud – La construcción del conocimiento*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.



do ponto de vista concreto das instituições e das práticas.

Testa mostra como a vida cotidiana vai criando mitos que se relacionam com outras formas de construção de mitos, como a religião e a história, o que constrói uma determinada maneira de ver as coisas, que pode se transformar em determinado saber-fazer e resultar em práticas profissionais e culturais. Nas ciências naturais, já se começa com uma teoria de desenvolvimento metodológico e epistemológico, chegando a crescimento e mudança com essa validação de resultados. Nas humanas e sociais, há uma imersão do pesquisador nesse mundo social.

Então, quando falamos de uma instituição, já temos um olhar muito próximo, uma familiaridade, o pressuposto de que se conhece tudo daquela instituição. Portanto, a necessidade de passar por cima dessa pré-noção e chegar à construção do conceito de uma teoria, para nos distanciarmos daquilo que está mais próximo, passa pelo que o autor chama de “hermenêutica zero” — uma construção do objeto. Para isso buscamos enfoques teóricos que orientem o desenvolvimento metodológico e técnico da investigação. A validação interna já é uma segunda hermenêutica nesse campo das investigações sociais e humanas, criando novas positivities e, por sua vez, em última análise, resultando na militância social.

Isso foi ilustrado em duas diferentes formas de produção de conhecimento científico, numa esquematização de Gibbons. A primeira ele chama de Modo 1 ou tradicional, e a outra, de Modo 2 ou forma socialmente distribuída. A forma tradicional de produzir conhecimento científico se caracteriza por instituições com paredes, geralmente universidades e centros de pesquisa. As agendas são definidas por pesquisadores em função de suas disciplinas, subordinados ao meio-fio de suas pesqui-

Doutor em Física, mestre em radioastronomia, matemático, engenheiro, hoje secretário-geral da Association of Commonwealth Universities, a Associação das Universidades da Comunidade Britânica na Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE).

sas. Há ênfase na pesquisa básica, na dicotomia com a pesquisa aplicada, entendendo a pesquisa básica por “conhecer e entender” e a aplicada, por “conhecer e utilizar”. Há uma cobrança muito grande para que a investigação de serviços em saúde seja aplicada.

ENTRE PROVAS E CRENÇAS

No Modo 1, o enfoque disciplinar, a transferência unidirecional e posterior dos conhecimentos e tecnologias,

“ Não vamos esperar 10, 20, 30 anos para que os efeitos dos transgênicos se façam demonstráveis ”

ênfase em método científico, recursos públicos e planejamento centralizado — os recursos públicos financiam a maior parte das investigações ditas tradicionais.

A outra forma de produzir conhecimento, o socialmente distribuído, não parte de instituições fechadas, mas de redes de colaboração entre instituições. As agendas são definidas em contextos de aplicação, não tanto pela cabeça do pesquisador. Há muita preocupação com solução de problemas, enfoque transdisciplinar ou interdisciplinar, intercâmbio permanente de conhecimentos e tecnologias. Há uma preocupação, sim, com o método científico, mas acoplado à relevância social, a múltiplos meios para difundir esse conhecimento, e não somente às chamadas revistas científicas. E uma diversidade de fontes, de financiamentos públicos e privados, e a necessidade de criação de espaços de interação.

Com algum exagero, eu diria que as investigações de serviços em saúde, na área de planificação e gestão, tendem muito mais ao modo 2 do que ao modo 1. O que não significa que não devamos explorar o mais criativamente possível certas características do modo 1. Ao mesmo tempo, temos que ter em conta toda a complexidade da área de planificação e gestão, com diferentes tipos de momentos para orientar a de-

cisão. Temos momentos em que falta conhecimento para a tomada de decisões, mas temos momentos em que há conhecimento suficiente, e as decisões são postergadas porque implicam opção. Em outras palavras, nem sempre é por falta de conhecimento que as decisões não são tomadas.

Também há momentos em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências. Não vamos esperar 10, 20, 30 anos para que os efeitos dos transgênicos se façam demonstráveis e determinadas decisões sejam assumidas. Nosso campo está no olho do furacão, entre políticas e programas baseados em evidências — ou baseados em crenças.

As investigações que recortam das práticas de saúde ao conjunto de políticas são um desenvolvimento do que realizamos na América Latina e no Brasil ao longo da década de 90. Conseguimos atravessar as várias estratégias de investigações mais “macro”, que trabalhavam com conceitos mais robustos, até mediações que nos fizeram chegar a investigações mais concretas e empíricas. Em vez de investigações sobre grandes determinantes das políticas de saúde, chegamos a preocupações muito mais relacionadas à implementação dessas políticas, às trajetórias, do que aos processos decisórios.

COMO “NÓS” GOVERNAMOS?

Uma pergunta nos inspirou nesse período: como o governo governa a saúde? Trabalhos transformados em livros tentaram mostrar como os diferentes governos contemplam a vigilância sanitária na ditadura, na Nova República e mais recentemente. Quanto mais nós, da saúde coletiva, nos aproximamos do Estado, do governo, da gestão, dos processos de decisão, surgem perguntas mais específicas: como a saúde coletiva governa a saúde? Quando a “classe operária chega ao paraíso?” Ou quando o sanitário chega ao núcleo mais poderoso do Estado, que é o Ministério da Fazenda [*risos na platéia*] e espaços da administração central são ocupados pelos salubristas, os sanitaristas, os médicos sociais e os socialistas da saúde, enfim, todas as tribos e subtribos, como governamos?

Esta não é uma preocupação ingênua. A chamada ciência neoliberal, que tinha um conjunto de reformas



Professor da UFBA, primeiro epidemiologista brasileiro a ingressar na Academia Brasileira de Ciências.

setoriais para o mundo, particularmente para os países que precisavam do dinheiro do Banco Mundial e do FMI, tinha um roteiro de investigações subjacente. Nesse processo, houve rejeição ao “coro dos contentes”, criaram-se, com todas as dificuldades, alternativas de gestão. E há diferença de gestão entre sanitaristas e conservadores. Para o epidemiologista Maurício Barreto, o processo de transformar o conhecimento em evidência alimentadora de uma decisão é complexo, e nunca sai do conhecimento científico – e isso, vindo de um epidemiologista, há que sublinhar [*risos na platéia*]. Sofre diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente, da mesma forma em que o processo de produzir e disseminar conhecimentos é mediado por relações que se estabelecem na comunidade científica, e desta pelos setores e interesses da sociedade.

Comecei a estudar outra forma de mortalidade infantil com Vitoria, quando ele examinou a mortalidade infantil do Rio Grande do Sul em minifúndios e latifúndios. César e tantos outros pesquisadores, inclusive desta casa, tiveram muito empenho intelectual em avançar nessa linha.

Ao mesmo tempo, havia um conjunto de restrições contra o avanço da epidemiologia social. De certa forma, isso ilustra as relações entre setores e interesses da sociedade: quem financiava a pesquisa não estava muito interessado em que as investigações chegassem à análise de uma determinação mais estrutural dos problemas de saúde. E conclui Maurício Barreto: há conhecimentos diversificados produzidos por diferentes disciplinas, muitas vezes com diferentes abordagens teóricas.

Então, saúdo a abertura dos epidemiologistas em buscar outras formas de ver.

Algumas possíveis estratégias que poderiam ser trabalhadas nessa temática: a questão da intervenção – além de mobilizar recursos e voluntários para que as coisas aconteçam, temos que selecionar tecnologias efe-

tivas, ética e politicamente aceitáveis, sempre que possível fundamentadas em evidências científicas. Averiguar tecnologias e saberes disponíveis para solução de cada problema selecionado, mediante consenso de especialistas com síntese de pesquisas durante a fase de planejamento em saúde. E, na falta disso, formulemos perguntas e novas perguntas de investigação.

Em relação ao planejamento, vi uma experiência no Canadá interessante:

“ A saúde pública crítica tem compromisso com a radicalidade democrática ”

para cada objetivo, com meta quantificada, o Ministério da Saúde incluía o que existia de conhecimento para sustentar aquela meta; nas lacunas, dava sinal verde à academia, que se debruçava sobre aquilo para tornar os planos de saúde mais conseqüentes. Uma das vias: um plano nacional de saúde. Debruçando-nos sobre esse plano, com objetivos e metas, tentaríamos ver um conjunto de linhas de pesquisa e prioridades para essa investigação em serviços de saúde, indicando às instituições de pesquisa ou ensino demandas relevantes para soluções de problemas atuais e potenciais.

Outra via: aproximação entre planejadores, pesquisadores e gestores em comitês mistos, discutindo questões a partir das pré-noções – aquela “hermenêutica zero” a que me referi, com indicação de síntese de pesquisas, visão sistemática com investigações originais. E propostas como o fortalecimento das redes, o Modo 2 de produzir conhecimento, como a rede de investigação de sistemas e serviços em saúde do Cone Sul, para expandir a base de produção, reprodução, difusão e utilização do conhecimento científico de planificação e gestão, ampliando, portanto, nossa capacidade no setor.

Trata-se de produzir conhecimentos a partir da literatura científica, pro-

duzir e disseminar conhecimentos originais – quando os já existentes não permitirem decisões –, fortalecer a capacidade de avaliação do impacto das decisões, sejam elas em forma de política, norma, lei, ação etc.

Para concluir, faço uma provocação sobre nosso compromisso com a saúde pública, diferente do compromisso da saúde pública convencional (nem vou falar da “nova saúde pública”, porque esse é outro barato...). A saúde coletiva ou a saúde pública crítica tem compromisso com a emancipação do sujeito, compromisso com a radicalidade democrática. Ela não é como a saúde pública convencional – um problema e uma tecnologia a serem aplicados. Não abriremos mão das tecnologias disponíveis, mas nós, da saúde pública crítica, temos compromisso com a emancipação dos sujeitos, com a autonomia das pessoas. E não devemos perder esse horizonte, porque foi assim que nasceu o nosso campo, e citei autores que mostram que o conhecimento científico pode contribuir para contextos emancipatórios.

Um reconhecimento, portanto, de diversos saberes e práticas para se transformarem naquilo que Boaventura Sousa Santos [*cientista social português*] considera uma “ciência prudente para uma vida decente”. Uma relatividade de discursos calcada na apreensão processual e aproximativa da realidade: nós sempre estamos nos aproximando do real, e é muito difícil nos apropriarmos completamente de sua totalidade.

Buscar rigor metodológico sempre a serviço de uma realidade sempre mais complexa, como meio para reconstruir, questionar cada resultado que encontramos na produção científica, uma intencionalidade explicitada de se manter a crítica não só do ponto de vista da validade externa e interna, mas do ponto de vista político e ético. No âmbito científico, construir nossas possibilidades ideais de diálogo, a ciência submetendo-se tanto às agências de pesquisas como à variação de resultados e à própria substância do método científico, às expectativas públicas tradicionalmente consideradas fora do sistema científico. 

* Estágio supervisionado



FRAGILIDADE DA VIDA



Um futuro indicador de saúde?

Doutora em Ciência Política pela USP, mestra em Sociologia pela UCL da Bélgica e formada em Filosofia pela UFRJ, a professora da Uerj Madel Terezinha Luz presidiu em julho, em Florianópolis, o 3º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Antes de viajar em meados de agosto para Paris, onde estudará a relação entre ciências sociais e saúde e também o surgimento tardio dessa relação, Madel conversou com a apresentadora e roteirista Márcia Fixel, do Departamento de Comunicação e Saúde do Cict/Fiocruz.

Para Madel, o tema do congresso, "Desafios da fragilidade da vida", está nas preocupações das ciências humanas não apenas por conta da violência, do terrorismo, das epidemias, do surgimento de novas doenças, mas também pela perda de valores e sentidos na sociedade atual – criando no futuro, quem sabe, até um novo indicador de saúde. "O que chama atenção atualmente das ciências humanas é a fragilidade da vida humana, principalmente no espaço urbano", diz.

O espaço rural também é atingido, mas minimamente, acredita ela, porque mal se pode dizer que exista uma sociedade rural – há apenas resquícios. No grande processo de urbanização, os valores ligados à solidariedade, a grupos solidários, à família desaparecem completamente. Nessa sociedade urbana, os valores são a competição, a busca de sucesso, o individualismo, o consumismo, de onde brotam a hostilidade, a violência. "E isso põe em questão a vida", afirma. "Produz isolamento, ansiedade, estresse e gera doenças novas, ditas contemporâneas, como pânico, bulimia, anorexia, a loucura pela forma física – afastar-se dessas normas é colocar-se na anormalidade".

De acordo com Madel, essa fragilidade se relaciona ao sofrimento psíquico e ao desamparo das pessoas, o que se verifica mais fortemente em alguns grupos. No congresso de Florianópolis predominaram o diálogo entre os profissionais e o pensamento ligado à saúde coletiva e às ciências sociais e humanas – algo relativamente recente, que vem se consolidando.





to das disciplinas e a afirmação do seu campo como o único válido não apareceu”.

O congresso, para a professora, correspondeu a um conjunto de expectativas que tinham a ver não apenas com a busca pela valorização da vida, de valorização de sentidos, valores e significados para a vida, mas também da busca de um pensar solidário interdisciplinar, que saia do isolamento da produção científica dura, daquela acumulação de verdades experimentais que esquecem a atenção ao sofrimento, à perda de referências do ser humano – o que contribuía para o que chamamos de fragilidade da vida.

Na entrevista – que constará de documentário especial sobre o congresso, a ser distribuído pelo VideoSaúde e apresentado pela UTV (canal universitário na Net-Rio) –, Madel lembra que desde o século 19 as ciências sociais integram a área da saúde coletiva e estão na própria origem da medicina social, com a demografia, a economia, a filosofia, mas a presença do adocimento, da saúde e da vida só ocorreu no século 20, e de modo restrito. Sobretudo a sociologia se ocupava muito da normalidade e da anormalidade, tanto que existiu um campo da sociologia chamado patologia social, conta Madel. Mas, em estudos organizados, apenas nos últimos 30 anos.

ADESÃO INTERDISCIPLINAR

A professora se disse impressionada com a adesão ao tema dos profissionais de saúde no congresso de Florianópolis. “Não esperava que a questão do corpo, da subjetividade, dos sentidos fosse atrair diversas áreas”, disse. Havia psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, professores de educação física. Também em relação a cuidado, atenção e práticas em saúde havia grande participação não só de profissionais, como de estudantes de pós-graduação e gestores.

Há que sublinhar a tendência muito clara a se pensar intersetorialmente e interdisciplinarmente. “Quer dizer, aquele escanteamen-

A Comissão de Ciências Sociais e Humanas da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – que promoveu o congresso – tem planos de organizar encontros regionais em ciências sociais e humanas em saúde. Já está previsto um encontro no Nordeste. 



Água, esgoto, lixo e drenagem, o “quarteto mágico” da saúde pública

Claudia Lopes

As doenças causadas pela contaminação da água e pela falta de saneamento básico respondem por 50% das internações hospitalares nos países em desenvolvimento e levam aproximadamente 3 milhões de crianças à morte a cada ano, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os dados foram apresentados por Haroldo Mattos de Lemos, presidente do Instituto Brasil Pnuma (Comitê Brasileiro do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente), na 6ª Conferência das Cidades, realizada na Câmara dos Deputados entre 23 e 25 de agosto.

O evento, que teve como tema *A reforma urbana é uma realidade legal*, reuniu parlamentares, representantes dos governos municipais, estaduais e federal, de movimentos populares, do setor empresarial, dos trabalhadores e de entidades não-governamentais.

DIREITO ESQUECIDO

No Brasil, calcula-se que 45 milhões de pessoas não tenham acesso a água potável de qualidade, 93 milhões não tenham serviços de esgoto e 15 milhões não tenham coleta de lixo. Por isso, a Política Nacional de Saneamento (PNS), proposta no Projeto de Lei 5.296/05, foi um dos assuntos de maior destaque no encontro, tendo sido discutida no painel *Saneamento básico – um direito de todos*, na tarde do dia 24.

Dele participaram, além do presidente do Instituto Brasil Pnuma, o secretário Nacional de Saneamento Ambiental, Abelardo de Oliveira Filho, o superintendente Nacional de Saneamento e Infra-Estrutura da Caixa Econômica Federal, Rogério Tavares, o vice-presidente da Associação Brasileira de Infra-Estrutura e Indústria de Base (Abdib), Newton Azevedo, a diretora-tesoureira da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Bartíria Lima da Costa, e a deputada Maria do Carmo Lara (PT-MG).

DEFESA UNÂNIME

Os palestrantes foram unânimes na defesa do PL 5.296/05, que propõe que os sistemas públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário, de manejo de águas pluviais (drenagem) e de gerenciamento de resíduos sólidos (lixo) sejam tratados de forma integrada pelo poder público. Em sua palestra, “Disponibilidade de recursos financeiros para saneamento e formas de acesso”, Rogério Tavares, superintendente de Saneamento e Infra-Estrutura da CEF, explicou que a maior parte dos recursos para o saneamento básico vem do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e que o governo conta, no momento, com R\$ 2,6 bilhões para os investimentos nessa área.

Embora o montante seja, segundo Tavares, um dos maiores já investidos em saneamento, na opinião do vice-presidente da Abdib, Newton Azevedo, o valor não chega a um quar-

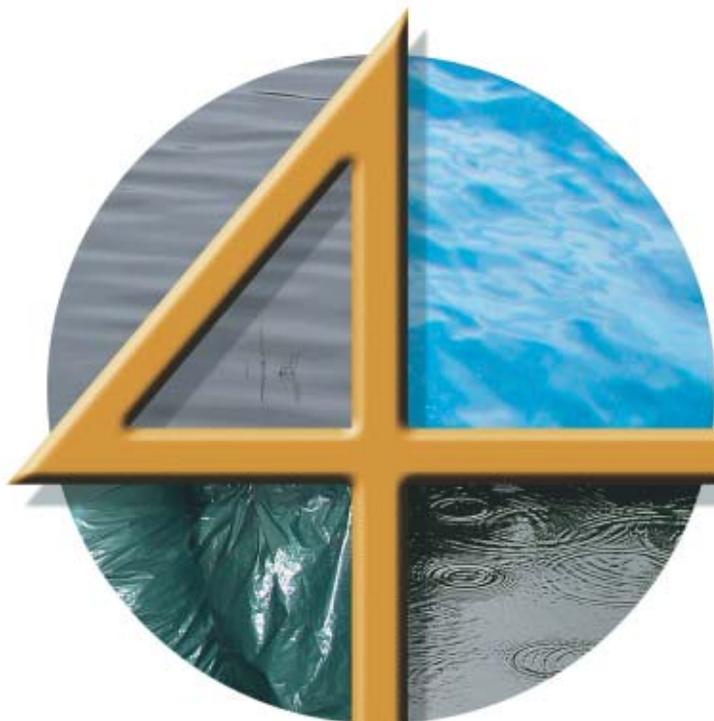
to do que seria preciso para começar a atender à necessidade da população brasileira. Ao falar da visão do setor empresarial sobre o cenário atual do saneamento, Azevedo recorreu a estimativas do próprio governo federal, de que é preciso um investimento anual de R\$ 9 bilhões, em média, pelos próximos 20 anos, para que os serviços de tratamento de água e esgotamento sanitário sejam universalizados no país.

Azevedo acredita que o problema só pode ser resolvido com parcerias Estado-iniciativa privada, mas ressaltou que a participação do capital privado depende do estabelecimento do marco regulatório, o que será alcançado com a aprovação do PL 5.296/05. O empresário também citou dados da OMS mostrando que água e esgoto tratados reduzem a mortalidade em 20%, e destacou que saneamento gera empregos.

Haroldo Mattos de Lemos lembrou que reduzir à metade a porcentagem de pessoas sem abastecimento de água potável até 2015 é uma das metas do milênio da ONU. Ele também enfatizou a necessidade de mais investimentos em saneamento, criticando o ritmo lento dos avanços na área, em comparação ao de outros setores de infra-estrutura.

TITULARIDADE INDEFINIDA

Lemos reconheceu que o Brasil teve algumas conquistas na área nos últimos anos, como a instituição da Lei de Crimes Ambientais (Lei 9.605/98)



e do Decreto 5.440/05, segundo o qual as empresas de saneamento básico são obrigadas a prestar ao consumidor informações sobre a qualidade da água que fornecem.

Um dos pontos principais do debate foi a indefinição da titularidade dos serviços de saneamento, isto é, se a prestação desses serviços à população deve ser da competência dos estados ou dos municípios. De acordo com o secretário nacional de Saneamento Ambiental, Abelardo de Oliveira Filho, a proposta do governo procura resgatar o pacto federativo, incentivando a cooperação entre União, estados e municípios. O Poder Executivo considera que cabe ao Supremo Tribunal Federal decidir sobre a questão da titularidade, mas defende que a regulamentação estabelecida no PL 5.296/05 se mantenha inalterada, independentemente da decisão do STF. A esse respeito, a debatedora Bartíria da Costa, representante da Conam, expressou a visão da entidade em defesa da titularidade municipal.

A PROPOSTA E A RESISTÊNCIA

O secretário de Saneamento Ambiental destacou que, além de regular o setor e integrar os serviços, o projeto prevê o controle social da política de saneamento, propiciando, entre outras coisas, transparência e participação popular na definição das tarifas. Para Abelardo de Oli-

veira Filho, é justamente neste ponto que a proposta esbarra na resistência dos governos e das empresas estaduais de saneamento, que desejam continuar se auto-regulando e definindo, sozinhos, tarifas e investimentos. A Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais (Aesbe) é responsável pela maioria das 862 emendas que o projeto recebeu na Câmara, onde tramitava em regime de urgência.

Devido às divergências, os próprios parlamentares que atuam na defesa do projeto pediram ao Executivo mais tempo para a discussão e a negociação. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva concordou com a solicitação e a retirada da urgência foi anunciada em 23 de agosto, na abertura da conferência, pelo ministro de Relações Institucionais, Jaques Wagner. As emendas estão agora sendo analisadas pela Comissão Especial de Saneamento Básico, na Câmara dos Deputados, com o objetivo de conseguir a aprovação do projeto o mais rapidamente possível, informou a Agência Câmara.

O painel foi encerrado com a palestra da deputada Maria do Carmo Lara (PT-MG), que integra a Comissão Especial. Ela acredita que começa a haver uma mudança na mentalidade dos gestores públicos, no sentido de darem maior importância ao saneamento básico. A deputada também é favorável a que os municípios tenham a competência e a responsabilidade pelos serviços, confor-

me a Constituição, mas que haja flexibilidade, entre outras coisas, para a criação de consórcios, ou seja, parcerias com outros municípios.

“O painel ajudou na discussão, mas o PL 5.296/95 é polêmico”, afirmou a deputada em entrevista por telefone à *Radis*. “Na comissão, estamos tentando construir um consenso para sua aprovação, pois o projeto é muito importante para a soci-

idade brasileira, e será bom para todos — para os cidadãos, os municípios, e também para as empresas estaduais de saneamento”. A deputada ressaltou que a Comissão Especial de Saneamento Básico é formada por parlamentares que vêm acompanhando as questões relativas à formulação do Plano Nacional de Saneamento há bastante tempo.

Além do debate sobre a Política Nacional de Saneamento, a 6ª Conferência das Cidades também teve painéis sobre Regularização Fundiária, Parcelamento do Solo Urbano, Habitação Popular, Transporte Coletivo e Acessibilidade e Gestão Democrática das Cidades. Neste último, todos os palestrantes destacaram que a participação popular é fundamental para a elaboração dos planos diretores das cidades. Os planos são instrumentos previstos no Estatuto das Cidades com o objetivo de garantir uma boa gestão pública municipal, e todos os municípios com mais de 20 mil habitantes deverão apresentá-los até outubro de 2006.

Mas a sociedade precisa ficar atenta. De acordo com o diretor do Departamento de Planejamento Urbano do Ministério das Cidades, Benny Schasberg, há gestores comprando planos diretores já prontos, sem discuti-los com a população, apenas para cumprir o prazo.

A Conferência das Cidades, promovida pela Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados, é um dos mais importantes fóruns anuais de debate sobre questões urbanas no país, tendo contribuído, em outras edições, para a formulação do Estatuto das Cidades e até mesmo para a criação do Ministério das Cidades, entre outros avanços. Este ano, ela precedeu a 2ª Conferência Nacional das Cidades, que será organizada pelo ministério e está programada para o fim de novembro. 

HISTÓRIA DA FIOCRUZ

Memórias que valem a pena

O fundo musical preparava os espíritos: a voz de Chico Buarque recebia os convidados nos jardins do Castelo Mourisco, sede da Fundação Oswaldo Cruz no Rio. O pretexto da cerimônia, em 26 de agosto, era a inauguração da estátua do médico-sanitarista Sergio Arouca (1942-2003), nos 20 anos de sua posse na direção da Fiocruz; o motivo real, a celebração permanente da democracia, para que não se perca o hábito. E os espíritos vieram: os deste mundo, em torno de 500, para homenagear o amigo que partiu num sábado de agosto há dois anos; os do outro, para espionar a festa. O chefe de Gabinete da Fiocruz, Arlindo Fábio Gomez de Sousa, um dos três vice-presidentes da gestão Arouca, foi o mestre de cerimônias: "Quisemos que Arouca, símbolo dos novos tempos de nossa instituição, ficasse ao lado de nossos símbolos maiores, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas".

De fato, ali perto estão os bustos dos grandes mestres. O mesmo lugar em que foram espalhadas as cinzas de Arouca, e onde cresce uma jabuticabeira plantada em sua honra. Descerraram a estátua, juntos, velhos companheiros, como o ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, o parasitologista Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva, o deputado Roberto Freire, presidente do PPS (o segundo partido em que Arouca militou – o primeiro, cla-



Uma foto de Arouca discursando em frente ao carro de som da Asfoc inspirou o escultor Otto Dumovich

ro, foi o sanitário), o diretor-geral da Associação dos Servidores da Fiocruz, Rogério Lannes, a viúva de Arouca, a sanitarista Lucia Souto, os filhos Pedro e Lara, a neta Nina.

Freire, em sua fala, disse que Arouca não é apenas saudade: "Faz uma tremenda falta na compreensão de tudo o que aí está e do que seja a esquerda hoje". Paulo Buss referiu-se com emoção ao modelo de gestão participativa (*Radis 33*) que Arouca adotou em sua administração (1985-1989). "Vejo aí fora instituições com problemas graves, servidores em dificuldades – Arouca provou que vale a pena investir nos servidores públicos", disse.

"Filho desta casa, do partido sanitário e da Reforma Sanitária", disse o ministro em seguida, "foram 30 anos de convivência com os vários Aroucas, o sanitarista, o deputado, o amigo, o companheiro da utopia de Montes Claros" [*experiência de iniciada em 1974, considerada o projeto*

fundador do Movimento Sanitário]. Saraiva citou a proposta de "reforma do SUS" do próprio Arouca (*Radis 3*) para um desafio: "Vamos repensar o SUS de forma a superar o que

não deu certo e a valorizar o que deu certo".

ONDE ESTÁ JORGE CARELI?

A pergunta ressoou, três dias depois, no Auditório Arthur Neiva, do Instituto Oswaldo Cruz. Desta vez, o fundo musical era Villa-Lôbos: as *Bachianas* e o *Trenzinho caipira*, nos violoncelos do Duo Santoro, pontuaram a entrega da Medalha Jorge Careli, concedida anualmente pela Associação dos Servidores da Fiocruz a personalidades que se destacam na defesa dos direitos humanos. Também foi entregue o 2º Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania, ao procurador da República Humberto Jacques de Medeiros, do Ministério Público Federal da Saúde.

Receberam a medalha Catia Patricia da Silva, representando as famílias das vítimas da Chacina de Queimados (noite de horror em que policiais executaram 29 pessoas na Baixada Fluminense, em 31/3), Elizabeth Campos Silva, ativista da comunidade de Manguinhos, Rita Mattos, ex-diretora da Asfoc, e Luis Cláudio Guimarães, amigo de Careli.

Catia dedicou a medalha aos que morreram. "Tanta gente inocente morta, mas é preciso reagir: grite, lute, não deixe o medo calar você", disse. Em 10/8/1993, o servidor da Fiocruz Jorge Careli foi espancado por policiais da Delegacia Anti-Seguestro. Levado numa Kombi, nunca mais apareceu. Os servidores promoveram dezenas de atos de protesto. O corpo nunca foi encontrado, mas a Asfoc continua perguntando: "Onde está Jorge Careli?" (M.C.)



Luis Cláudio, Rita, Catia, Elizabeth e Humberto: cada um em sua área, todos pelos direitos humanos

ENTREVISTA

José Gomes Temporão

“Nada na saúde foi construído em cima de punições, mas de articulação e pactuação”

Wagner Vasconcelos

Do Rio de Janeiro, onde estava para assinar acordo com o prefeito César Maia, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, José Gomes Temporão, conversou por telefone com a *Radis* para esclarecer a decisão de arquivar o anteprojeto da Lei de Responsabilidade Sanitária (LRS).

Um novo projeto deverá ser criado, mas este não é o foco do ministério, e sim a montagem de um pacto de gestão que defina metas e prioridades para gestores e mecanismos que reduzam os hoje numerosos padrões de repasse de recursos.

Médico-sanitarista, militante histórico da reforma sanitária, no início do ano integrou o colegiado de coordenadores da “intervenção” do Ministério da Saúde no SUS do Rio (*Radis* nº 33). Habitado à negociação, como a maioria dos sanitaristas históricos, Temporão argumenta contra o formato atual da LRS: “Nada na área da saúde foi construído em cima de punições, mas de conversas, articulação e pactuação”.

Por que sepultar a LRS?

O termo “sepultar” não é correto. A LRS é questão estratégica, mas o ministério entende que é fundamental começar pelo pacto de gestão, redefinindo o papel dos gestores e mudando os padrões dos repasses de recursos, que hoje chegam a 111. Isso é inadmissível e inadministrável. O ideal seria um só padrão, mas claro que isso não é possível. Vamos discutir que soluções podemos encontrar. Quanto ao pacto de gestão, posso dizer que ele será um grande avanço para a saúde, pois hoje não temos controle, metas ou prioridades.

Por que a crítica à pena de prisão para o gestor que descumprir a lei?

A versão que recebemos da LRS era um libelo persecutório. Da forma como estava, ninguém gostaria de ser um gestor de saúde. A previsão de pena de prisão era um equívoco grave, um viés inadequado. Nada na área da saúde foi

construído em cima de punições, mas de conversas, articulação e pactuação.

Mas haverá alguma punição?

Essa discussão é inadequada para o momento. Nosso foco é a repactuação, que definirá como será a nova lei que, é importante frisar, é necessária.

Então, virá um novo projeto?

Sim. E essa lei deverá refletir todo o conjunto de leis e discussões que surgirem do pacto de gestão e da definição dos novos padrões de repasses de recursos.

O deputado Roberto Gouveia (PT-SP), que tem um projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, será ouvido?

Sim, inclusive já conversamos com ele, que concordou com a nossa decisão de modificar o projeto anterior. O deputado, até, já tem idéias a respeito do pacto de gestão que vamos rediscutir.

E o que será o Código de Direitos do Usuário do SUS?

Embora a Constituição Federal estabeleça o direito à saúde, o Código de Direitos do Usuário do SUS vai dar garantias mais objetivas, que não estão detalhadas na lei. Vai versar desde a questão da privacidade do paciente até seu direito de saber o nome do médico que o está atendendo, qual o conjunto de procedimentos a que está sendo submetido e as informações sobre a quem recorrer nos casos em que julgar necessário. Será um passo importante, pois vai fazer com que cada cidadão seja, de certa forma, um fiscal da lei.

Esse código não restringiria os direitos dos usuários?

Não, porque o código não se refere à questão do acesso ou dos serviços a que o usuário tem direito, mas à questão da qualidade do serviço que lhe é prestado pelo sistema público de saúde.

Quando deve sair o pacto de gestão?

Já está sendo discutido. Mantemos a expectativa de que isso tudo seja concluído ainda este ano. Estamos conversando bastante com o deputado



Roberto Gouveia e podemos nos inspirar em experiências como as adotadas pela França, por exemplo, para fazermos avançar esse projeto preliminar que estamos desenhando e que será avaliado tanto pela Comissão Intergestores Tripartite quanto pelo Conselho Nacional de Saúde, evidentemente.

Haverá tempo de se aprovar uma nova lei, tendo em vista que o governo entrou na reta final e que as votações no Congresso nem sempre ocorrem com a rapidez necessária?

Essa é uma questão que transcende a minha avaliação. Mas acredito que o Congresso terá sensibilidade de votar uma lei que tem uma grande importância.

O projeto anterior abria muito espaço para as intervenções. Que avaliação o senhor faz disso?

Acreditamos que a intervenção deva ser algo muito pontual, muito específico, e não uma regra. O nosso foco é a negociação, a articulação. Se um acordo como este que assinamos hoje [8/9/05] aqui no Rio tivesse sido feito antes, acredito que grande parte dos transtornos poderia ter sido evitada.

Qual é o acordo?

Pelo acordo, a prefeitura do Rio devolverá ao MS quatro hospitais que haviam sido municipalizados em 1999. Além disso, a prefeitura se comprometeu a ampliar o Programa de Saúde da Família, passando das atuais 86 equipes para cerca de 260 até o fim deste ano. 

SERVIÇO

EVENTOS

4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS E 2º ENCONTRO INTERNACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL

Promovido pela Associação das Mães da Praça de Maio, da Argentina, com apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, o evento traz como tema central *Saúde, educação e trabalho*. O congresso é resultado da relação entre trabalhadores da Saúde Mental e militantes sociais, e busca uma formação crítica na área, trabalhando as práticas clínicas e sociais.

Data 10 a 13 de novembro

Local Buenos Aires, Argentina

Mais informações

Tel. (5411) 4382-1055

E-mail congreso@madres.org

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



Objetivo principal da conferência é demonstrar como a ciência, a tecnologia e a inovação (CT&I) podem ser a base de uma estratégia para o desenvolvimento político, econômico, social e cultural do país. Entre as propostas de discussão, CT&I como desenvolvimento nacional, aproximação dos setores acadêmico, empresarial e público (governamental e não-governamental), aumentando o número de exemplos de inserção de CT&I na vida da sociedade. A conferência ocorrerá pouco depois de um ano do lançamento da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior do atual governo, e já na vigência da Lei de Inovação Tecnológica.

Data 16 a 18 de novembro

Local Complexo Blue Tree Alvorada, Brasília

Mais informações

Tel. (61) 3424-9664/9656/9670

Site www.cgee.org.br/cncti3/index.php

PUBLICAÇÕES — LANÇAMENTOS

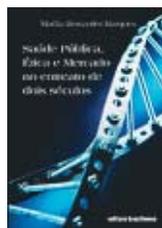
EDITORA BRASILENSE

Saúde pública, ética e mercado no entreato de dois séculos, de Marília Bernardes Marques,

apresenta temas relevantes do mundo contemporâneo, como bioética, biossegurança, ética das pesquisas em seres humanos, clonagem humana, manipulações genéticas, transgênicos e pesquisas com células-tronco embrionárias. Os textos que formam esta coletânea foram produzidos nos últimos 15 anos. Alguns são inéditos, outros já foram divulgados pela imprensa brasileira ou em conferências, publicações acadêmicas e livros. Disponível na Livraria da Travessa, Rua Visconde de Pirajá, 572, Ipanema, RJ.

Mais informações

Site www.editorabrasileNSE.com.br/catalogo-site/livrosaudepublicaeticaemercado.htm



LIVRARIA ABRASCO

“Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”. Isto é regulamentação?, de Álvaro César Nascimento,

jornalista e editor da revista *Riopharma*, analisa o frágil modelo regulatório da propaganda de medicamentos no Brasil e seus danos à saúde pública. A obra é resultado de pesquisa realizada como pré-requisito à obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Uerj, em 2003, e foi editada com a chancela da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) e do próprio Instituto de Medicina Social da Uerj. O livro mostra a urgência de um esforço regulatório mais rígido e abrangente, que contribua para a diminuição do uso incorreto de medicamentos, a redução dos casos de rea-



ções adversas e dos índices de intoxicação humana provocadas por produtos farmacêuticos, elevando o nível de informação e consciência da população sobre a questão e evitando o contínuo crescimento de agravos à saúde.

Mais informações

Livraria da Abrasco

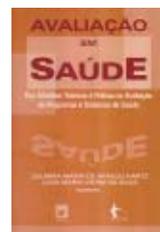
Tel. (21) 2598-2526 e 2590-2073

E-mail abrLivro@ensp.fiocruz.br

EDITORA FIOCRUZ

Avaliação em Saúde — dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde, organizado por Zulmira Maria de Araújo Hartz e Lígia Maria Vieira da Silva,

apresenta uma coletânea de artigos analisando os aspectos conceituais e teóricos da avaliação em saúde e situações concretas sobre o tema no Brasil e no Canadá. O livro é referência para quem inicia trajetória no campo da avaliação em saúde, como também para acadêmicos e gestores dos serviços de saúde.



Urgências e emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários, de Armelle Giglio-Jacquemot,

pretende desvendar o que seja uma urgência ou uma emergência de saúde a partir de duas perspectivas: a dos usuários e a dos profissionais da rede pública. Nesta publicação, a autora mostra um universo dinâmico e complexo a partir de um trabalho antropológico realizado na Faculdade de Medicina de Marília, em São Paulo. São decisões médicas muitas vezes antecedidas por pequenos passos e atitudes peculiares, como a de um motorista de ambulância ou o porteiro do hospital.



Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora



PÓS-TUDO



ARISTIDES DUTRA

Em 3 de novembro de 2005 Betinho completaria 70 anos. O Ibase (www.ibase.org.br) vem promovendo encontros para debater suas idéias e reuniu seus textos na seção "Conversas com Betinho", de onde foi retirado este artigo, publicado em encarte da revista Democracia, nº 113, 1995

Herbert de Souza (1935-1997)

Não é por acaso que a palavra cidadania está sendo cada vez mais falada e praticada na sociedade brasileira. Uma boa onda democrática que vem rolando mundo afora chegou ao Brasil há algum tempo e tem nos ajudado a descobrir como dar conta do que acontece na vida pública.

Cidadania é a consciência de direitos democráticos, é a prática de quem está ajudando a construir os valores e as práticas democráticas. No Brasil, cidadania é fundamentalmente a luta contra a exclusão social e a miséria e mobilização concreta pela mudança do cotidiano e das

estruturas que beneficiam uns e ignoram milhões de outros. E querer mudar a realidade a partir da ação com os outros, da elaboração de propostas, da crítica, da solidariedade e da indignação com o que ocorre entre nós.

Um cidadão não pode dormir com um sol deste: milhares de crianças trabalhando em condições de escravidão, trabalhadores sobrevivendo com suas famílias num quadro de miséria e de fome, a exploração da mulher, a discriminação do negro, uma elite rica esbanjando indiferença num mundo de festas e desperdícios escandalosos, de banqueiros metendo a mão no dinheiro do depositante, da polícia batendo em preto e pobre.

A fome é a realidade, o efeito e o sintoma da ausência de cidadania. O ponto de partida e de chegada das ações cidadãs. A negação radical da miséria é um postulado de mudança radical de todas as relações e processos que geram a miséria. É passar a limpo a história, a sociedade, o Estado e a eco-

nomia. Não estamos falando de coisas abstratas, de boas intenções ou desejos humanitários de alguns.

Cidadania é, portanto, a condição da democracia. O poder democrático é aquele que tem gestão, controle, mas não tem domínio nem subordinação, não tem superioridade nem inferioridade. Uma sociedade democrática é uma relação entre cidadãos e cidadãs. É aquela que se constrói da sociedade para o Estado, de baixo para cima, que estimula e se fundamenta na autonomia, independência, diversidade de pontos de vista e, sobretudo, na ética — conjunto de valores ligados à defesa da vida e ao modo como as pessoas se relacionam, respeitando as diferenças, mas defendendo a igualdade de acesso aos bens coletivos.

O cidadão é o indivíduo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. Um cidadão com sentido ético forte e consciência de cidadania não abre mão desse poder de participação. ■

Centro de Pesquisas AGGEU MAGALHÃES



1950 • 2005 - cinquenta e cinco anos