

NESTA EDIÇÃO

Orçamento 2007

Como ficaram os cortes depois do Decreto 6.046

Rumo à Treze

Estudo compara cinco conferências nacionais de saúde

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 56 • Abril de 2007

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...



ALIMENTAÇÃO

Transição nutricional é desafio para a saúde pública

Novo ministro

“A saúde é, antes que biológica, uma produção social. Para que se alcancem melhores níveis de saúde é imprescindível que o Estado e a sociedade cada vez mais implementem ações intersetoriais.”

José Gomes Temporão

Em 1985, a revitalização

Entre 1985 e 1987, quando Sergio Arouca era presidente da Fundação Oswaldo Cruz, a sanitarista Celia Almeida assumiu a coordenação do RADIS, que foi revitalizado como parte do processo de luta pela reforma do sistema de saúde. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, graduada em Pediatria e hoje especialista em política de saúde, planejamento e organização de serviços, Celia fez mestrado em Medicina Social no Instituto de Medicina Social da Uerj e doutorado em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz. Nos anos 1980, assessora do Gabinete da Presidência da Fiocruz, coordenava projetos estratégicos, entre eles o RADIS, dando novo ânimo ao programa, que vinha enfrentando dificuldades devido à falta de recursos financeiros.



Foto: C.P.

Como estava o programa na época em que você assumiu?

Estava devagar, faltava-lhe vitalidade. A iniciativa de revigorar o RADIS se deu na época áurea do movimento pela Reforma Sanitária, durante a transição democrática, quando entre outras coisas tínhamos conseguido que Sergio Arouca fosse nomeado para a presidência da Fiocruz. Era o período também da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Fiocruz protagonizou esse processo. Com Arouca na presidência, a fundação também estava renascendo e começando a recuperar seu lugar na história da saúde brasileira. Lembro que chegamos a discutir se o RADIS acabaria ou não, mas o debate levou-nos a redefinir o programa aproveitando seu enorme potencial e penetração na área de saúde no país inteiro. Decidiu-se então que o RADIS seria o “arauto” da Reforma Sanitária, difundindo o debate político e técnico em torno da proposta de reorganização do sistema de saúde e, principalmente, fortalecendo a coesão política do movimento. Foi nessa perspectiva que assumi a coordenação.

Houve mudanças editoriais nessa fase?

Como parte desse processo, fizemos uma rediscussão dos conteúdos das publicações, de seus formatos, layout e linguagem. Decidiu-se que era importante incorporar jornalistas ao programa, entrevistar diferentes atores, publicar debates sobre temas específicos politizando a discussão da reforma. Discutimos, por exemplo, se manteríamos ou não a *Súmula*, e achamos que ela ainda era pertinente. Todo o programa foi direcionado para o processo de mudanças na saúde. As publicações do RADIS ganharam mais leveza, mantendo a seriedade de conteúdo, e ficaram mais atraentes. A *Tema* e a *Dados* passaram a aprofundar os assuntos tratados e a promover a divulgação de distintas opiniões sobre a mesma temática, usando uma linguagem menos acadêmica, já que eram voltadas para um público mais amplo.

Quais as publicações mais importantes dessa fase?

Tivemos várias, mas por exemplo publicamos uma *Tema número especial* sobre a aids, baseada numa revista francesa, na qual se discutia desde o agente causador, a fisiopatologia da doença e as formas de transmissão, até o “estado da arte” naquele momento em termos de tratamento e prognóstico. Incluímos também depoimentos e textos especialmente encomendados a ilustres portadores do vírus, discutindo o estigma, o preconceito e debatendo a “vida com aids”. Foi ainda nessa época que resolvemos produzir mais uma publicação – *Proposta, o Jornal da Reforma Sanitária*. Outra inovação do período. Tinha formato de jornal mesmo, era um veículo mais ágil, e estava intimamente ligado à preparação e organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, a promover a aprovação da reforma e acompanhar a sua implementação. Não me lembro exatamente quando esse jornal foi extinto, mas pelo menos até 1993 tenho exemplares. O RADIS permite essa flexibilidade, tem um eixo editorial importante e claro, que pode acolher publicações de perfis variados.

Quantos eram na época? A quem o programa estava vinculado?

Éramos cerca de cinco profissionais: eu, como coordenadora, Álvaro Nascimento como editor, Marcus Barros Pinto e Rogério Lannes como repórteres e Caco Xavier, como ilustrador. Quando assumi a coordenação, pela importância política do projeto naquele momento, o RADIS veio para o Gabinete da Presidência da Fiocruz.

A equipe se reportava à Ensp e à Fiocruz?

Nós nos reportávamos à Fiocruz, à área de saúde e à sociedade como um todo. Conversávamos e trabalhávamos com pesquisadores de várias unidades da Fiocruz, com especialistas de outras instituições da área de saúde e de diversas organizações da sociedade civil. As reuniões de pauta eram muito animadas e estimulantes.

Como era a relação do RADIS com o governo?

Nessa época, o Brasil estava vivendo um período de transição democrática. A relação da Fiocruz com o governo, mesmo nesse período, nunca foi muito pacífica. Não diria que era uma relação de enfrentamento aberto, mas tínhamos que fazer valer nossas posições e sempre negociar nossas inovações. Era uma queda-de-braço permanente. Falando especificamente do RADIS, era uma época em que estávamos divulgando de forma muito eloquente opiniões e posições políticas e técnico-científicas, mas voltadas para a aprovação da reforma, num momento pré-Constituinte. Assim, eu diria que embora as relações do RADIS com o governo não fossem de oposição, como no período do Sergio Góes, vivíamos um momento de guerra de posições, de luta política. (K.M.)

25 ANOS DE PENSAMENTO SANITÁRIO



RADIS
1982
2007

Alertas

Questões alimentares são uma das grandes preocupações da saúde pública brasileira, adverte nossa matéria de capa. O Brasil da desnutrição é também o da obesidade, cada vez mais presente entre populações pobres, crianças e adolescentes seduzidos a substituir cereais, frutas, verduras e legumes por alimentos pobres em nutrientes e ricos em gorduras saturadas e açúcares (processo chamado de "transição nutricional"). Essa mesma cultura de consumo, estimulada pela indústria de alimentos e a publicidade, gera paradoxalmente padrões de beleza inatingíveis, levando milhões à rejeição do próprio corpo ou a distúrbios alimentares graves, como a anorexia e a bulimia.

Nas Cartas, um aviso à sociedade organizada: denunciar ao Conselho Nacional de Saúde o não-funcionamento de conselhos municipais permite que o Ministério da Saúde pressione os gestores a respeitar a lei que os instituiu. Aos prefeitos, o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) alerta que as transferências do Fundo de Participação dos Municípios podem estar subestimadas este ano. Enquanto isso, na Súmula, Rio Grande do Sul (com 6,87%) e Minas Gerais (com 4,99%) bateram os recordes no descumprimento da Emenda Constitucional 29, que determina que os estados destinem 12% de seus orçamentos à Saúde.

O Ministério Público do Pará mandou interromper as atividades do megaporto que funciona há quatro anos em Santarém sem apresentar Estudo de Impacto Ambiental (EIA-Rima), mas a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente liberou o retorno das operações sem cobrar a exigência legal. Em artigo na seção Pós-Tudo, especialista argumenta que o viés patrimonialista e destruidor da invasão da Amazônia pelos

grandes projetos desde JK, passando pela ditadura militar e agora estimulados pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), tratam como empelhos a serem "destravados" a sócio e biodiversidade da região.

Para quem pretende participar da 13ª Conferência de Saúde, publicamos uma síntese da pesquisa (Re)Visitando as Últimas Conferências Nacionais de Saúde, comentada pelos coordenadores do cuidadoso estudo comparado.

Na mais gratificante notícia desta edição, o lançamento do vídeo *Parto humanizado*, que trata da importância do acompanhamento e de como lidar com a dor da mulher, das implicações de cada tipo de parto e de como o pós-parto também pode ser humanizado. A mensagem é que o nascimento de uma criança é um momento mágico e único. Vale a pena correr atrás de uma cópia e exibi-la tantas vezes quanto possível em unidades, conselhos e conferências de saúde, comunidades, grupos de casais grávidos, escolas etc.

A humanização na atenção à saúde é um dos compromissos assumidos no consistente discurso de posse (leia a íntegra no site) do novo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, um militante histórico da Reforma Sanitária e colaborador frequente do Programa RADIS.

Mantendo a tradição crítica e irreverente que marca a trajetória de 25 anos do RADIS, recorremos à banda Paralamas do Sucesso para um comentário sobre alguns nomes que despontam este ano no Congresso Nacional e à frente de suas comissões permanentes. Como no álbum *Vamos bater lata*, de 1995, eles diriam: "Luiz Inácio falou, Luiz Inácio avisou..."

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ Em 1985, a revitalização 2

Editorial

♦ Alertas 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

7



Toques da Redação 10

Orçamento da Saúde 2007

♦ Cortes além do esperado 12

Mudanças em Brasília

♦ Novo ministro e velhos "abacaxis" 14

Alimentação no Brasil

♦ Um padrão bem pouco saudável 18

♦ Entrevista: Joana de Vilhena Novaes "A moralização da beleza traz novas formas de opressão" 25

Inovação em gestão

♦ Projeto troca lixo por cestas básicas 27

Controle social

♦ Lições das últimas conferências de saúde 28

Radis adverte

29

Parto humanizado

♦ Um momento mágico e único 30



Sarampo

♦ Esforço extra contra o vírus que veio de fora 32

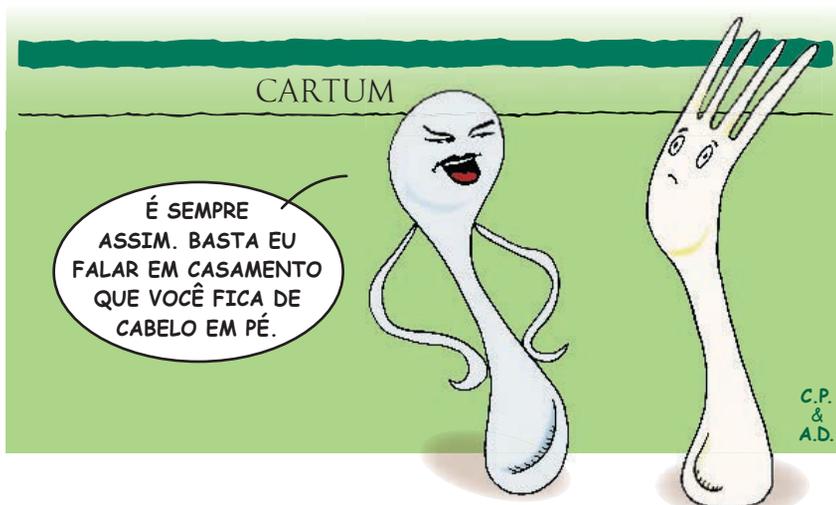
Serviço

34



Pós-Tudo

♦ Amazônia na agenda do PAC 35





CARTAS

RADIS 25 ANOS

Reitero todos os elogios que a revista *Radis* já recebeu até hoje — eles são amazônicos de tanta grandeza, riqueza, beleza, diversidade, entre outros. Sou enfermeiro, professor de vários cursos de graduação e pós-graduação *lato sensu* da Fundação Educacional de Fernandópolis, do Curso de Medicina do Campus VII da Unicastelo em Fernandópolis/SP e de Pós-Graduação da Fundação Educacional de Votuporanga, nas quais ministro disciplinas na área de Saúde Coletiva, Epidemiologia e Gerenciamento em Saúde. Possuo um bom acervo de periódicos e bibliografias, mas das edições da revista *Radis* "não abro mão". Utilizo-as em minhas aulas e tenho estimulado os alunos a acessar as edições pelo site da Ensp/Radis e fazer a assinatura.

Faço um pedido especial: que atendessem pelo menos à solicitação das bibliotecas destas instituições de ensino; alguns alunos de pós-graduação de Fernandópolis e Votuporanga e de cidades como Primavera do Leste e Rondonópolis, no estado de Mato Grosso, e Jataí, em Goiás, que

conheceram a *Radis* em minhas aulas, agora desejam fervorosamente recebê-la na versão impressa, o que lhes possibilitará discutir seus conteúdos com as equipes das unidades de saúde desses rincões do Brasil. É excelente a iniciativa de enviar uma revista a cada Conselho Municipal de Saúde do país. Sr. Rogério Lannes Rocha, Sr^a Justa Helena Franco e colaboradores, acho que vocês vão ter muito trabalho para atender a todas as solicitações e, se depender de mim, a *Radis* nunca terá tiragens suficientes...

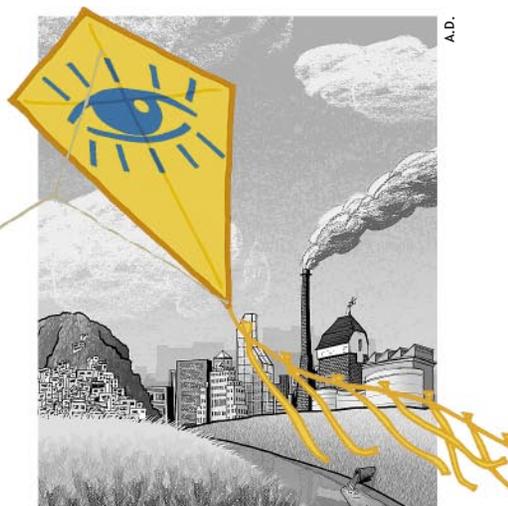
Obrigado ao Sergio Goes de Paula pela iniciativa lá em 1982 e parabéns à Ensp/Fiocruz e em especial àqueles que trabalham diretamente com a revista *Radis* que, independentemente de ter 20 ou 35 páginas, é uma excelente referência para todos os profissionais de saúde, graduandos e pós-graduandos da área da saúde, direito, economia e de quem mais souber tirar proveito.

♦ José Martins Pinto Neto, professor-doutor, Fernandópolis, SP

☐ *Caro professor, agradecemos o incentivo e informamos que as*

bibliotecas das instituições terão atendimento preferencial.

DILEMAS NO SIMBRAVISA



Gostaria de parabenizar os profissionais da revista pela excelente cobertura do 3º Simbravisa (*Radis* 54), com um tema muito pertinente que nos leva a refletir sobre os "nós críticos" que permeiam a efetivação das ações da Vigilância Sanitária. As questões da desigualdade chamam bastante a atenção, porém o dilema das práticas é bem notório, ou seja, não se vê cumprir de forma fidedigna o real conceito da ViSa. Por isso, atitudes como a de sanitarista Corina Charlotte Keller que, em situação delicada em determinada instituição, buscou compartilhar sua decisão com outros órgãos competentes para não deixar de cumprir os princípios da ViSa.

Então eu questiono, quantos outros profissionais dessa área (ViSa) têm tido atitude semelhante? E quanto aos usuários, estudantes e outros profissionais da saúde, têm estado atentos para cooperar com a ViSa e assim fazer valer nossos direitos e deveres na perspectiva de um sistema de saúde menos desigual? Vamos refletir juntos, esse é o momento!

♦ Luanna Rodrigues, estudante de Enfermagem, Resende, RJ

CONTROLE SOCIAL

Primeiramente queria parabenizar pela valorização do tema controle social no número 53. Vários artigos abordaram de forma muito interes-

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 56.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

Ouvidoria Fiocruz
Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha Dominguez

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 e Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (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

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

responsáveis 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.

sante a evolução e as dificuldades de conselhos e conferências de saúde na dinâmica do SUS. Senti falta, no entanto, das várias discussões e iniciativas no Brasil de pensar-se também a ampliação do controle social com ações diferentes da participação em conselhos e conferências de saúde.

Controle social não se resume a mecanismos institucionalizados. Historicamente, foram muito importantes iniciativas informais de grupos comunitários, de pessoas responsáveis por práticas populares de saúde, de movimentos culturais, de grupos religiosos e de famílias sobre os serviços de saúde. Com a conquista política dos conselhos de saúde, todo o apoio foi a eles direcionado, desvalorizando-se estas iniciativas mais informais que continuam atuando por meio de protestos, amizades, conversas, abaixo-assinados, manifestações culturais e práticas de saúde regidas por outras lógicas. Atuam mais por mecanismos educativos.

A Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) vem tentando, desde 2003, articular, apoiar e dar visibilidade política a estas formas não-institucionalizadas de participação e controle social. Não se trata de desvalorizar a conquista política dos conselhos e conferências de saúde, mas de chamar atenção para os muitos limites estruturais que impedem o maior controle social apenas por meio destes espaços. É preciso investir concomitantemente nestes outros mecanismos de participação. A sua valorização por profissionais de saúde da atenção básica e pelos gestores pode aumentar muito sua influência sobre os serviços. São iniciativas sustentadas por pequenas redes informais de apoio social muito frágeis, mas extremamente difundidas no tecido social. A Rede de Educação Popular e Saúde tem sistematizado muitas reflexões sobre isto.

♦ Eymard Mourão Vasconcelos, professor da UFPB, João Pessoa

▣ *O professor Eymard tem inteira razão. Já pautamos a matéria para as próximas edições.*

lendo a *Radis* n° 53, pág. 14 (perfil dos Conselhos Municipais de Saúde), é preocupante quando se tem um contingente muito grande de conselhos sem a mínima estrutura de funcionamento. De que forma a sociedade pode contribuir para a implantação da maior política pública já vista neste país, o SUS?

Precisamos fazer uma ampla discussão na próxima Plenária Nacional de Conselheiros na Conferência Nacional de Saúde para que se busquem mecanismos para melhorar a qualidade dos conselhos estaduais e municipais deste país, na busca de um SUS cada vez melhor.

♦ José Domingos Pereira, conselheiro municipal de Saúde de Altamira, PA

Gostaria de parabenizar a *Radis* (especialmente a n° 53) pela discussão em torno do tema "Controle Social – A saúde pública começa a manejar melhor esta ferramenta democrática". Sou leitora da revista há mais ou menos um ano e meio e fico muito feliz pela oportunidade de estar informada sobre os diversos debates e discussões abordados nesta revista.

Com relação ao tema central da *Radis* 53, fico feliz por todos os avanços já obtidos na área da participação e do controle social na saúde. Isso foi tema de minha monografia de conclusão de curso, um ano atrás, na qual realizei uma abordagem histórica do assunto e analisei as concepções de controle social e as práticas democráticas num dos PSFs de Campina Grande (PB), entre os profissionais da equipe de saúde da família e os conselheiros de saúde. Sou apaixonada pela temática!

Diante de tantos avanços, entristeço-me quando vejo em alguns municípios, devido ao partidário político, entraves para o exercício do controle social, além da precária forma de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, isto quando funcionam, como é o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Olho D'água (PB), o qual não se reúne há mais ou menos cinco anos e meio. Isto afeta diretamente a qualidade da política de saúde local. É impressionante como a cultura política coronelista e paternalista é enraizada neste município, ninguém fala nada, ninguém faz nada, tudo por medo de perseguições políticas que possam sofrer.

É uma pena que mesmo numa era de informação, quando temos todo um aparato legal em relação ao exercício da democracia participativa, ainda vivamos sob a égide de uma "política" suja e covarde, que impede o crescimento e o desenvolvimento das políticas públicas.

Por fim, gostaria de parabenizá-los mais uma vez pela matéria, e saber se há alguma instância superior que exija o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, pois, mesmo que ele não funcione tão bem como deve-

ria, é um espaço público de participação e discussão de propostas que visem uma política de saúde mais eficiente e eficaz, e é nele que a população, com seus representantes, pode buscar o SUS tão sonhado e tão perfeito da legislação brasileira.

♦ Joserivânia Batista Leite (Vânia), assistente social, Patos, PB

▣ *O Conselho Nacional de Saúde responde: a criação e o funcionamento dos conselhos municipais de Saúde dependem da mobilização popular. Caso os municípios não respeitem a Lei n° 8.142, que estabelece os conselhos como deliberativos, a sociedade denuncia ao CNS (cns@saude.gov.br) e ao Ministério da Saúde. O CNS já detectou problemas no funcionamento dos conselhos de todo o estado da Paraíba. O MS pode suspender o repasse de verbas aos municípios que não têm conselhos ou em que estes não funcionem.*

Fiquei muito feliz em ser apresentado com a *Radis* n° 53, de janeiro de 2007: contribuí muito para o meu conhecimento. Sou conselheiro-titular, represento o segmento dos usuários há mais de dois anos, e há um ano e seis meses fui eleito presidente. Tenho enfrentado sérias dificuldades, mas com certeza vamos superar. O nosso conselho é muito atuante nas questões de saúde. Sou fiscal da vigilância sanitária, em que também encontramos sérias dificuldades, mas também vamos superá-las.

♦ Edivá Pereira de Jesus, Vila Boa, GO

Aprecio muito esta revista e tenho acompanhado suas discussões desde que eu militava no movimento estudantil. Gostei especialmente da edição n° 53, de controle social. É preciso aumentar esse debate, principalmente colado a questões econômicas e políticas, que há muito não vejo na militância em saúde, de forma aprofundada e de luta.

♦ Mercedes Zuliani, terapeuta ocupacional, Belém

Gostaria de parabenizar esta excelente equipe pelos artigos sempre ricos e sempre voltados aos assuntos pertinentes ao controle social. Como conselheiro municipal, busco sempre aprimorar meus conhecimentos, e considero esta publicação de comunicação em saúde de grande importância em qualquer biblioteca.

♦ Lincoln Alexandre Alves Bezerra, Sorocaba, SP

SITUAÇÃO DO CÂNCER

Gostaria de parabenizar a revista pela matéria sobre o câncer. Sou estudante de Serviço Social e faço estágio numa clínica oncológica. Ainda não tinha visto uma revista tratar desse assunto e isso me deixava muito preocupada, porque faço monografia a respeito. Vocês estão de parabéns. As matérias da revista são temas freqüentes das nossas aulas.

♦ Leedyan Casaes, Feira de Santana, BA

Sou estudante de Enfermagem da Faculdade Santa Maria da cidade de Cajazeiras (PB) e leitora da *Radis*. Agradeço por recebê-la mensalmente e parabenizo pelos artigos publicados em prol de um sistema de saúde mais humanizado, cuja concretização só se dará a partir da reunião da sociedade. Em especial parabenizo a *Radis* nº 52, "Situação do câncer no Brasil", pois as informações nela contidas serão de grande serventia para um projeto de pesquisa sobre o tema. Gostaria ainda de sugerir aos queridos editores, se possível, mais informações sobre as mudanças no Ato Médico.

♦ Joseana J. Costa Oliveira, Crato, CE

▣ O projeto, aprovado no Senado no ano passado, agora tramita na Câmara dos Deputados (ver nota na Súmula).

INFORMAÇÃO EM ITAPIRA, SP



Ao agradecer o recebimento constante da *Radis*, aproveito para cumprimentá-los pela publicação, de leitura obrigatória. Ao mesmo tempo, envio, para conhecimento, os três primeiros exemplares da nossa publicação *Saúde de Itapira em Ação*, distribuída periodicamente a todas as famílias cadastradas no Programa Saúde da Família. A publicação representa eficiente instrumento de informação da Secretaria Municipal de Saúde de Itapira. É enfatizada a importância da prevenção na saúde,

em matérias voltadas para o bem-estar e a cidadania das pessoas, aproveitando na pauta as datas comemorativas e as campanhas de saúde pública durante o ano e prestando contas à população das ações desenvolvidas pela secretaria.

♦ Fernando Odriozola, técnico em comunicação social do Ministério da Saúde cedido pelo SUS à Prefeitura de Itapira, SP

TIRAGEM LIMITADA

Gostaria de parabenizá-los pela *Radis*, é uma revista muito útil para que as pessoas possam ter conhecimento sobre temas da saúde que a maioria desconhece. É uma pena que a tiragem seja limitada, pois todos deveriam ter acesso a este tipo de esclarecimento.

♦ Simone Sousa Oliveira, funcionária pública municipal e estudante de Enfermagem, Rio de Janeiro

ALERTA AOS PREFEITOS

Os cálculos referentes ao repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para 2007, efetuados pela Secretaria do Tesouro Nacional e disponibilizados na sua página na internet, que servem de base para que as prefeituras elaborem suas propostas orçamentárias, foram realizados tomando por base dois parâmetros: o percentual de 22,5% sobre o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI); e a dedução de 20% para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb).

Entretanto, a Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006, que institui o Fundeb, diz que em 2007 (primeiro ano) as deduções sobre o FPM serão de 16,66% e em 2008 (segundo ano) as deduções serão de 18,33% e que a dedução de 20,0% somente acontecerá em 2009, terceiro ano de vigência do Fundeb. O valor do FPM a ser creditado aos municípios em 2007 foi estimado pela Secretaria do Tesouro Nacional em R\$ 31,114 bilhões.

Segundo cálculos do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), no caso específico do FPM, a dedução de 16,66% (e não de 20,0%) para o Fundeb faz com que o valor estimado para ser distribuído aos municípios no ano de 2007 passe a ser de R\$ 32,413 bilhões, elevando o valor da transferência em R\$ 1,299 bilhão, correspondendo a um aumento na estimativa da Secretaria do Tesouro Nacional de 4,176332%.

Isto representa dizer que a projeção do aumento do valor a ser transferido para o FPM em 2007, em relação ao valor creditado em 2006, se eleve de 5,461547% para 9,864566%. Vale a pena chamar a atenção para o fato de que estes percentuais variam para os municípios com redutor e sem redutor do FPM, que vigora até 2007.

Estudo detalhado, apresentando os novos valores estimados para 2007 e 2008, para cada um dos estados e segundo os coeficientes individuais, está disponível na página do Ibam (www.ibam.org.br), clicando em seguida em "estudos e pesquisas" e depois em "estimativas do FPM".

O referido estudo foi encaminhado à Secretaria do Tesouro Nacional, ao Tribunal de Contas da União e às entidades municipalistas, para que estejam atentas aos procedimentos a serem adotados no cálculo dos repasses do FPM, para que os Municípios recebam este recurso a mais a que têm direito.

♦ François E. J. de Bremaeker, economista e geógrafo, coordenador do Banco de Dados Municipais do Ibam

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

A revista *Radis* me surpreende a cada edição! A qualidade e a precisão das informações fornecidas são fundamentais para minha formação e educação continuada. Continuem com este trabalho de grande valor cultural!

♦ Vinícius Albertin, médico-veterinário, Limeira, SP

NA PAUTA

Sou leitora dessa revista e portadora da doença anemia falciforme. Como aqui na minha cidade e região não tem hematologista e este problema é pouco abordado, tenho o mínimo de conhecimento neste assunto. (...) Gostaria de uma matéria completa sobre anemia falciforme (sintomas, tratamento, alimentação adequada) e todos os direitos de um portador desta doença.

♦ Marilene dos Santos Silva, Mutuípe, BA

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

RESTRICÇÃO AOS ENFERMEIROS DO PSF

Antes mesmo da aprovação do Ato Médico no Senado (ver ao lado), liminar do Tribunal Regional Federal (TRF) de Brasília suspendeu portaria do Ministério da Saúde que permitia diagnóstico e prescrição de medicamentos por outros profissionais da saúde. A liminar, pedida pelo Conselho Federal de Medicina, atinge diretriz da Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria 648/2006: os enfermeiros do Programa Saúde da Família podiam fazer consultas, pedir exames e receitar remédios. A questão tramita na 4ª Vara Federal de Brasília, e ainda cabe recurso ao governo.

Uma equipe mínima do PSF reúne um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Mas, eventualmente, pode estar ausente um médico. "Imagine se dependêssemos do médico para diagnosticar e medicar cada caso de febre ou de enjôo que chega ao posto de saúde", disse à *Folha de S. Paulo* de 13/3/2007 a enfermeira de uma equipe do PSF paulistano. "Não vejo nada demais o enfermeiro receitar um Plasil [contra enjôo] ou uma Novalgina [contra dor e febre]".

Para a desembargadora federal Maria do Carmo Cardoso, que concedeu a liminar ao CFM, a portaria acarretaria agravos à saúde pública. "Profissionais sem a devida formação técnica e habilitação jurídica estarão exercendo ilegalmente a medicina."

Segundo a *Folha*, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) teve recentemente uma resolução, que autorizava o enfermeiro a prescrever medicamentos e a solicitar exames, derrubada pela corte especial do Tribunal Regional Federal. A presidente do Cofen, Dulce Bais, disse ao jornal que o conselho não recorrerá da decisão porque a redação da resolução deixava margem a erros de interpretação. "Dava a entender que o enfermeiro poderia fazer a prescrição inicial de medicamento", disse. "Em nenhum lugar do mundo é assegurada a prescrição inicial de medicamento ao enfermeiro. Isso é privativo do médico".

ATO MÉDICO NA CÂMARA

O Projeto de Lei 7.703/06, o do "Ato Médico", aprovado no Senado Federal no ano passado, agora tramita na Câmara dos Deputados. Pelo projeto, estão entre as atividades privativas do médico: formulação de diagnóstico e prescrição terapêutica; indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos; indicação e execução de procedimentos invasivos; intubação traqueal; supervisão do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal; execução da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral; emissão de laudo dos exames endoscópios e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos.

E também: indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; indicação de internação e alta médica; realização de perícia médica e exames médico-legais, exceto os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular; atestação médica de condições de saúde, deficiência e doença; emissão de atestado do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Segundo a proposta, as atividades privativas dos médicos não poderão ser realizadas por outros profissionais da área de saúde. A proposta ainda prevê que somente o médico poderá exercer direção de serviços médicos, coordenação, perícia, auditoria e supervisão vinculadas diretamente a atividades privativas de médico; ensino de disciplinas especificamente médicas; e ordenação de cursos de graduação em Medicina, de programas de residência médica e de cursos de pós-graduação específicos para médicos. Pelo texto, a denominação "médico" é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina e o exercício da profissão só é permitido aos inscritos no Conselho Regional de Medicina.

Não são privativas do médico atividades como aplicação de injeções, feitura de curativo, além de atendimento a pessoa sob risco de morte iminente. Também não é exclusiva do

médico a direção administrativa de serviços de saúde. Fica garantido o exercício de outras profissões, como enfermeiro e fisioterapeuta. Antes de ir a plenário, o texto será analisado pelas comissões de Trabalho, Administração e Serviço Público; de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

BOTOX NO BUTANTAN

O Instituto Butantan, de São Paulo, produzirá a toxina botulínica tipo A – o famoso botox –, que será submetido à aprovação da Anvisa para chegar ao mercado ainda em 2007. O professor Isaías Raw, presidente da Fundação Butantan, informou que o preço deste botox sairá pela metade da versão importada. O Brasil gasta US\$ 7 milhões anuais na importação de botox: 150 mil doses. A maioria acha que botox serve apenas para a suavização de rugas, mas ele também é aplicado no tratamento de doenças neuromusculares e botulismo. O botox do Butantan foi aprovado para as três finalidades. O instituto fornecerá a toxina botulínica por baixo custo – para tratamento médico, não estético – aos hospitais da rede pública.

USO ABUSIVO DE ANALGÉSICOS

O uso abusivo de drogas controladas superou o de drogas ilícitas como heroína, cocaína, metanfetaminas ou ecstasy em algumas partes do mundo, afirma o Relatório Anual 2006, divulgado em março, do International Narcotics Control Board (INCB), comissão ligada às Nações Unidas. Nos Estados Unidos, por exemplo, analgésicos fortes, sedativos e tranqüilizantes só perdem para a maconha. O número de americanos que tomam remédios controlados dobrou de 1992 para 2003: de 7,8 milhões para 15,1 milhões. O uso do analgésico OxyContin subiu 40% entre 2002 e 2005, com prevalência anual de 5,5% entre estudantes do ensino médio. Outro analgésico poderoso, o Vicodin, teve prevalência de 7,4% entre estudantes em 2005.

Na França, até 25% da produção de Subutex (analgésico usado no tratamento da dependência de drogas) são desviados para o mercado ilegal. Essa

demanda em todo o mundo está causando outro problema: o crescimento do mercado de remédios falsificados.

MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS: SURPRESA

A presidente do STF, Ellen Gracie, concedeu liminar que muda a jurisprudência sobre o fornecimento obrigatório de medicamentos de alto custo a partir de decisões judiciais (*Radis* nº 43 e nº 39). Ação civil pública obrigando o estado de Alagoas a fornecer remédios a pacientes renais crônicos foi considerada "lesão à ordem pública", já que a execução de decisões judiciais "afeta o já abalado sistema público de saúde".

"É uma grande mudança na interpretação do tribunal", disse ao *Valor Econômico* (12/3) o então ministro Agenor Álvares. "A decisão nos ajuda a administrar o orçamento". Para Agenor, a ministra indicou que o direito individual não pode se sobrepor ao coletivo. "Embora não seja uma decisão de mérito, que ainda precisa ser julgada, estou muito esperançoso com a decisão final."

DESMATAMENTO NO PARÁ

O Ministério Público Federal paralisou as atividades no porto de processamento de grãos de soja da transnacional Cargill Agrícola S.A. em Santarém, no Pará (fotos). O porto foi inaugurado em 2003 e, desde então, atuava sem Estudo de Impacto Ambiental (EIA-Rima) que apontasse os prejuízos à população e à região do Rio Tapajós, onde está debruçado (ver pág. 35). "Houve uma onda frenética de desmatamento", disse à Agência de Notícias do Planalto o procurador da República em Santarém Felipe Fritz Braga, que cuida do caso. "Florestas foram dizimadas, populações expulsas

seja pela violência ou pela pressão de grupos econômicos que chegaram à região — tudo pela valorização que estas terras receberam, pois potencialmente podem ser exploradas pela agricultura mecanizada da soja".

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente, mesmo proibida de liberar a empresa antes da aprovação do EIA-Rima, emitiu nova licença em 23/2. Em março, a Cargill reagiu ao embargo com recurso à Justiça — desde a inauguração do porto, ela opera por meio de recursos judiciais, informou à Agência Carta Maior Rosária Sena, do Ibama. Em junho de 2005, a equipe do RADIS que esteve no Tapajós para cobrir as ações em saúde do Projeto Saúde & Alegria (*Radis* nº 36 — ver também nº 39, seção Pós-Tudo) fotografou o enorme porto em plena atividade. Sem EIA-Rima.

AUTONOMIA RECUPERADA EM SP

O governador José Serra, que com decretos vinha bloqueando verbas e reduzindo a autonomia das universidades estaduais de São Paulo (*Radis* 55), voltou atrás. "As últimas reuniões com o governador restauraram quase todo o poder perdido, mas o fato abalou a comunidade acadêmica e ainda restam alguns ajustes a serem feitos", disse ao jornal *O Estado de S. Paulo* o reitor José Tadeu Jorge, da Unicamp. Ante a reação da comunidade acadêmica, o decreto que limitava a autonomia das unidades foi rapidamente mudado e a presidência voltou à posse de Suely Vilela, reitora da USP. Resta uma pendência, segundo o jornal: a proibição do remanejamento de recursos entre grupos de despesas, ou seja, os gestores não têm liberdade para transferir recursos da pasta "pessoal" para a pasta "investimento", por exemplo. O governo alega que isso é prioridade do Executivo.

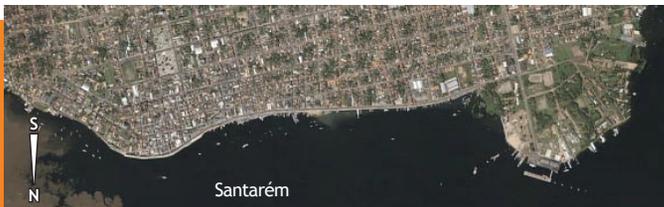
CONTRATAÇÕES DE EMERGÊNCIA NO RJ

O governador Sérgio Cabral publicou em 22/2 no Diário Oficial decreto regulamentando o preenchimento temporário por regime celetista de 7 mil vagas em caráter emergencial, sem concurso público, para a Secretaria de Saúde, em contratos no valor de R\$ 14,663 milhões. O decreto justifica a medida pelas precárias condições das unidades da rede estadual, com "grave risco para a própria preservação da vida".

A secretaria tem 8.335 vagas para temporários. As vagas eram preenchidas de forma ilegal, por cooperativados sem vínculo, disse o procurador da Secretaria de Saúde, Pedro Henrique Di Masi Palheiro. Segundo ele, o estado contratava uma fundação sem licitação e essa fundação contratava a cooperativa, que escolhia os profissionais. "Não havia controle algum". Cada contratação exigirá aprovação expressa do governador. O governo espera votação de mensagem na Assembléia para modificar o regime jurídico único do estado e permitir que o governo contrate funcionários pela CLT. Só então, segundo o *Jornal do Brasil* de 23/2, abrirá concurso público e substituirá os temporários.

EC-29 DESCUMPRIDA

A *Gazeta Mercantil* de 5 de março publicou reportagem informando que Rio Grande do Sul (4,99%) e Minas Gerais (6,87%) foram os estados que investiram menos em saúde em 2005, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde, fechados em fevereiro. Ainda ficaram abaixo dos 12% de gastos do orçamento em saúde estabelecidos pela Emenda Constitucional 29: São Paulo (11,69%), Rio de Janeiro (8,9%), Paraná (8,86%),



Santarém

REPRODUÇÃO: GOOGLE EARTH



FOTOS: A.D.

Bahia (11,85%) e outros 14 estados, numa perda total de R\$ 3,45 bilhões.

Em valores absolutos, Minas ficou devendo R\$ 771 milhões; Rio Grande do Sul, R\$ 744 milhões; Rio de Janeiro, R\$ 430 milhões; Paraná, R\$ 274 milhões; Goiás, R\$ 213 milhões; São Paulo, R\$ 136 milhões. Nos balanços que os próprios estados publicam, informou a *Folha de S. Paulo* de 11/3, Rio Grande do Sul, Maranhão e Paraná apontaram percentuais abaixo dos 12% constitucionais: 7,45%, 8,52% e 9,59%, respectivamente. Minas, no entanto, afirmou ter investido 12,33%. "Essa é uma polêmica que se arrasta desde que a emenda 29 passou a valer, em 2000", escreveu o autor do texto. "Como não foi feita até hoje a regulamentação da lei, há diferentes interpretações sobre a definição de gastos em saúde".

De acordo com a Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, baixada para resolver as divergências de interpretação da EC-29 antes da regulamentação (pelo Projeto de Lei Complementar 01/03), assistência à saúde de servidores e pagamento de aposentadorias e pensões não podem ser computadas como gastos em saúde. O Tribunal de Contas de Minas, por exemplo, pensa o contrário. A matéria cita reportagens anteriores da *Folha* mostrando que o Executivo mineiro incluiu nos gastos em saúde de 2004 despesas com previdência social e assistência médica para servidores e militares, saneamento básico e vigilância sanitária animal. No primeiro ano da gestão Aécio Neves (PSDB), o governo de Minas anunciava que seguiria a interpretação do TCE-MG. O secretário da Saúde, Marcus Pestana (PSDB), defendia que despesa com o hospital militar mineiro, por exemplo, era gasto em saúde. "Só a regulamentação por lei complementar pode pacificar isso".

Ouvidos agora pela *Folha*, os secretários Marcus Pestana e Osmar Terra (RS) pediram a regulamentação da EC-29, para que haja clareza sobre o que é gasto em saúde. "Sem esses parâmetros, Minas segue a resolução do TCE-MG". Já o problema gaúcho é financeiro, afirma Osmar Terra. Secretário de Saúde desde a gestão do PMDB, mantido pela governadora Yeda Crusius (PSDB), informa a *Folha*, ele se declara "um defensor ferrenho da emenda 29". Mas diz que uma coisa é o desejo, outra é fazer. "A dificuldade financeira do Estado é terrível, 91% da receita vão para a dívida com a União e a folha dos funcionários; não há como botar 12% na saúde".

O PLP 1/03, que regulamenta a EC-29, continua arquivado. O presidente da Câmara, Arlindo Chinaglia (PT-SP),

indeferiu em 6/3 mais um requerimento para entrada em pauta do projeto.

OSS NA SAÚDE PAULISTANA

O Hospital Cidade Tiradentes, na zona leste de São Paulo, será gerido por uma organização social de saúde (OSS). Seguindo antigo exemplo da rede estadual (*Radis* 43), a Prefeitura assinou em 15 de fevereiro o primeiro contrato de gestão terceirizada: a Casa de Saúde Santa Marcelina, que se qualificou com outras 10 entidades, vai administrar 15 Unidades Básicas de Saúde e três unidades de Assistência Médica Ambulatorial (bairros de Cidade Tiradentes e Guaianases).

COOPERAÇÃO LUSÓFONA



O secretário-executivo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), o diplomata cabo-verdiano Luís de Matos da Fonseca (foto), esteve no Brasil no início de março e incluiu em sua agenda uma visita à Fundação Oswaldo Cruz — parceira da CPLP desde 2002. No dia 8, o embaixador reuniu-se com o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, quando oficializou convite para que a fundação atue como observadora consultiva da comunidade — título concedido a instituições de renome dos países lusófonos — e elabore documento sugerindo aos países-membros ações na área da saúde.

Segundo Luís Fonseca, é necessário estabelecer metas comuns para a comunidade, como o reforço da formação e a capacitação dos profissionais de saúde — a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca organizou, no ano passado, um curso de mestrado em Angola —, além da melhoria na qualidade do diagnóstico de doenças, entre outras medidas essenciais. "A Fiocruz é uma das instituições mais prestigiadas do setor e pode enriquecer nosso programa de saúde com sua capacidade técnica", disse o secretário-executivo, acompanhado, na visita, do representante permanente do Brasil

na CPLP, o embaixador Lauro Moreira. O secretário-executivo lembrou que Paulo Buss participou do lançamento da Rede dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP, que coordena ações de saúde na comunidade.

"Dos oito Estados-membros, seis estão em desenvolvimento, daí a necessidade de parcerias". Na área da saúde, uma das principais é a rede de combate à Aids. Criada há quatro meses, atua para prevenir os casos da doença.

O embaixador destacou um dos maiores problemas enfrentados pelos integrantes da comunidade, a fuga de cérebros, especialmente nos países da África, que precisa ser enfrentado com urgência. "Guiné-Bissau sofre com a pouca quantidade de médicos, enquanto muitos profissionais formados no país estão trabalhando no exterior", exemplificou.

LULA, CAMISINHA E RELIGIÃO

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e o ex-arcebispo do Rio Eugênio Sales reagiram aos comentários feitos em 7 de março pelo presidente Lula, que defendeu o uso de preservativo pelos jovens como forma de se reduzir a contaminação pelo HIV e evitar-se a gravidez na adolescência. Para as autoridades católicas, o presidente fez apologia do sexo precoce.

O presidente afirmou que o Dia Internacional da Mulher seria de combate à hipocrisia. "Hipocrisia porque muitas vezes deixamos de debater os temas da forma verdadeira, como têm que ser debatidos, por puro preconceito. Ah, porque minha mãe não gosta, meu pai não gosta, a igreja não gosta, não sei quem não gosta", foram as palavras exatas do presidente, que acrescentou: "Sexo é uma coisa de que quase todo mundo gosta e é uma necessidade orgânica, uma necessidade da espécie humana. Deve ser ensinado como se fazer com segurança. Preservativo tem que ser doado e ensinado como usar. Somente assim seremos um país livre da aids e de outras doenças infecciosas".

A imprensa em geral preferiu ficar na intriga entre Estado e igreja — separados desde a República. Mas um colunista da *Folha* e um editorialista do *Correio Brasileiro* se ativeram à saúde pública. No *Correio* (12/3), o editorial "Responsabilidade clara" afirmou:

"Está certo o chefe do Executivo. Mas, se não se pode negar a realidade quanto à necessidade de popularização do uso da camisinha, tampouco se pode negar que as dificuldades vão além do reacionarismo da sociedade brasileira e do poder da religião.

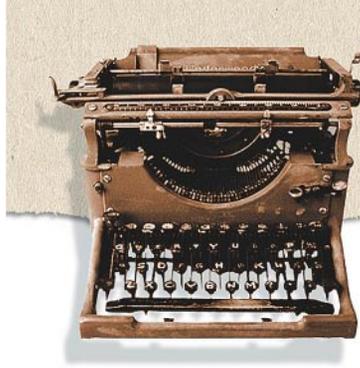
Para começar, a produção mundial de preservativos está bem aquém da demanda: 4 bilhões de unidades, quando seriam necessárias 10 bilhões. No mercado interno, o quadro se repete. A fabricação nacional é insuficiente para atendê-lo. Pior: a qualidade encontrada lá fora deixa a desejar. Em 2004, 60% dos produtos importados pelo governo tiveram de ser devolvidos, deixando pontos de distribuição a descoberto. As conseqüências se estenderam até o ano passado. A meta inicial de distribuição de 1,5 bilhão de preservativos em 2006 foi revista para 500 milhões, mas, ainda assim, no início de agosto apenas 91 milhões haviam sido entregues.”

“Nessa conjuntura, é até surpreendente que o número de infectados — embora ainda preocupante — se mantenha estável no país, em torno de 600 mil pessoas. Mas sinais de alerta não deixam de piscar. Entre 1995 e 2005, por exemplo, cresceu 44% o percentual de brasileiras infectadas pelo HIV: de 26,5 homens para cada mulher, a proporção chegou a 1,4 por uma. A epidemia também avançou sobre idosos e negros. ‘Acabou o tabu, acabou a frescura da gente ficar transferindo responsabilidades’, atacou Lula, se referindo ao tempo em que a doença parecia exclusividade de grupos de risco.”

“Intensificar as campanhas pelo uso de preservativos, levá-las para as salas de aula, é sim necessidade urgente. Só 17% das escolas de ensino médio e 9% do ensino fundamental, na rede pública, são contempladas pela distribuição oficial. A meta para este ano é chegar a 30% das escolas com turmas do 1º ao 3º ano do ensino médio. E, ao contrário do que faz crer o discurso presidencial, não há resistência. Pesquisa mostra que 89,5% dos estudantes e 63% dos pais de alunos da rede pública aprovam a medida. (...) Na verdade, falta prioridade à saúde no país.”

Gilberto Dimenstein (*Folha*, 13/3), por sua vez, disse: “O problema é o Estado, laico, aceitar pressupostos religiosos que orientam políticas públicas. Que padres e bispos se posicionem contra a camisinha, eu entendo, apesar de considerá-los retrógrados. Mas que até agora o planejamento familiar tenha sido tão tímido por causa da Igreja Católica é uma irresponsabilidade coletiva — e, na minha opinião, isso sim é um crime contra a vida.”

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



toques da redação

EPÍJETOS TRANSGÊNICOS — Editorial de 28/2 de *O Estado de S. Paulo* xinga os conselheiros críticos dos transgênicos na CTNBio de “caçadores de bruxas”, “ecoxiitas”, “fundamentalistas”, “fronda do atraso”, “medievais”, “fanáticos”, “comissários alérgicos ao progresso”, entre outros. Ainda cita frase do ministro de Ciência e Tecnologia, Sergio Rezende: “A CTNBio tem entre seus membros pessoas que reagem aos transgênicos como se reagia a Oswaldo Cruz”.

Para o editorialista, a postura desses conselheiros explica a “escalada de violência” de “seus aliados da pesada” — ativistas do Greenpeace que, “com máscaras aterrorizadoras”, fotografaram os conselheiros pró-transgênicos e publicaram seus retratos no site da ONG e em cartazes nos postes, “como se fossem bandidos”, além de entupir suas caixas de e-mail. Para *o Estadão*, “caso de polícia”.

O editorial não criou epítetos pejorativos nem pediu cadeia para fazendeiros que contrabandearam espécies proibidas de soja (*Radis* 9, 27, 32, 41, 42 e www.ensp.fiocruz.br/radis/web/LeiMonsanto.pdf/), milho (*Radis* 42) e algodão transgênico (*Radis* 54) e as plantaram no Brasil. Não qualifica os parlamentares que aprovaram sua “legalização”. Não estigmatiza pesquisadores que desenvolvem estudos transgênicos por encomenda de transnacionais e os defendem como conselheiros na CTNBio.

Para *o Estadão*, não configura crime que a Syngenta plante espécies transgênicas pertinho do Parque Nacional do Iguazu, no Paraná. Não merece crítica o deputado Paulo Pimenta (PT-RS) que, contrariando a bancada petista e atendendo à ruralista, incluiu na MP-327 emendas pela redução do quórum da CTNBio e a liberação do algodão ilegal — “contrabando” aprovado na Câmara no fim de 2006 e em 27/2, sem surpresa, no Senado, onde o senador Delcídio Amaral (PT-MS) cumpriu o papel de Pimenta. A MP só não foi à sanção presidencial

porque a ex-senadora Heloísa Helena pediu vista e adiou a decisão.

Xingamento vale para quem pede cautela neste assunto, geralmente ambientalistas. Mas como denominar os 16 professores-doutores da USP que protestaram em carta contra a postura autoritária da direção da CTNBio? (Ler a íntegra em www.ensp.fiocruz.br/radis/56/web-01.html)

ESSAS MINERADORAS... — A mineradora britânico-australiana Rio Tinto, uma das maiores do mundo (lucro de US\$ 7,4 bilhões em 2006), pediu ao governo do Pará que reduza em 12% a área da maior reserva de floresta tropical do mundo, a Estação Ecológica Grão-Pará, criada no fim do ano passado, com 4,2 milhões de hectares. A mineradora identificou um potencial de exploração de bauxita e 60% dele estariam dentro da estação ecológica. Por isso, a empresa assedia o governo paraense para que desproteja a área e compense em outras unidades de conservação — o que poria em risco a biodiversidade da Calha Norte paraense, que abriga quase 200 espécies de mamíferos e 700 de aves.

ESSA IMPRENSA... — O filme *Uma verdade inconveniente*, sobre o aquecimento global, do ex-vice-presidente dos EUA Al Gore, levou em 25/2 duas estatuetas — melhor documentário e melhor canção — no Oscar 2007. Pois dois dias depois a imprensa execrava a conta de luz da mansão de 20 quartos de Gore, em Belle Meade (Tennessee), 20 vezes superior à média nacional, tratando Gore de “hipócrita”. Bem no pé da matéria, o esclarecimento: Gore comprou 108 unidades de “energia verde”, o que gerou acréscimo nas faturas, mas a energia economizada equivaleria à reciclagem de 2,48 milhões de latas de alumínio ou 130 toneladas de jornais. Um leitor do Globo Online (27/2) comentou: absurdo a notícia começar falando mal para só depois explicar...

ESSES MILAGREIROS... — Depois da ministra da Saúde da África do Sul, foi a vez do presidente de Gâmbia, Yahya Jammeh: no poder desde

um golpe de estado em 1994, ele prometeu curar a aids com ervas e reza. Gâmbia é um pequeno país incrustado no território senegalês, na ponta mais ocidental da África. O próprio ministro da Saúde, Tamsit Mbow, agregou que as ervas devem ser bebidas e aplicadas sobre o corpo. Em editorial no dia 20/2, o jornal *Daily Champion*, de Lagos (Nigéria), publicado no site all Africa (<http://allafrica.com>), propôs que o líder submetesse seu método à investigação científica, para que sua "egotrip" não acabe desacreditando fitoterapeutas sérios. No ano passado, protestos na África do Sul pediram a demissão da ministra Manto Tshabalala-Msimang, que defende o limão e o alho – exibidos no estande do país na conferência da aids no Canadá – como "eficazes" na prevenção do HIV.

OS (MAIS) NEGLIGENCIADOS – Pelo nono ano consecutivo, a organização internacional Médicos Sem Fronteiras (www.msf.org.br) divulgou a lista das crises humanitárias mais negligenciadas pela mídia em 2006, entre as quais o aumento dos casos de tuberculose e desnutrição, a devastação causada pelas guerras na República Centro-Africana, no Sri Lanka e na República Democrática do Congo, as consequências dos conflitos políticos em vários países, como Haiti, Somália, Colômbia, Chechênia e Índia.

"Muitos conflitos no mundo estão afetando profundamente milhões de pessoas, e ainda assim eles são quase invisíveis", afirma o diretor-executivo do MSF, Nicolas de Torrente. "O Haiti, por exemplo, a 80 quilômetros dos Estados Unidos: a violência em Porto Príncipe mereceu meio minuto de cobertura na TV em um ano inteiro". Embora a cobertura da imprensa não promova melhorias sozinha, reconhece Torrente, freqüentemente é pré-condição para o aumento da assistência e da atenção política. "Talvez não haja nada pior do que ser completamente esquecido e negligenciado".



FOTO: PHILIPP HORAK/ANZENBERGER/MSF

Criança desnutrida em acampamento na República Centro-Africana

FOTO: BARRY GUTWEIN/MSF



Deslocados internos na República Democrática do Congo

Pacientes com tuberculose em tratamento no Camboja



FOTO: SOPHIA IOANNOU/MSF

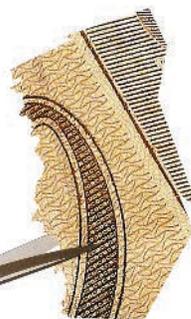
Bracelete mede nível de desnutrição no Quênia



FOTO: PETRANA FORD/MSF



CORTES ALÉM DO ESPERADO



A saúde terá R\$ 5,8 bilhões a menos em seu orçamento. O corte foi confirmado com a publicação do Decreto de Programação Orçamentária nº 6.046, do Ministério do Planejamento, em 22 de fevereiro, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira, estabelece o cronograma mensal de desembolso do Executivo no exercício de 2007 e dá outras providências.

O decreto reduz o orçamento aprovado pela Lei Orçamentária Anual (LOA) nº 11.451, sancionada pelo presidente Lula em 7/2, quando foi aprovado um montante para a saúde de R\$ 45,8 bilhões. Tomou-se como cálculo o gasto apurado pelo Ministério da Saúde em 2006, de R\$ 40,750 bilhões, mais a variação do Produto Interno Bruto (PIB) em 2006, de 6,57%, além de R\$ 2,378 bilhões aprovados pelo Congresso Nacional.

O cálculo inclui o índice de inflação de 2006, de 3,67%, somado a 2,9% referentes ao crescimento real do PIB no período. Aplicada a variação de 6,57% aos R\$ 40,750 bilhões, segundo determina a Emenda Constitucional 29 (que estabelece os valores mínimos aplicados por

municípios, estados e União em ações e serviços de saúde), teremos R\$ 43,428 como o mínimo a ser investido em 2007 pela União, fora o valor aprovado pelo Congresso. "A LOA, portanto, estaria garantindo o cumprimento da EC-29, como também manteria o acréscimo aprovado pelo Congresso", salienta o sanitarista Gilson Carvalho, especialista em financiamento da saúde. Por sinal, vale lembrar que a revisão dos cálculos do PIB dos últimos 10 anos, divulgada pelo IBGE em março, vai alterar para mais os repasses da União à Saúde.

O decreto, no entanto, não inclui os R\$ 2,378 bilhões aprovados pelo Congresso e tira da saúde R\$ 3,5 bilhões, reservando à área um orçamento para 2007 de R\$ 34,836 bilhões, conforme a tabela (na página ao lado) preparada por Gilson.

Segundo o coordenador-geral de Orçamento e Finanças do Ministério da Saúde, Inácio Massaru Aihara, não se tem ainda o detalhamento dos cortes, mas sabe-se que poderão incidir, sobretudo, em despesas como saneamento, vacinas, medicamentos estratégicos, saúde dos povos indígenas, hospitais próprios para o Rio de Janeiro, entre outros. Isso porque, segundo ainda o

decreto e a LOA, são consideradas obrigatórias, não podendo sofrer cortes, despesas como Média e Alta Complexidade, Atenção Básica, incentivos a programas estratégicos como DST/Aids e De Volta para Casa, farmácia básica, Saúde da Família, e também medicamentos excepcionais e de DST/Aids, auxílio-transporte e alimentação. "Quem sofre ainda mais é a área de investimentos, que inclui compra de materiais e equipamentos, construção de unidades de saúde, entre outros", resume Inácio.

Para evitar o engugamento de dinheiro em áreas tão necessárias para o SUS, como também para garantir o cumprimento da EC-29, o então ministro da Saúde, Agenor Álvares, tão logo promulgado o decreto, encaminhou carta ao Ministério do Planejamento tratando da necessidade de reposição dos R\$ 3,5 bilhões. "Acreditamos que receberemos esse valor de volta, acreditamos na sensibilidade política do governo", diz Inácio. "Caso contrário, ele estaria cometendo um crime".

Para Gilson Carvalho, o valor contingenciado só não será repassado à saúde se o governo federal optar por descumprir a Constituição. "Qual será sua decisão?", pergunta, refe-

Orçamento participativo ainda para este ano

O governo federal está pronto para dar um passo importante no que tange ao controle dos recursos públicos: o orçamento participativo, experiência bem-sucedida em alguns municípios brasileiros. A proposta é fazer com que a sociedade possa acompanhar a elaboração e a execução dos três principais instrumentos da administração pública, que são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA é o instrumento pelo qual o governo do estado orienta o planejamento e a gestão da administração pública para os próximos quatro anos. Nele, estão definidas as metas físicas e financeiras visando o detalhamento dos orçamentos anuais. A LDO determina as prioridades que serão incluídas no orçamento

municipal e a LOA indica de que forma a prefeitura vai arrecadar e como vai gastar.

Para tanto, o presidente Lula editou decreto publicado no *Diário Oficial* de 2 de março em que define que a formulação de propostas será feita por um grupo de trabalho (GT) formado por representantes dos ministérios do Planejamento, da Fazenda, da Casa Civil e da Secretaria-Geral da Presidência. Farão também parte do GT quatro entidades da sociedade civil: Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (Abong); Associação de Mulheres Brasileiras (AMB); e duas outras entidades a serem definidas pela Secretaria-Geral da Presidência, responsável no governo pelo relacionamento e pela articulação com as entidades da sociedade civil.

rindo-se ao governo, lembrando que a saúde depende de mais dinheiro, menos corrupção, melhor modelo e mais eficiência.

DESPESAS ORFÃS

Para Gilson, o problema persiste: "O decreto leva ao descumprimento da EC-29 em exatamente R\$ 3,5 bilhões, valor cortado pelo governo do orçamento, sem contar os R\$ 2,3 bilhões do Congresso". Ao analisar o Decreto nº 6.046 e a LOA

nº 11.541, ele conclui: "Por um lado, para as despesas obrigatórias estão previstos R\$ 29,521 bilhões e nada pode ser contingenciado delas; de outro lado, existem 'despesas órfãs' das quais se vão contingenciar R\$ 5,878 bilhões". Segundo o especialista, ganham destaque entre essas despesas: saneamento, vacina, medicamentos estratégicos, hospitais próprios do RJ, estruturação da rede, Pioneiras Sociais, saúde dos povos indígenas, fator 8 e 9 (trata-

mento de coagulopatias), farmácia popular, atenção à saúde, DST/Aids, saúde bucal, Qualisus, manutenção administrativa, assistência médico-odontológica dos servidores e fomento à pesquisa.

A essas despesas, informa, estão destinados R\$ 11,061 bilhões; outras despesas, R\$ 2,290 bilhões; e às emendas parlamentares, mais R\$ 2,487 bilhões. "Se a previsão de corte é de R\$ 5,8 bilhões, isso significa 53% do valor inicial destas atividades". (K.M.)

O contingenciamento no Decreto 6.064

| DESCRIÇÃO | R\$ bilhões |
|--|-------------|
| Total saúde Lei 11.451 (49,699) + créditos-inversões (61,7 MI) | 49,761 |
| Excluir: Inativos – Gasto não-permitido | -3,603 |
| Excluir: Juros-amort.dívida – Gasto não-permitido | -0,351 |
| Recursos oficialmente aceitos pela EC-29 | 45,806 |
| Gasto pessoal ativo (não-contingenciável) | -5,102 |
| Gasto outras despesas de custeio e capital | 40,704 |
| Contingenciamento do Decreto 6.046 | 5,878 |
| Recursos líquidos com permissão de uso para outras despesas de custeio e capital | 34,826 |
| Deduzir despesas obrigatórias não-contingenciáveis | 29,521 |
| Deduzir ações financeiras | 0,066 |
| Valor que sobra para pagamento de todas as demais despesas (R\$ 11,061 bilhões) | 5,249 |

MUDANÇAS EM BRASÍLIA

Novo ministro e velhos “abacaxis”

Marinilda Carvalho

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva marcou a posse do sanitarista José Gomes Temporão com uma brincadeira: “Todos os ministros da Saúde diziam que você é um quadro excepcional. Se na teoria você parecia tudo isso, agora vamos dar o pepino da Saúde para você administrar”. Era a manhã do dia 16 de março, uma sexta-feira de muita sorte para os sanitaristas brasileiros. Ao longo de 75 dias de intensa disputa de cargos entre os partidos da nova coalizão de governo, alguns nomes cogitados para a Saúde eram de tirar o sono.

Temporão comentou a frase do presidente ao deixar o Palácio do Planalto e em várias entrevistas posteriores. Admitiu que é mesmo conhecido como “especialista em crises” (ver box), capaz de “descascar pepinos e abacaxis”, mas desta vez é diferente, disse: sente-se “confortável” no cargo. “Não assumo o ministério em situação de crise, o ministro Agenor Álvares, servidor de carreira da saúde, fez gestão competente e tudo fica mais fácil”, afirmou o até então secretário de Atenção à Saúde (SAS). “Já faço parte da equipe”. O presidente Lula também elogiou, em seu discurso, o trabalho de Agenor Álvares, que assumiu a pasta quando Saraiva Felipe se desincompatibilizou para disputar as eleições do ano passado. Com administração que agradou a gregos e troianos, o ex-ministro chorou muito com a homenagem do presidente.

Na entrevista a um canal de notícias na noite do dia 16, Temporão foi questionado sobre o “problema dos vampiros, dos sanguessugas”. Como tirar a saúde das páginas de polícia? Ele lembrou que 20 anos atrás, quando trabalhou com o ministro Waldir Pires na Previdência, enfrentou situação semelhante. “O desafio era tirar a Pre-



Sai Agenor (E), entre Temporão: “Foco é o homem comum, o cidadão deste país, sentido único da construção do SUS”

vidência Social das páginas de polícia e levá-la às páginas de políticas sociais”. Segundo ele, para enfrentar a corrupção é preciso ter espírito de equipe, uma coesão interna muito sólida, um grupo técnico consistente em gestão e a ampliação do grau de transparência dos gastos para a população, além do aperfeiçoamento dos mecanismos tradicionais de controle interno. “Então, poderemos passar a discutir as questões centrais da saúde”, observou.

Poucas vezes um presidente enfrentou tantas pressões e fez tantas concessões para sustentar um nome de sua preferência para um ministério. Na verdade, o presidente pensou nele para o cargo desde a saída de Humberto Costa do ministério, mas o PMDB indicou outro sanitarista histórico, Saraiva Felipe (MG), que assumiu em julho de 2005 e levou Temporão para a SAS.

Agora, na formação do segundo governo, o PMDB propunha dois deputados que o Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap) relaciona como pertencentes

à bancada ruralista do Congresso, o pediatra do interior gaúcho Darcísio Perondi, que também representa na Câmara as Santas Casas e os hospitais filantrópicos, e Moisés Avelino (TO), médico proprietário de hospital e agropecuarista.

A lista do PMDB ainda incluía o economista Reinhold Stephanes (ex-PFL, ex-ministro da Previdência), que acabou na Agricultura, Marcelo Castro (psiquiatra, ex-secretário de Agricultura do Piauí) e Osmar Terra (atual secretário da Saúde no RS, ex-presidente do Grupo Hospitalar Conceição, ex-secretário-executivo do Programa Comunidade Solidária).

Foram dois meses e meio de queda-de-braço. Alguns nomes indicados ou escolhidos para ministérios freqüentaram bastante as páginas de polícia dos jornais. “Como o PMDB não tem programa, as unidades se dão nas relações entre as pessoas, de troca de favores, de troca de vantagens”, resumiu o ex-presidente do STF Nelson Jobim, que tentou enfrentar o deputa-

do Michel Temer (SP) na disputa pela presidência do partido, em março, mas acabou renunciando. Os peemedebistas expuseram sua contrariedade com a indicação de Temporão, que se filiou ao partido em dezembro e foi indicado à Saúde – segundo a imprensa, a pedido de Lula – pelo governador do Rio, Sérgio Cabral.

“Não vamos fingir que Temporão é nosso indicado; queremos ter uma relação verdadeira com o presidente”, disse ao *Correio Braziliense* em 13/3 Henrique Eduardo Alves (RN), líder do PMDB na Câmara. “Não conheço pessoalmente o médico Temporão, que me dizem ser de categoria profissional extraordinária e de competência estupefante”, declarou Temer ao *Correio*. “Não queremos prejudicar o governo, então abrimos mão da Saúde para discutir outras saídas”.

Ao conseguir emplacar o Ministério da Agricultura, o quinto – que desarrumou acordos do presidente com outros partidos da coalizão (PT, PTB, PSB, PDT, PCdoB, PP, PR e PV) –, Temer fez novas contas: “Ficamos com cinco ministérios, estamos satisfeitos”. O jornalista Ricardo Noblat escreveu em seu blog no Globo Online (13/3): “Estou me sentindo cada vez mais velho. Quando comecei a freqüentar o Congresso, os políticos pediam segredo aos jornalistas sobre favores e cargos que imaginavam arrancar do governo. Agora, não. Eles dizem abertamente o que querem e ainda pedem para publicar. A taxa de sem-vergonhice aumentou muito.”

No longo discurso de posse (ver íntegra em www.ensp.fiocruz.br/radis/56/web-02.html), no dia 19, Temporão deu um recado de improviso: contou que “na ditadura, lá por 77 ou 78, houve uma reunião histórica com Ulisses Guimarães no Rio, após a qual os comunistas se filiaram em massa ao MDB”. E completou: “O pessoal está reclamando de que não sou do PMDB, eu sou é do MDB lá de trás!”

O presidente também batalhou pela manutenção do professor da USP Fernando Haddad, experiente técnico da área, na Educação. Mas nada comparável à cobiça que desperta o Ministério da Saúde, não apenas pelo importante orçamento que movimenta, mas também por sua “capilaridade” Brasil a fora. “Não dá mais para fingir que os aliados fazem parte do governo”, queixou-se à imprensa o líder do PSB, deputado Márcio França (SP), interessado na “despetização” de cargos. “O presidente garantiu que a partilha não será feita como no primeiro mandato.” Na Saúde, o novo ministé-

tro ainda nem tinha sido definido e já havia disputa pela Fundação Nacional da Saúde (Funasa). Temporão avisou no dia 16 mesmo: “Função política na minha gestão vai mudar; a Funasa vai fazer política de saúde”.

Na entrevista ao canal de notícias Globo News, na noite do dia 16, uma repórter classificou o Ministério da Saúde de “perigoso”, pelo volume de negócios que gerencia como grande comprador e fornecedor e o número de cargos de que dispõe. “Qual será seu critério para as demandas do PMDB e dos parlamentares da coalizão em geral por cargos?” Temporão respondeu que pretende perseverar na linha de trabalho que segue em 30 anos de vida pública. “Para trabalhar comigo uma pessoa precisa atender a três requisitos: um currículo excepcional de qualificação técnica, experiência comprovada na administração pública e reputação impecável no campo da ética e da moral”, afirmou. “A saúde

pública precisa ser vista tecnicamente”. Lembrou o amplo leque de forças que se uniram em torno da Reforma Sanitária, acima dos interesses dos partidos: “O SUS é uma política de Estado suprapartidária”.

“Mas a bancada da saúde é uma das maiores do Congresso e apresenta emendas de bilhões de reais...”, insistiu outra repórter. “Temos que buscar um ponto de convergência nas emendas parlamentares”, disse o ministro. “Eu apostaria num modelo em que as necessidades locais sejam trabalhadas no contexto das políticas públicas, pois do contrário serão medidas isoladas, que não terão impacto sanitário.”

SURPRESAS EM SÉRIE

No Congresso Nacional, a surpresa começou pela escolha dos líderes do presidente Lula. Roseana Sarney (PMDB-MA, ex-PFL) é a líder do governo no Congresso. Romero Jucá (PMDB-RR, ex-PSDB), com vários processos

Sanitarista histórico

O novo ministro, que completa 56 anos em outubro, nasceu em Portugal e chegou ao Brasil ainda bebê. O pai, José Temporão, fundou há 43 anos o Restaurante Mosteiro, no Centro do Rio, freqüentado por políticos. Naturalizado brasileiro, José filho é servidor da saúde, professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) desde 1980. José Gomes Temporão graduou-se em 1977 na Faculdade de Medicina da UFRJ, onde, no ano seguinte, fez especialização em Doenças Infecciosas e Parasitárias e teve o primeiro contato com a área de Saúde Pública, que nunca mais abandonaria. Em 1979 chegou à Ensp/Fiocruz: primeiro, especialização em Saúde Pública; em 1980, especialização em Planejamento de Saúde; em 1984, mestrado. Doutou-se em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Uerj em 2002.

Participou ativamente do Movimento Sanitário. De 1985 a 1988 – anos férteis de debate, antes e durante a Constituinte, sobre a Reforma Sanitária e a criação do SUS –, trabalhava no coração do sistema que os sanitaristas lutavam para desconstruir: era secretário de Planejamento do Inamps. Freqüente colaborador do Programa RADIS, um de seus artigos, “Os avanços e recuos do novo sistema”

(Tema, novembro de 1988), avaliava a complexa trajetória da Reforma, com reflexões válidas em nossos dias.

Entre diversos cargos e funções – além de cursos – no Brasil é no exterior, foi subsecretário de Saúde do Estado do Rio em 1991, presidente do Instituto Vital Brazil (RJ) de 1992 a 1995, subsecretário municipal de Saúde do Rio em 2001. Coordenava o Projeto Inovação em Saúde da Fiocruz em setembro de 2003 quando foi convidado para dirigir o Instituto Nacional do Câncer, que enfrentava crise institucional – diretores de unidades e chefes de departamento entregaram os cargos em protesto contra a administração Jamil Haddad (PSB) –, superada em poucos meses a partir de um modelo de gestão participativa e compartilhada, com espaço para discussão e políticas de consenso. Segundo o site do Inca, essa estrutura estabeleceu novas diretrizes não só de gestão, mas de atenção oncológica, que norteiam até hoje a administração do instituto.

Os resultados chamaram a atenção do Ministério da Saúde, que no início de 2005 lhe deu papel de destaque na intervenção do governo federal nos hospitais do Rio. Um trabalho que, por sua vez, chamou a atenção do presidente Lula. Na chefia da SAS do ministério, aguardou em silêncio a confirmação.

por fraude e desvio, continua líder no Senado, e o usineiro pernambucano José Múcio Monteiro (hoje PTB, ex-PDS, ex-PFL, ex-PSDB, quase vice de Fernando Henrique e seu relator na reforma trabalhista) será o líder na Câmara dos Deputados. O presidente do partido, Roberto Jefferson, rompido com Lula desde que denunciou a existência do mensalão, não se opôs à indicação.

Depois veio a eleição dos presidentes das comissões permanentes da Câmara dos Deputados – uma surpresa após a outra. O regimento interno do Congresso estabelece que o tamanho das bancadas e a formação dos blocos partidários determina o número de comissões de cada partido. Assim, o eclético bloco PMDB-PT-PP-PR-PTB-PSC-PTC-PTdoB ficou com as presidências de 11 comissões; o bloco de oposição (PSDB-PFL-PPS), embora extinto, ganhou seis; e o bloco PSB-PDT-PCdoB-PMN-PAN, com três. É que o cálculo para a divisão é feito com base em bancadas e blocos existentes na legislatura anterior. Portanto, a divisão ficou assim:

O PMDB, maior partido na Câmara, preside as comissões de Constituição e Justiça e de Cidadania (a mais importante, com 61 deputados), de Educação e Cultura (32 deputados) e Viação e Transportes (30). O PT preside Desenvolvimento Urbano (que tem 18 deputados), Direitos Humanos e Minorias (18) e Finanças e Tributação, a segunda maior em importância, com 33 deputados. O PSDB comanda Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática (40 deputados), Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (18), Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado (18).

O PFL lidera as comissões de Agricultura, Pecuária, Abastecimento e Desenvolvimento Rural (40 deputados) e Seguridade Social e Família (33); o PSB tem Amazônia, Integração Nacional e de Desenvolvimento Regional (20) e Turismo e Desporto (19). O PPS preside a Comissão de Defesa do Consumidor (21 deputados). O PR ficou com Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio (18); o PP, com Fiscalização Financeira e Controle (20) e Minas e Energia (30). O PDT lidera Relações Exteriores e de Defesa Nacional (30). O PSC ganhou Legislação Participativa (18), e o PTB, Trabalho, Administração e Serviço Público (25).

Jorge Tadeu Mudalen (PFL-SP), engenheiro civil especializado em hidráulica, foi eleito presidente da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), a que trata dos assuntos da saúde. Por unanimidade, a comissão

elegeu também, para 1º vice-presidente, o médico Alceni Guerra (PFL-PR), ministro da Saúde do governo Collor e deixou o cargo em meio a denúncias jamais comprovadas de superfaturamento e malversação; o 2º vice, o também médico Ribamar Alves (PSB-MA), estava na lista dos 94 nomes do esquema das ambulâncias; e o 3º vice, o maranhense Cleber Verde (do Partido dos Aposentados da Nação, o PAN) é “vendedor autônomo, professor, servidor público, político e bacharel em Direito”, como informa o item “profissão” em sua página no site da Câmara. Está no primeiro mandato.

A CSSF contava com duas subcomissões, de Saúde e de Seguridade, mas já há requerimentos de Alceni Guerra para criação de três subcomissões permanentes: de Saúde, de Assistência Social e de Família. A Subcomissão de Saúde era presidida, na legislatura passada, pelo deputado Roberto Gouveia (PT-SP), autor do PLP 1/03, que regulamenta a EC-29. Ele não se reelegeu. E nem Sandra Guadagnin (PT-SP), que presidia a Subcomissão de Seguridade. Católica fervorosa, ficou conhecida pela rejeição a projetos sobre aborto e pela chamada “dança da pizza”, em que festejou a absolvição, no plenário, de colega envolvido no escândalo do mensalão.

Em seu quarto mandato federal, Mudalen foi do PMDB, do PPB, voltou ao PMDB e em 2005 filiou-se ao PFL. Em 2001 apresentou proposta (a PEC 377) de redução da idade penal para 16 anos e também projeto sobre bulas de remédio mais legíveis. Como foi investigado pela CPI do Orçamento em 1993, a *Folha de Londrina* de 15/2 alardeou em manchete: “Anão do Orçamento vai comandar Seguridade Social”. O escândalo dos “anões” (os principais envolvidos tinham baixa estatura) foi um esquema de pagamento de propinas descoberto a partir de denúncias do economista José Carlos Alves dos Santos, então chefe da Comissão do Orçamento do Congresso, que citou o nome de Mudalen. A CPI, encerrada em 1994, cassou deputados – alguns, injustamente, decidiu a Justiça depois – e arquivou muitos processos por falta de provas. Entre eles o de Mudalen e Geddel Vieira Lima (PMDB-BA), novo ministro de Integração Nacional.

Na Comissão de Seguridade estão 38 profissionais de saúde, dos quais 21 são médicos, no total de 33 titulares e 33 suplentes – a indicação dos suplentes ainda não foi completada. Estão lá dois ex-ministros da Saúde,

Saraiva Felipe e Alceni Guerra; o presidente da Frente Parlamentar da Saúde, o médico Rafael Guerra (PSDB-MG) que, segundo o Diap, integra também a bancada ruralista; a professora e jornalista Rita Camata (PMDB-ES), veterana da comissão, e dois sanitaristas do PT-RJ, Cida Diogo, em segundo mandato, e Chico D’Angelo, em primeiro.

Preterido na eleição para presidente da CSSF, Alceni Guerra deverá presidir a Subcomissão de Saúde.

NAS DEMAIS COMISSÕES

À frente da importante Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ), que avalia a constitucionalidade dos projetos, inclusive os da saúde, foi eleito em votação controversa um deputado em segundo mandato, o carioca Leonardo Picciani (PMDB-RJ) que, embora formado em Direito, é pecuarista e tem apenas 27 anos. Para o deputado Chico Alencar (PSOL-RJ), contrariado com a escolha, a questão “não é etária, mas ética”. Indicado pelo governador Sérgio Cabral, filho de Jorge Picciani, presidente da Assembleia Legislativa do RJ, Leonardo é sócio de fazenda em São Felix do Araguaia (MT) na qual um grupo móvel de fiscalização do Ministério do Trabalho encontrou, em 2003, 39 pessoas em situação de escravidão. A propósito, na chamada “lista suja” (a relação de infratores) do Ministério do Trabalho estão ou estiveram, desta legislatura, o veterano deputado Inocêncio Oliveira (PFL-PE), Augusto César Farias (PTB-AL) – irmão do falecido tesoureiro de Collor, PC Farias –, que acaba de voltar à Câmara, e o senador João Ribeiro (PR-TO).

O ex-prefeito Paulo Maluf (PP-SP), recentemente indiciado por transferência ilegal de dinheiro público, também integra a CCJ. São titulares os petistas paulistas João Paulo Cunha, José Mentor e José Genoino, envolvidos de alguma forma no caso do mensalão. João Paulo e Mentor foram absolvidos pelo plenário, e Genoino estava sem mandato. Geraldo Pudim, ligado ao ex-governador Garotinho, acusado de compra de votos, também está na CCJ.

Nas comissões que tratam de assuntos relacionados à saúde, a situação não é diferente. A Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público escolheu o veterano ruralista de Pirassununga (SP) Nelson Marquezelli (PTB, ex-Arena, ex-PDS) para presidente. Marquezelli livrou-se das denúncias de participação no esquema de corrupção dos Correios, que deu

início às investigações sobre o mensalão, como também os titulares Paulo Rocha (PT-PA), Sandro Mabel (PR-GO) e Pedro Henry (PP-MT), este citado ainda no caso da máfia das ambulâncias. Mabel e Henry foram absolvidos pela Câmara e Rocha renunciou ao mandato, retornando em 2007.

A segunda mais importante comissão, a de Finanças, será presidida por Virgílio Guimarães (PT-MG), que apresentou a seu partido o polêmico Marcos Valério, o dito operador do mensalão. Em 2005, candidatou-se a presidente da Câmara à revelia do PT, o que resultou na vitória de Severino Cavalcanti (PP-PE). Também integram a comissão o ex-ministro da Fazenda Antonio Palocci, que deixou o cargo sob a acusação de violar o sigilo bancário de um caseiro, e João Magalhães (PMDB-MG), citado no esquema dos sanguessugas. Na comissão de Agricultura estará o petista Beto Faro (PA), preso em 2003 pela Operação Faroeste, da Polícia Federal porque chefiaria esquema de propina para regularizar terras griladas para madeireiros.

Nas demais áreas relacionadas à saúde, o deputado Nilson Pinto (PSDB-PA), ex-petista com doutorado em Geociência na Alemanha e especialização em Geoquímica, vai presidir a Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável; a farmacêutica Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM) é a nova presidente da Comissão da Amazônia; e presidirá a Comissão de Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática o engenheiro elétrico Júlio Semeghini (PSDB-SP). Luiz Couto (PT-PB), eleito presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias, é professor universitário e padre católico, formado em Filosofia e Teologia. Disse que a comissão se envolverá no debate sobre a redução da maioria penal.

As bancadas paralelas também já estão formadas. A Frente Parlamentar da Saúde reúne 264 parlamentares; a Frente Parlamentar Ambientalista já conta com 255 adesões, segundo seu presidente, Sarney Filho (PV-MA); a bancada ruralista elegeu 102 representantes, segundo o Diap – menos do que os 111 da legislatura passada. O Diap informa também que a bancada evangélica encolheu: 36 parlamentares. Há ainda a Frente de Combate à Corrupção, que na legislatura passada tinha 131 integrantes e nesta deve reunir 220, afirma o deputado Paulo Rubem Santiago (PT-PE), seu organizador A

da Educação congrega 84, segundo a Agência Repórter Social, mas é formada por empresários do setor, professores e ex-ativistas estudantis, ou seja, os interesses são conflitantes.

O Senado ainda está em processo de formação das comissões. 

Mais informações

Reuniões da CSSF: quartas-feiras às 9h30. *Audiências públicas:* terças (às 14h30) e quintas (às 9h30).

Tel. (61) 3216-6787/6781 a 6786

Fax (61) 3216-6790

Mensagens www2.camara.gov.br/comissoes/cssf/faleConosco

Titulares da Comissão de Seguridade Social e Família

PMDB/PT/PP/PR/PTB/PSC/PTC/PTdoB

| | |
|---|---|
| Angela Portela PT-RR (61) 3215-5808 (dep.angelaportela@camara.gov.br) | Armando Abilio PTB-PB (61) 3215-5805 (dep.armandoabilio@camara.gov.br) |
| Arnaldo Faria de Sá PTB-SP (61) 3215-5929 (dep.arnaldofariadesa@camara.gov.br) | Chico D'angelo PT-RJ (61) 3215-5760 (dep.chicodangelo@camara.gov.br) |
| Cida Diogo PT-RJ (61) 3215-5402 (dep.cidadiogo@camara.gov.br) | Darcísio Perondi RS (61) 3215-5402 (dep.darcisioperondi@camara.gov.br) |
| Eduardo Amorim PSC-SE (61) 3215-5366 (dep.eduardoamorim@camara.gov.br) | Henrique Fontana RS (61) 3215-5277 (dep.henriquefontana@camara.gov.br) |
| Jofran Frejat PR-DF (61) 3215-5414 (dep.jofranfrejat@camara.gov.br) | José Linhares PP-CE (61) 3215-5860 (dep.joselinhares@camara.gov.br) |
| Marcelo Castro PMDB-PI (61) 3215-5811 (dep.marcelocastro@camara.gov.br) | Maurício Trindade PR-BA (61) 3215-5456 (dep.mauriciotrindade@camara.gov.br) |
| Neilton Mulim PR-RJ (61) 3215-5639 (dep.neiltonmulim@camara.gov.br) | Pepe Vargas PT-RS (61) 3215-5545 (dep.pepevargas@camara.gov.br) |
| Vital do Rêgo Filho PMDB-PB (61) 3215-5833 (dep.vitaldoregofilho@camara.gov.br) Obs.: suplente de Reinhold Stephanes | Rita Camata PMDB-ES (61) 3215-5836 (dep.ritacamata@camara.gov.br) |
| Roberto Britto PP-BA (61) 3215-5733 (dep.robertobritto@camara.gov.br) | Saraiva Felipe PMDB-MG (61) 3215-5429 (dep.saraivafelipe@camara.gov.br) |
| Solange Almeida PMDB-RJ (61) 3215-5742 (dep.solangealmeida@camara.gov.br) | |

PSDB/PFL/PPS

| | |
|---|--|
| Alceni Guerra PFL-PR (61) 3215-5528 (dep.alceniguerra@camara.gov.br) | Bispo Gê Tenuta PFL-SP (61) 3215-5480 (dep.bispogetenuta@camara.gov.br) |
| Eduardo Barbosa PSDB-MG (61) 3215-5540 (dep.eduardobarbosa@camara.gov.br) | Geraldo Resende PPS-MS (61) 3215-5905 (dep.geraldoresende@camara.gov.br) |
| Germano Bonow PFL-RS (61) 3215-5605 (dep.germanobonow@camara.gov.br) | João Bittar PFL-MG (61) 3215-5952 (dep.joaoibittar@camara.gov.br) |
| Jorge Tadeu Mudalen PFL-SP (61) 3215-5538 (dep.jorgetadeumudalen@camara.gov.br) | Rafael Guerra PSDB-MG (61) 3215-5239 (dep.rafaelguerra@camara.gov.br) |
| Raimundo Gomes de Matos PSDB-CE (61) 3215-5725 (dep.raimundogomesdematos@camara.gov.br) | |

PSB/PDT/PCdoB/PMN/PAN

| | |
|--|--|
| Cleber Verde PAN-MA (61) 3215-5581 (dep.cleberverde@camara.gov.br) | Dr. Basegio PDT-RS (61) 3215-5930 (dep.dr.basegio@camara.gov.br) |
| Jô Moraes PCdoB-MG (61) 3215-5322 (dep.jomoraes@camara.gov.br) | Ribamar Alves PSB-MA (61) 3215-5729 (dep.ribamaralves@camara.gov.br) |

PV

| | |
|---|--|
| Dr. Talmir PV-SP (61) 3215-5454 (dep.dr.talmir@camara.gov.br) | |
|---|--|

ALIMENTAÇÃO NO BRASIL

Um padrão
bem pouco
saudável

A.D.



Adriano De Lavor

As questões alimentares são uma das grandes preocupações atuais da saúde pública brasileira. Ao mesmo tempo em que os crescentes casos de obesidade passam a chamar mais atenção que a desnutrição no país, as recentes mortes relacionadas a transtornos alimentares alertam para os riscos de um novo padrão estético, que interfere na maneira como o indivíduo se relaciona com sua alimentação e seu próprio corpo.

É a "ditadura da aparência", face visível do processo de transição nutricional que, segundo dados do Ministério da Saúde, não só reduz a qualidade de vida da população, como onera os gastos públicos com Previdência, seguros de saúde e atividade produtiva no Brasil. Um outro reflexo desta mesma realidade pode ser constatado quando se leva em consideração o alto consumo de remédios para emagrecer no país.

A taxa de consumo per capita de anorexígenos no Brasil é 39,2% superior à dos EUA – 12,5 por 1.000 habitantes entre os brasileiros, contra 4,9 dos americanos, segundo o Relatório Anual 2006, divulgado em 1º de março, da Comissão Internacional para Controle de Narcóticos, braço independente do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime. O documento cita o caso da modelo Ana Carolina Reston, que em 15 de novembro de 2006 morreu em São Paulo de insuficiência renal e infecção generalizada.

Os anorexígenos, que devem ser prescritos e monitorados por médicos, também empregados no tratamento da obesidade mórbida ou do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), "acabam usados indiscriminadamente para alimentar a obsessão pelo emagrecimento que afeta algumas sociedades", diz o documento.

Anorexígenos são anfetaminas que inibem o apetite ou sensação de fome, e 14 delas estão no chamado Schedule IV da Convenção Internacional de Psicotrópicos, de 1971, como substâncias que exigem receita. A justificativa é que somente um médico é capaz de calcular a relação ideal entre risco e benefício destes medicamentos na saúde do paciente. Como estimulam o sistema nervoso central, seu uso indiscriminado pode provocar crises de pânico, comportamento agressivo e violento, alucinações, depressão respiratória, convulsões, coma e morte, atesta o documento. Cinco países e um território têm as mais altas taxas de uso de estimulantes listados no Schedule IV. Pela ordem, Brasil, Argentina, Coréia do Sul, Estados Unidos, Cingapura e Hong Kong, Região Administrativa Especial da República Popular da China.



A comissão enfatiza que medidas rigorosas de controle, quando aplicadas pelas autoridades de vigilância sanitária, reduzem o consumo. Foi o que ocorreu, por exemplo, no Chile, na Dinamarca e na França. Além disso, convoca o documento, o profissional de saúde tem papel importante neste esforço, calculando o equilíbrio entre benefício e risco no uso de tais substâncias de acordo com a prática médica sadia.

DESPERTAR TARDIO

A mídia brasileira acordou para o problema da anorexia e outros distúrbios alimentares com a morte da modelo Ana Carolina, que ficou semanas seguidas nas manchetes. Foi menor o destaque para os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), entre julho de 2002 e junho de 2003, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Segundo o estudo, 38,8 milhões de brasileiros acima dos 20 anos estão acima do peso; destes, 10,5 milhões são obesos. Mais: 16,7% da população entre 10 e 19 anos têm excesso de peso, e 2,3% apresentam obesidade. Os dados despertaram a ação do Ministério da Saúde. "As doenças causadas pela combinação de hábitos alimentares pouco saudáveis e sedentarismo reduzem a qualidade de vida das pessoas e geram pesados custos não só para o sistema de saúde, como para o país, impactando o sistema de previdência, os seguros de saúde e a atividade produtiva",

afirma Ana Beatriz Vasconcelos, coordenadora da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) do ministério.

A preocupação de Ana Beatriz se traduz nas ações do governo federal. Aprovada em março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê diretrizes de incentivo à alimentação saudável e à prática de atividades físicas, entre outras determinações. A promoção da alimentação saudável está prevista nas ações da estratégia de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde, e iniciativas como o *Guia alimentar para a população brasileira* buscam orientar a sociedade nas questões nutricionais. As ações prevêem ainda a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas escolas, o desenvolvimento da proposta de rotulagem obrigatória de alimentos e a regulamentação da publicidade de alimentos para o público infantil.

Além disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) prepara resolução — com publicação prevista neste mês de abril — que modificará os critérios de notificação das prescrições de anorexígenos, para coibir o abuso na venda desses medicamentos. Eles podiam ser prescritos pelos médicos no receituário de tipo "B" (cor azul), que o próprio médico mandava imprimir. Pelas novas regras, anorexígenos só poderão ser comprados com receita do tipo "A" (de cor amarela), impressa e dis-

Glossário

Anorexia — Um dos principais transtornos alimentares, reúne preocupação excessiva com o peso, alteração da imagem corporal e medo patológico de engordar. Pessoas com este distúrbio, mesmo magras, acreditam estar gordas e têm obsessão por emagrecer; deixam de se alimentar e podem chegar a um IMC abaixo dos estabelecidos como saudáveis (18,5 kg/m²). Atinge com maior frequência as mulheres.

Anorexígenos — Medicamentos psicotrópicos empregados no tratamento da obesidade que atuam no cérebro, diminuindo o apetite e a sensação de fome. Alguns são derivados de anfetaminas, podendo causar dependência, psicose, problemas cardíacos e até a morte.

Bulimia — Também é um transtorno de imagem corporal, com características parecidas com as observadas na anorexia. As pessoas com bulimia, no entanto, alternam episódios de

alimentação descontrolada (ingestão de grande quantidade de comida em curto intervalo de tempo), seguidos de práticas com o objetivo de emagrecer: vômitos provocados, uso excessivo de laxantes e/ou diuréticos, grandes intervalos de jejum.

Gordura trans — Tipo específico de gordura formada no processo de hidrogenação natural ou industrial, utilizada para melhorar a consistência dos alimentos e também para aumentar o tempo de exposição de alguns produtos. Seu consumo excessivo pode causar o aumento da taxa de colesterol ruim (LDL) e reduzir a do bom colesterol (HDL). A OMS recomenda o máximo de 2 gramas diários.

IMC — Índice de Massa Corporal. É reconhecido como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade. O IMC é calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metro).



tribuída pela Vigilância Sanitária. A proposta também proíbe a prescrição das “milagrosas” fórmulas para emagrecimento, em preparações, separadas ou não, que contenham substâncias diuréticas, hormônios ou outros produtos com ação medicamentosa em associação com anorexígenos.

O tema foi alvo da Consulta Pública nº 89, que aceitou sugestões a partir de dezembro de 2006. Antes, farmácias e drogarias retinham a receita e registravam os dados em livro recolhido, periodicamente, pela Anvisa. Um novo sistema de controle, que deverá estar em operação até o fim do semestre, permitirá o registro online das informações, no ato da compra. Mas a própria Anvisa reconhece que o aumento do controle sobre as receitas é insuficiente. A Organização Mundial de Saúde recomenda que os países reduzam a quantidade de substâncias permitidas: o fenproporex, por exemplo, tão usado no Brasil, é proibido em quase todo o mundo.

Além disso, controlar as farmácias não basta. Uma simples consulta pela palavra *fenproporex* no sistema de busca Google revela a venda indiscriminada de inibidores de apetite pela internet – e também relatos assustadores, tanto de jovens que usam essas drogas sem acompanhamento médico quanto de pessoas que acabaram no hospital vítimas de seus efeitos colaterais. Por isso, a Anvisa vem trabalhando com a Polícia Federal para tentar coibir o comércio ilegal de drogas controladas – uma tarefa que nem as poderosas agências americanas e européias têm conseguido cumprir a contento.

TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Toda a repercussão em torno dos transtornos alimentares, no entanto, serviu para que se percebesse, no país, a coexistência da obesidade com a desnutrição. Dados da coordenação da Pnan informam que, ao mesmo tempo em que se observa o aumento de calorias *per capita* e da participação de alimentos de origem animal na mesa do brasileiro, constata-se a substituição de cereais, frutas, verduras e legumes por gorduras em geral e açúcares.

Os especialistas denominaram esse processo de “transição nutricional”, típico dos países em desenvolvimento, como informa o professor Carlos Augusto Monteiro, chefe do Departamento de Nutrição da Escola de Saúde Pública da Faculdade de Medicina (ESP/FM) da Universidade de São Paulo. Segundo ele, o processo se caracteriza pela “substituição do consumo de alimentos tradicionais, *in natura*, por alimentos altamente processados, produzidos por grandes indústrias de alimentos, boa parte deles de alta densidade energética e pobres em nutrientes”. Ou seja:

maior quantidade, menor qualidade. O aumento do consumo de alimentos fora de casa e as estratégias agressivas de marketing são, segundo ele, eixos complementares do mesmo fenômeno.

A transição alimentar explicaria as evidências de que a obesidade em adultos cresce mais entre as famílias brasileiras de menor renda. “A prevalência de obesidade em mulheres de baixa renda em algumas regiões do país já supera a prevalência observada entre mulheres de alta renda”, constata Carlos Augusto. Outro efeito da transição alimentar é a “dupla carga da má nutrição”, que ligaria, por fator de causalidade, a ocorrência da desnutrição na infância – ou no período intrauterino – à obesidade na vida adulta.

EXCESSO OU DESIGUALDADE?

“A rede de causalidade da desnutrição e da fome, de maneira semelhante à obesidade, é muito complexa, e seu enfrentamento deve vincular ações que sejam capazes de garantir acesso de toda a população a uma alimentação saudável e visem à redução das desigualdades sociais”, defende Ana Beatriz Vasconcelos, da Pnan. Para a psicóloga e jornalista Mônica Carvalho, autora da tese de doutorado *Obesidade e pobreza na imprensa: epidemiologia de uma questão social*, defendida na Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, as desigualdades estão no cerne da questão.

Para ela, existe uma tendência da imprensa em considerar o problema da obesidade pelo viés do “excesso”, cuja solução viria pelas dietas ou pela educação alimentar. Ela acredita, no entanto, que há um número grande de pessoas fora da “dinâmica de consumo e da escolha” sobre o que comer. O tema é político, adverte Mônica, na medida em que reforça a tendência mundial do Estado mínimo. “Esta tendência se baseia na responsabilização dos indivíduos pelas conseqüências de suas próprias escolhas, inclusive alimentares, e transforma uma questão social, a desigualdade, em questão de saúde”, afirma. “Trata-se, porém, de uma questão de saúde pautada na ilusão da superalimentação, já que a não-diversificação alimentar leva à desnutrição, oculta mesmo entre obesos”.

Na outra ponta, números divulgados pelo Ministério da Saúde indicam, entre 1996 e 2004, 193 casos de óbito por anorexia no país. Embora as estatísticas oficiais não registrem as vítimas dos demais transtornos alimentares, é consenso entre os pesquisadores que a tendência é de aumento da incidência nas grandes cidades brasileiras. “Os casos de anorexia e bulimia têm aparecido com maior



No bife com salada,



Um resumo do que diz o *Guia alimentar para a população brasileira*, do Ministério da Saúde, com dicas de alimentação mais saudável:

- Aproveitar o convívio familiar nas refeições cotidianas e evitar “pular” as refeições, valorizando todos os

grupos de alimentos para refeições variadas e coloridas;

- Consumir, diariamente, pelo menos seis porções de cereais, tubérculos e raízes. Estes alimentos, ricos em carboidratos complexos (amido), garantem 45% a 65% da energia total diária de alimentação e evitam excesso

frequência na atualidade”, confirma Ana Beatriz Vasconcelos.

As causas do problema, segundo ela, são complexas, envolvendo questões culturais, sociais e históricas “que se relacionam ao conceito de beleza estabelecido pela sociedade”. São reflexos da “ditadura da magreza” e da criação de uma “sociedade lipofóbica”, sugere a psicóloga Joana Novaes (ver entrevista na pág. 25).

O psicólogo Marco Antonio de Tommaso, especialista em transtornos alimentares e consultor de agências de modelos, constatou o problema em pesquisa de 2006, pelo menos no mercado da moda. Entre 140 modelos maiores de 18 anos que entrevistou, 25% comiam excessivamente e induziam o vômito ou faziam uso de laxante ou diurético para não ganhar peso — característica básica da bulimia.

Os reflexos deste comportamento também podem ser observados longe das passarelas. Por exemplo, na internet. No estudo *Apologia aos transtornos alimentares na internet: o perigo dos grupos pró-ana e pró-mia para crianças e jovens*, a psicóloga Ana Helena Rotta Soares, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF), unidade materno-infantil da Fiocruz, identificou cerca de 120 comunidades, no site de relacionamentos Orkut, que associam anorexia e bulimia a estilos de vida, e não a doenças,

como de fato são. Ana Helena também identificou na pesquisa 50 blogs — páginas de internautas publicadas na web — criados por defensores da anorexia e da bulimia (identificados pelos títulos “pró-ana” e “pró-mia”) tratados como estilos de vida.

Para a psicóloga, essa negação da doença, um dos sintomas clínicos dos distúrbios alimentares, pede uma abordagem que integre prevenção e tratamento. “Além do aspecto psicológico, estratégias de educação alimentar e nutricional junto aos jovens, orientação adequada para a manutenção do peso saudável, estabelecimento de diretrizes técnicas para facilitar a compreensão sobre a alimentação saudável e a capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica em nutrição e distúrbios alimentares são algumas das ações que podem apoiar os serviços de saúde no enfrentamento desses casos”, diz.

Mônica Carvalho, que em sua dissertação de mestrado se aprofundou no estudo da “bulimia como metáfora da atualidade”, lembra que, embora diagnosticado como doença, o transtorno da bulimia “se encaixa melhor” nas exigências da sociedade contemporânea e seu jogo entre prazer, cuidado pessoal, responsabilidade e liberdade. Como nada permanece e tudo se dá num grande fluxo de incerteza, a bulimia seria a metáfora



a sabedoria popular

de peso, obesidade e alguns tipos de câncer, já que diminuem a quantidade de gorduras e açúcar.

- Consumir pelo menos três porções de frutas, legumes e verduras por dia. Eles diminuem o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis e mantêm o peso adequado; aumentam a resistência contra infecções, já que são fonte da maior parte de vitaminas e minerais necessários ao organismo. Dada a sua grande variedade, podem ser preparados de diferentes maneiras, valorizando seu sabor.

- Investir na dupla feijão-com-arroz. Quando juntos, na proporção de 1 parte de feijão para 2 partes de arroz, fornecem fonte completa de proteínas para o ser humano. Além disso, aumentam a resistência contra doenças nutricionais, já que os feijões contêm carboidratos complexos e são ricos em fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e outros minerais.

- Leites e derivados devem estar no

cardápio, mas com moderação. Três porções diárias são fonte importante de riboflavina (B2) e principal fonte de cálcio na alimentação.

- Uma porção de carne, peixe ou ovos diária garante boas fontes de todos os aminoácidos essenciais, substância química que compõe as proteínas, necessárias para o crescimento e a manutenção do corpo humano, além de fonte importante de ferro e vitamina B12.

- Gorduras, açúcares e sal devem ser evitados, com consumo máximo de cinco gramas/dia, para redução da ocorrência de obesidade, hipertensão arterial, diabetes, colesterol e doenças cardiovasculares.

- Consumir pelo menos dois litros de água por dia, independentemente dos outros líquidos: a água desempenha papel fundamental na regulação de muitas funções vitais ao organismo.

Fonte: MS/ http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/guia_objetivo.php

da extrema adequação, "o movimento pendular entre a escolha do prazer, sem travas ou contenções, e logo a seguir a busca do controle, na atitude de eliminação da possibilidade do risco corrido". Ou seja, a pessoa ingere gorduras, mas, diferentemente da anorexia, mantém uma aparência de peso normal, um sinal de "sucesso" diante da necessidade de controle e de busca do prazer.

O próprio medicamento "bulimígeno" Orlistat, mais conhecido como Xenical, por exemplo, tem efeito laxativo, mas não é considerado um laxante — ou pelo menos se comporta como tal apenas se ingerido com certa quantidade de gordura que exceda o limite da dieta estipulada. A diarreia que pode provocar, por sua vez, também não é considerada um sintoma de bulimia, ao contrário, é um sintoma até certo ponto comum, que pode levar à "saudável" mudança dos hábitos alimentares e à perda dos indesejáveis quilos a mais, interpreta a psicóloga. Na realidade, afirma, esse desagradável efeito colateral do Xenical nada mais é do que uma ação de controle, exercida pelo medicamento, sobre o prazeroso ato de consumir comidas gordurosas, o que as bulímicas fazem quando tomam laxantes.

Neste sentido, o Xenical faz sucesso por aliar a garantia de se tratar de receita médica ao fato de controlar

e ensinar a pessoa a comer, mantendo um certo nível de prazer. "Daí eu me referir à idéia do *bulímico de bem com a vida* ou de uma bulimia sem a culpa e o peso simbólico de uma doença", esclarece Mônica.

Para o professor Carlos Augusto Monteiro, da ESP/FM, é necessário começar a caracterizar os distúrbios alimentares do ponto de vista epidemiológico, "o que começa pela descrição da frequência, da evolução e da distribuição desses problemas no país". Também coordenador científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens) da USP, ele acredita que os dados existentes ainda não são "confiáveis" a ponto de se poder identificar como se distribuem, socialmente, estas doenças.

Mas o professor considerou "assustador" o primeiro levantamento do Vigitel, Vigilância de Fatores de Risco à Saúde — excesso de peso e obesidade, inatividade física e consumo de tabaco e álcool —, pesquisa telefônica em todas as capitais que o governo fará anualmente: 29% dos adultos das capitais não praticam atividade física; 43% estão acima do peso e 11% estão obesos.

Mesmo com a carência de dados, o Sistema Único de Saúde já está capacitado para atender pessoas com transtornos alimentares, informa a Coordenação Ge-





ral da Política de Alimentação e Nutrição (Pnan) do Ministério da Saúde. No caso da anorexia, o atendimento se dá nos ambulatórios de saúde mental dos hospitais gerais, nos ambulatórios isolados, em postos e centros de saúde, além de universidades públicas conveniadas com o SUS. Além disso, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) também estão capacitados para tratar a anorexia.

Alternativa saudável e conhecida

A **A**rroz, feijão, salada e bife. A conhecida combinação de alimentos do famoso prato feito brasileiro é uma alternativa de alimentação saudável e de baixo custo, atesta a nutricionista Sueli Rosa Gama, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSGSF/Ensp/Fiocruz). Segundo ela, o "PF" reúne carboidratos (no arroz), proteínas (no feijão e no bife), ferro (no feijão), fibras (no feijão e na salada) e vitaminas (na salada e no bife), nutrientes básicos de uma refeição (ver box nas págs. 22/23).

Esta é uma das sugestões oferecidas por Sueli às famílias atendidas no centro de saúde, onde ela faz acompanhamento nutricional e investiga a prevalência de fatores de riscos cardiovasculares em adultos e crianças. A nutricionista constatou, entre 356 crianças atendidas, indícios alarmantes de sobrepeso e, em 64% delas, prevalência de dislipidemia — alterações de gordura no sangue —, que pode desencadear precocemente arteriosclerose, hipertensão e diabetes tipo 2. A principal causa do problema, aponta a pesquisadora, é a má qualidade da alimentação.

Sueli constatou que a maioria destas crianças trocou as refeições habituais — almoço, lanche, jantar — por biscoitos recheados, sanduíches, salgados, pizzas e refrigerantes, alimentos mais acessíveis e mais baratos, mas pobres em nutrientes e ricos em gorduras saturadas e açúcares simples, grandes responsáveis por doenças antes detectadas somente em adultos. "O perigo é que os sintomas são silenciosos. Só serão percebidos quando o problema já estiver grave", alerta ela.

RECOMENDAÇÕES OFICIAIS

A preocupação da nutricionista está em consonância com as recomendações do *Guia alimentar para a população brasileira*, lançado em 2006 pelo Ministério da Saúde: "Limitar a ingestão energética procedente das gorduras e substituir as gorduras saturadas e trans-saturadas por gorduras insaturadas; aumentar o consumo

de frutas e hortaliças, assim como legumes, cereais integrais e nozes e similares; limitar a ingestão de açúcar simples; limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência (promovendo o consumo de sal iodado) e buscar o equilíbrio energético para o controle de peso saudável".

Para Ana Beatriz Vasconcelos, o *Guia* é um potente instrumento a ser utilizado pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, na abordagem alimentar e nutricional. Ela esclarece que o incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes, um dos eixos da política, "baseia-se em evidências científicas que demonstram que o consumo diário de no mínimo 400 gramas destes alimentos pode prevenir grande parte das doenças, especialmente as cardiovasculares e alguns tipos de câncer". Além disso, diz Ana, ricos em nutrientes e de baixo valor energético, estes alimentos também auxiliam na prevenção e no controle da obesidade.

Para disseminar esta e outras recomendações, o Ministério da Saúde enviou o *Guia alimentar* a coordenações estaduais e centros colaboradores de alimentação e nutrição, órgãos de classe, serviços de atenção básica à saúde e universidades, entre outras instituições. Além disso, a página eletrônica da coordenação do Pnan (<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/publicacoes.php>) oferece o texto na íntegra, para consulta e download — e também outros documentos, como o *Caderno de Atenção Básica — Obesidade* e a íntegra da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

A meta de 2007, informa Ana, é a capacitação de profissionais de saúde da Atenção Básica, prioritariamente os agentes comunitários de saúde.

PROPAGANDA NÃO AJUDA

Um dos grandes obstáculos para a mudança dos hábitos alimentares da população, diz Sueli Gama, é a publicidade, principalmente a produzida com o objetivo de despertar o interesse do público infantil. "Mudar hábitos é complicado e a propaganda não ajuda", constata a nutricionista. O assunto chamou a atenção do Ministério da Saúde. Até 1º de abril, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária estava aberta a Consulta Pública nº 71, de 2006, cujo objetivo é regular o marketing de alimentos ricos em gorduras, sódio e açúcar.

A Anvisa determina, desde julho de 2006, que as empresas fabricantes de alimentos sejam obrigadas a informar ao consumidor, no rótulo da embalagem, o valor energético do alimento, a quantidade de carboidratos, proteínas, gorduras totais, saturadas e trans, além de fibra alimentar e sódio. 



ENTREVISTA

Joana de Vilhena Novaes

“A moralização da beleza traz novas formas de opressão”

A coordenadora do Núcleo de Doenças da Beleza do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social (Lipis) da PUC-Rio, Joana de Vilhena Novaes, acredita que a sociedade é regulada pela égide de uma “ditadura da aparência” – ideal estético que associa magreza à juventude e à beleza e gordura à doença. Entre os efeitos deste regime estariam a criação de uma “cultura lipofóbica” (o medo da gordura), estimulada pelo alto padrão de consumo, a responsabilização do indivíduo por sua aparência e o aumento dos transtornos alimentares.

Nesta entrevista à *Radis*, a mestra e doutora em Psicologia Clínica, autora do livro *O intolerável peso da feiúra – Sobre as mulheres e seus corpos*, defende ainda que a magreza é reforçada socialmente como imagem de sucesso e que os obesos são vítimas de uma nova forma de racismo. Ela propõe uma ação afirmativa para os gordos, baseada no reconhecimento do preconceito e na mobilização contra a exclusão.

Em seu livro você se refere à ditadura da aparência. De que maneira esta ditadura influencia na relação que o indivíduo desenvolve com seu corpo?

Eu falo mais especificamente da ditadura estética da magreza para a mulher, que está diretamente associada à busca frenética pelo corpo perfeito e, sobretudo, às práticas corporais de emagrecimento. Quando a gente pensa no ideal estético vigente, existe uma associação intrínseca entre magreza, juventude e beleza, e entre gordura e doença. Está cada vez mais difícil detectar algo de patológico nessa magreza, reforçada socialmente como a imagem do su-

cesso. Essa ditadura estética e estas práticas se propõem justamente a esvaziar o corpo. O ideal estético é o corpo *fat free*, destituído dos seus excessos e, paralelamente, dos sinais de envelhecimento.

Esse fenômeno é contemporâneo?

Não é novidade ter-se um padrão estético. O que é contemporâneo é moralizar-se a beleza, responsabilizar-se o sujeito pela sua aparência. A perversidade deste sistema, inserido na sociedade de espetáculo, confere ao corpo um *locus* de investimento absoluto e último. Ao moralizar-se a beleza e colocar-se à disposição do sujeito inúmeras práticas corporais – com preços variados e pacotes facilitadores –, vem a máxima de que só é feio quem quer. O cenário é esse: moraliza-se a beleza com o ideal estético da magreza e se cria uma cultura lipofóbica, na qual o imaginário social começa a atribuir estereótipos morais depreciativos em relação às pessoas gordas. A gordura é a forma mais representativa da feiúra nos tempos atuais.

Como se constroem os padrões de beleza?

A sociedade de consumo mantém um modelo de cultura importado dos Estados Unidos – um país em que a obesidade tem índices alarmantes –, que é também a cultura do excesso. Se pensarmos em termos históricos, em tempos de escassez de alimento, a grande massa era magra e quem tinha acesso à fartura era mais bem visto. A gente está sempre falando de um corpo de classes. Atualmente, a lógica é a mesma. A obesidade vem crescendo exponencialmente justamente nos estratos menos favorecidos da população. Apesar de submetidos ao discurso-padrão, mesmo com o baixo poder aquisitivo



C.P.

vão poder consumir produtos *light* e *diet*, inscrever-se em academias de ginástica e ter um elenco de possibilidades para tentar alcançar este corpo. Cria-se, de novo, um corpo da elite, que vai ter mais condições de perseguir esta magreza. É muito curioso porque isso vem se dar num momento em que se libera o corpo. Não é mais o corpo da sociedade industrial, corpo da produção. A gente imagina que o corpo estaria liberado para desfrutar o prazer.

É uma nova forma de controle do corpo?

É uma disciplinarização do corpo, como sugeria o filósofo francês Michel Foucault [1926-1984]. É uma forma de aprisionamento. Outro autor, o sociólogo francês Pierre Bourdieu [1930-2002], trata as práticas corporais como um *habitus*, aquilo que é incorporado pelo sujeito, que tem que saber quais são as regras do jogo. Daí a cobrança tão ferrenha, tão feroz do imaginário social em



relação às pessoas gordas. Moraliza-se a beleza e se começa a associá-la a estereótipos morais. Isso gera uma exclusão social muito grande.

Quase uma nova forma de racismo...

É uma forma de racismo. E a questão ainda é socialmente validada, não só na avaliação moral que a gente faz das pessoas, mas da forma como o mundo é projetado, de maneira geral. O mundo não é projetado para gordos. Roletas de ônibus, cadeiras de cinema, roupas, em qualquer aspecto que se queira debruçar. Na sociedade de consumo, teoricamente deveria haver segmentos, nichos, mas isso não ocorre. Daí essa exclusão social em massa. Certamente é uma forma de opressão. E uma outra constatação: é preciso ser cada vez mais magro para ser considerado magro e essa magreza ser entendida como patológica — e daí se tomar uma providência, como levar o sujeito ao médico — e cada vez menos gordo para não se sentir obeso; estamos numa ditadura, só que a ditadura agora é a da balança, da justeza das medidas.

No livro, você diz que a beleza, hoje, é artigo de primeira necessidade...

Há dados estatísticos e pesquisas na área de economia que confirmam. A economista Ruth Dueck, de São Paulo, fez um estudo interessante, ao longo de 20 anos, avaliando como o percentual do salário gasto em produtos considerados supérfluos vai crescendo. E isso nada tem a ver com estrato social. Essa é uma maneira de se reproduzir, criativamente, o modelo que vem da elite. Uma mulher mais humilde não vai comprar *creminho* Dior; ela vai comprar Avon. Mas ela vai comprar. Há academias de ginástica nas favelas que reproduzem as do asfalto. Ou seja, assimila-se o discurso e se disseminam estes conhecimentos. Mas este é o discurso que moraliza e é cruel, que faz uma avaliação muito depreciativa das pessoas, que as desconsidera.

Essa moralização pode ser considerada responsável pelo aumento dos transtornos alimentares entre a população?

Certamente. Primeiro, porque emagrecer é reforçado socialmente e representa uma possibilidade de ascensão social. Beleza é moeda de troca, é capital para todo mundo, abre portas. Já existem estatísticas que mostram

empresas exigindo o IMC (Índice de Massa Corporal) do candidato. Além disso, ser modelo é o grande sonho dessas moças, porque isso dá visibilidade, tem *glamour*, uma remuneração muito boa. E isso está em consonância com a cultura de horror à gordura, com a sociedade de espetáculo. Ter visibilidade é um valor por excelência. A imagem da pessoa magra é quase a personificação da imagem de sucesso. Quando se cria essa fobia social da gordura é claro que se tem, paralelamente, um aumento exponencial nos casos de transtornos alimentares.

“ Está cada vez mais difícil detectar algo de patológico nessa magreza, reforçada socialmente como a imagem do sucesso. ”

E como viver saudavelmente neste cenário?

É importante ir minando as resistências a esta opressão. No meu livro, entrevisto centenas de mulheres que faziam uso de todas estas práticas à disposição, mas não necessariamente tinham uma visão acrítica. A gente tem uma questão muito séria no Brasil, que é reconhecer o preconceito. E isso se daria de que maneira? Em debates, nos espaços que se abrem na mídia. A partir daí é que se vai repensando valores e forjando subjetividades. É um caminho, considerando-se que o grosso da população não tem acesso à psicanálise e é uma fatia de mercado ainda muito seduzida. Adocece, mas não vem à análise. Pode entretanto estar em contato com outras formas de refletir e pensar o corpo.

Você propõe uma ação afirmativa para os gordos. Poderia explicar melhor?

Seria uma mobilização, um reivindicar; o primeiro passo seria o

reconhecimento de que existe o preconceito. O livro tem falas muito dramáticas, muito contundentes sobre a exclusão social que essas moças vivem. No entanto, apesar de existirem comunidades no Orkut em relação à anorexia e à bulimia, por que estas moças obesas também não se mobilizam? Por que estas mulheres estão relatando todo esse alijamento social e não estão se mobilizando?

Porque buscar o padrão equivale a ter sucesso...

É poder participar do jogo social novamente. Por isso eu acho que é uma exclusão socialmente validada, num nível que faz com que o sujeito quase perca a cidadania. Primeiro, porque ele não pode mais transitar, e se sente muito incomodado com o olhar social, que é aversivo em relação às pessoas obesas. Perde a possibilidade de se divertir e de coisas concretas, como se locomover. E por que as pessoas não se organizam? Porque estão com uma doença e uma culpabilização delas mesmas.

Por que cresce a tendência de responsabilização do indivíduo por todos os males que lhe acometem?

Isso é apenas um reflexo de um estado de anomia. O sujeito que é diabético também é responsabilizado. Até já se ouve que “o sujeito fez um câncer”. Vive-se um tempo de casamento muito bem-sucedido entre ciência e medicina, que vai escrutinando esse corpo. O psicanalista Jurandir Freire Porto diz que, daqui a pouco, todo mundo vai estar que nem tartaruga, vivendo 150 anos, cheio de próteses e pinos de titânio. É a viabilização do sonho imemorial do herói. A expectativa de vida só aumenta. Além da responsabilização, tem-se a regulação social, que é muito grande. Isso vai da câmera, da visibilidade, do ver e ser visto para existir socialmente. E a regulação cobra: olha, você tem que se monitorar o tempo inteiro. Ninguém come mais impunemente: são os triglicérides, o colesterol, o açúcar, as gorduras trans... Certamente não é só em relação à gordura que se está sujeito a esse monitoramento constante. Tudo passa a ser uma questão de controle, de disciplina. É como se você dissesse: “Mas como é que a pessoa obesa come, se ela sabe dos fatores de co-morbidade associados à gordura?”. Ou “por que a anoréxica não come, se ela sabe que não comer vai fazer com que ela morra?”. A gente perde de vista que estamos falando de compulsões, de um estado alterado de consciência. (A.D.L.)



INOVAÇÃO EM GESTÃO

Projeto troca lixo por cestas básicas



FOTOS: A.D.

do prédio abrigam cestos para que os próprios funcionários separem os materiais reaproveitáveis. Muitos já se acostumaram a trazer de casa garrafas, papel, papelão e vidros quebrados. “Na segunda-feira, os cestos ficam cheios”, festeja Janete.

A idéia de dar novo destino aos resíduos surgiu de uma constatação: as salas do INCQS estavam acumulando luvas descartáveis e frascos de amostras, por exemplo. Com autorização da diretoria, Janete passou a separar os vidros, limpá-los e repassá-los a artesãos. Um ano depois, a própria direção pediu que o programa fosse ampliado e trabalhasse com outros materiais, como papel, papelão e plástico.

A coleta seletiva (no detalhe, ao alto) e o processo de limpeza do material: economia com respeito ao ambiente

Na contramão da prática de desperdício de recursos públicos, o Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS), unidade da Fiocruz na área de vigilância sanitária, criou um programa simples e eficiente de gerenciamento de lixo que pode servir de modelo para as instituições de saúde. A maior parte do lixo que produz está sendo separada e trocada por cestas básicas, numa prática que tem um resultado paralelo igualmente importante: a despesa com o descarte de resíduos foi reduzida a quase zero.

Idealizado pela química Janete Duarte, responsável pelo Laboratório de Ensaio Físicos do instituto, o Projeto de Gerenciamento de Resíduos Sólidos destina à reciclagem mais de 100 kg de papelão, 40 kg de papel e 30 kg de plástico por mês. Em 2006, o dinheiro obtido com a venda do material rendeu 76 cestas — doadas a hospitais e comunidades carentes — e ainda financiou a confraternização de fim de ano dos funcionários.

Exemplo de inovação em gestão, o programa foi criado em novembro de 2003, três anos antes do Decreto-Lei nº 5.940, de outubro de 2006, que deter-

mina, nas repartições públicas federais, a separação e o envio de resíduos recicláveis a cooperativas de catadores. Outras unidades da Fiocruz — entre elas a Diretoria de Administração do Campus, BioManguinhos e Instituto Oswaldo Cruz — aderiram ao projeto do INCQS.

PENSAMENTO RECICLADO

Além de beneficiar pessoas carentes e ajudar na preservação do meio ambiente, o programa representa uma economia financeira para o instituto. Antes, garrafas de vidro eram usadas para embalar resíduos químicos a serem incinerados. Como cada garrafa de vidro pesa 700 gramas (sem contar a tampa) e a empresa responsável por destruir o material cobra o serviço por quilo, o INCQS gastava muito com a incineração. Hoje, os resíduos são embalados em recipientes de plástico, bem mais leves, e os vidros são vendidos por R\$ 60 a tonelada. “Transformamos o

ônus em bônus”, resume Janete.

A implementação do projeto foi complexa, conta Janete, e exigiu medidas de incentivo aos funcionários. “No começo, foi difícil convencer as pessoas de que o lixo aumentava os gastos do instituto e ainda prejudicava o ambiente”, diz. Agora, os corredores

REAPROVEITAMENTO VARIADO

Os frascos de amostras são vendidos por unidade a artesãos ou doados a universidades e igrejas; os de reagente, ao Projeto de Vidro da Vila Olímpica da Mangueira, que tem convênio com a fábrica Cisper. Ainda são mandados à reciclagem lacres de alumínio, cacos de vidro (de ampolas e lâmpadas), papéis-cartão, papelão e até preservativos — cuja qualidade é testada pelo INCQS. Isopores são doados à creche da Fiocruz, que os reaproveita em atividades recreativas. “Hoje o lixo do instituto é quase zero”.

Janete ressalta que o processo de pré-reciclagem exige cuidados para que não cause acidentes ou risco ao meio ambiente. Os vidros de amostras de hemoderivados, por exemplo, são esterilizados, passam por banhos com diversas substâncias e são novamente esterilizados. Para isso, a química conta com o apoio de sete voluntários, que recolhem e limpam o material, e ainda de uma comissão de administração, responsável pela logística do programa.

“Hoje, esse é um projeto de gestão do próprio instituto, envolvendo muitos funcionários”, destaca. O diretor do INCQS, André Gemal, atesta a importância do projeto: “o trabalho precisa se estender de forma a que a instituição e a comunidade de Manguinhos se beneficiem ainda mais”. (B.C.D.)



Lições das últimas conferências de saúde

Katia Machado

Em julho de 2003, pesquisadores do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social (Lappis/IMS/Uerj) deram início ao projeto *(Re)Visitando as Últimas Conferências Nacionais de Saúde*, sob a coordenação do sanitário Ruben de Araújo Mattos e da professora Roseni Pinheiro. A proposta, contratada pelo Ministério da Saúde, foi a de um estudo comparativo entre as últimas quatro conferências de saúde, visando à preparação da Décima Segunda. Dado o volume do material e o ineditismo do trabalho, a pesquisa foi estendida no tempo e ampliada no conteúdo.

Tomando como base a Oitava, grande marco na história das conferências de saúde no Brasil, por ter sido a primeira vez em que a população participou das discussões, e mais a Nona, a Décima e a Décima Primeira – já pautadas em marcos legais conforme a Lei 8.080/90, que instituiu o SUS, e a Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde em conferências e conselhos de saúde –, o estudo tratou de analisar quatro eixos temáticos por sua pertinência: visão ampliada da saúde; participação da população e controle social; organização dos serviços de saúde; e descentralização.

Os resultados, resumidos no site do Lappis (www.lappis.org.br), foram além do esperado. “Levantou-se um material muito maior do que apresentado no documento do relatório de pesquisa”, sinaliza Ruben.

Além das quatro conferências citadas, os pesquisadores decidiram dar pinceladas sobre a 12ª Conferên-

cia Nacional de Saúde, mesmo não estando isso previsto na pesquisa, pelo conhecimento adquirido na participação como relatores de síntese. Dados importantes que podem ser aproveitados como análise para a preparação da Treze, marcada para novembro deste ano.

EIXOS EM ASCENSÃO

O estudo foi programado em dois grandes blocos: no primeiro, os pesquisadores se debruçaram sobre os relatórios das conferências para uma análise detalhada da totalidade de argumentos, teses, propostas e eixos apresentados; no segundo bloco, depois de feita a categorização dos argumentos, partiu-se para uma leitura transversal, acompanhando como certo argumento, tese, proposta ou eixo manteve-se ou foi mudado da Oitava à Décima Primeira. “A diferença é que este trabalho analisa e compara o conjunto das práticas de conferências, o que antes nunca havia sido feito”, ressalta Ruben. “Nós queríamos identificar o significado que estava adquirindo tal prática de controle social”.

A priori, percebeu-se um número crescente de eixos temáticos. “A Oitava teve três; já a Doze, 10”, informa o pesquisador, para quem tal progressão resultou em relatórios cada vez maiores. Para minimizar o problema que é aprovar um relatório com centenas de propostas – algumas de conteúdos repetidos –, na Doze foi feita uma síntese dos relatórios provenientes das conferências municipais e estaduais. “Nesse momento, conferiu-se um verdadeiro *auê*”, lembra Roseni. Isso porque as pessoas não conseguiam ver seu texto, presente no relatório da municipal ou da estadual, contemplado no relatório da nacional.

No que tange ao eixo “visão ampliada da saúde”, o primeiro a ser analisado, notou-se uma mudança no vocabulário. “O que na Oitava era chamado de visão ampliada da saúde, mais adiante assume formas de intersectorialidade e integralidade”, aponta Ruben. Pelo estudo, percebe-se que a noção abrangente do direito à saúde, ligado às políticas econômico-sociais, e não apenas às políticas tidas como propriamente de saúde, permaneceu até a Nona. Na Décima, surgem as noções de integralidade e intersectorialidade como parte da discussão.

Em outro eixo analisado, “participação da população e controle”, pôde-se perceber também um novo vocabulário ao longo das conferências. São dois termos que se alternam e se complementam na história das conferências de saúde. “O que era chamado na Oitava de participação social passa mais tarde a ser chamado de controle social”, observa Roseni.

Ela destaca como o tema foi visto a partir da Nona: “Nesta edição, temos um fator relevante, que foi o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello”, recorda. “Por este motivo, as formas de participação se recolocam como prática do movimento social de reivindicação e de controle social do Estado”. Segundo ela, há nesta conferência uma inversão de papéis do controle social, por conta da conjuntura política: em vez do controle pelo Estado, passa-se a exigir o controle do Estado. Ainda na Décima e na Décima Primeira, nota-se a noção de controle social no papel de fiscalização do que estava sendo feito pelo Estado, e não o de participação, de como fazer. “Diferentemente da Doze, em sua explosão de práticas e tensões, quando se pôde exercer o limite da participação, tanto que foi o relatório que mais

demorou a ser aprovado”, lembra a pesquisadora (Radis 28).

Segundo Ruben, na Oitava, a participação social era entendida como participação no processo de formulação das políticas, do orçamento e da gestão. “Mais adiante, encontramos uma idéia do controle social sendo definida externamente ao governo”, salienta. “Começa-se a buscar outros dispositivos de controle social, como a necessidade de que se ampliem as relações com o Ministério Público, a disseminação da idéia de conselhos em outros níveis de gestão”.

Na Oitava, portanto, o controle aparecia como apenas um dos aspectos da participação popular. Na Nona, a idéia de controle social começava a seguir uma linha por independência e autonomia dos conselhos e das instâncias representativas da sociedade civil. A Décima, além de manter o encaminhamento da anterior, apresentou o gestor como protagonista do controle. Por fim, na Décima Primeira, a participação já não era mais fiscalização do cumprimento da lei, mas participação na produção das políticas do SUS.

Sobre a “organização dos serviços de saúde”, o estudo pôde constatar que o eixo esteve presente nas discussões de todas as conferências, dando destaque às questões do acesso, da qualidade do serviço, dos modelos de organização e da atenção básica. O acesso apareceu na Oitava vinculado ao direito à saúde. Na Nona, como o direito já estava garantido pela Constituição, a luta foi pela criação de estratégias de ampliação da cobertura da rede de serviços. Nas seguintes, a reivindicação era por mais serviços específicos.

A qualidade foi também abordada nas quatro conferências, quase sempre com destaques negativos, conforme assinalado no estudo. Na Oitava, a má qualidade dos serviços foi atribuída à desorganização do sistema de saúde. Na Nona, com o SUS já criado pela Lei 8.080, reclamava-se do sucateamento do sistema, como também da desqualificação tecnológica e profissional. Tais críticas se repetiram nas conferências seguintes.

A mudança nos modelos de organização do sistema já foi discutida na Oitava sob a ótica da necessidade de se romper a dicotomia entre prevenção e cura, como também a centralização da gestão federal. “O debate culminou na criação do SUS e na idéia de um sistema descentralizado”, agrega Ruben. Da Nona até a Décima Primeira, destacou-se a crítica à prevalência de um modelo medicalizante com ênfase

na cura. Surgia, portanto, o debate acerca da atenção integral. “O que conseguimos perceber nessa análise é que, na Oitava, havia os grandes eixos de valores norteadores, sem a preocupação do detalhamento do ponto de vista da organização”, avalia Ruben. Mais adiante, surge o tema “organização do sistema de saúde”. Em sua opinião, este é o momento em que a sociedade passa a reivindicar demandas específicas. Ou seja, passava-se a lutar por serviços de saúde que dessem conta do colostomizado, por exemplo, como também de outras especificidades.

As mudanças estão intimamente ligadas às conjunturas políticas. Num primeiro momento, segundo Ruben e Roseni, havia problemas de acesso à saúde — daí a Oitava exigir uma organização mais geral do sistema de saúde. Quando o SUS avança no acesso, sobretudo no que tange à Atenção Básica, a sociedade organizada em grupos começa a exigir serviços mais qualificados. Assim, na Décima Primeira, exemplifica Ruben, vêm-se teses múltiplas sobre a Atenção à Saúde, abarcando tanto a luta por bolsas de colostomia como por uma forma humana de tratamento no SUS.

Na Doze, o tema “direito à saúde” acabou ganhando espaço próprio de discussão, tornando-se um novo eixo e permitindo a participação de atores diferenciados em luta pelo mesmo objetivo. “Foi o caso do sistema prisional”, indica Roseni. “Vários grupos entraram na discussão, tanto do movimento de aids quanto das mulheres negras, entre outros”. Segundo a pesquisadora, aliás, esse foi o grande aprendizado da Doze: a mediação dos inúmeros movimentos presentes num só tema.

Em relação ao eixo “descentralização”, na Oitava o tema foi apontado como um dos princípios fundamentais para a operacionali-

zação do novo sistema de saúde que se tentava desenhar. “É um eixo que acompanha muito marcadamente a *démarche* da história do Movimento Sanitário”, aponta Ruben. Na edição seguinte, o eixo foi apresentado com a municipalização. Na Décima, com a Norma Operacional Básica (NOB 96) em vigor, o eixo foi discutido como um caminho que deveria ser seguido gradualmente. Na Décima Primeira, apesar de algumas críticas, foram festejados os avanços e a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde a partir da descentralização.

Colocada de maneira genérica na Oitava, a descentralização permaneceu ao longo do tempo. “É um eixo que não tem ruptura, ao contrário dos outros”, observa Ruben, lembrando que o caminho seguido é evolutivo no percurso das conferências. “A sensação que tivemos é que esse foi o eixo mais pautado pelo Executivo devido à trajetória e à simultaneidade com a conjuntura política”, resume. Ruben ressalta que este eixo permitiu que o Executivo preservasse um grande espaço de diálogo.

Ruben acredita na importância desses estudos para a preparação de conferências. “Mais do que respostas, o projeto nos faz questionar o significado da prática das conferências e como elas afetam o processo de formulação das políticas”, salienta.

Para ele, por um lado, as conferências têm sido a reverberação de políticas que estavam formuladas desde o Executivo. Por outro, parecem ser elementos de disputa de propostas que não estavam colocadas. Aqui, Ruben toca num ponto que muitos militantes da saúde também questionam, e que por isso merece levantamento. “O que ainda não temos claro é: em que medida uma disputa que não estava posta dentro do Executivo e passa na conferência consegue ser por ele incorporada?”. ■

Radis adverte

Investir em saúde é
construir um futuro
mais seguro



7 de abril / Dia Mundial da Saúde

PARTO HUMANIZADO



IMAGENS REPRODUZIDAS DO VÍDEO

Um momento mágico e único

O Ministério da Saúde lança em abril o vídeo *Parto humanizado*, de 52 minutos, produzido pela VideoSaúde – Distribuidora da Fiocruz. O trabalho recupera os debates da 2ª Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, de dezembro de 2005 (*Radis* 43), no Rio de Janeiro. Os depoimentos de profissionais da saúde engajados na filosofia e na prática deste tipo de parto, comum na Europa e no Canadá, são entremeados com cenas tocantes de atendimento a gestantes e parturientes. As imagens iniciais de um parto natural emocionam até os mais experientes e deixam clara uma evidência: o nascimento de uma criança é um momento mágico, único, e pode ser melhor ainda quanto menor a interferência externa.

Iniciativa do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape) da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), o vídeo será distribuído a diversas instituições, inclusive escolares. Dividido em partes, a primeira trata da dor. A parteira domiciliar Heloisa Lessa, em sua fala, garante que

a dor do parto é uma questão cultural de nossos tempos: estudos antropológicos indicam que os partos de antigamente eram mais rápidos e sem sofrimento. Há medicamentos que aliviam a dor, mas os efeitos posteriores para a mãe e para a criança os contra-indicam: uma gestação bem cuidada e os procedimentos do parto humanizado tornam seu uso desnecessário. O bebê também precisa desse rito de passagem natural: um vencedor ao finalmente deixar o útero, é beneficiado pelo “coquetel de hormônios” que o corpo da mãe produz, nas palavras do médico e escritor francês Michel Odent, que também depõe no vídeo.

Na segunda parte, “Acompanhante”, a pediatra-sanitarista Katia Ratto, diretora-substituta do Dape/MS, lembra o pioneirismo da Maternidade Leila Diniz, da Prefeitura do Rio de Janeiro, que em 1994 permitiu à parturiente um acompanhante – recomendação básica no parto humanizado. A própria ReHuNa fora criada um ano antes por profissionais com nova visão do parto e do nascimento. Em 7 de abril de 2005 entrou em vigor a Lei 11.708 – regulamentada pelo ministro da Saúde durante a conferência –, projeto da senadora Ideli Salvatti (PT-SC) que deu à

mulher o direito a acompanhante de sua escolha nos hospitais do SUS.

O obstetra Paulo Batistuta, professor do Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo, reconhece que alguns médicos relutam em aceitar a presença do acompanhante na sala de parto, mas isso, em sua opinião, será superado com o tempo. As doulas, mulheres treinadas que ficam ao lado da parturiente solitária nas maternidades que adotaram a filosofia da humanização, já estão acostumadas. “Elas entendem bem a grandiosidade do momento, entendem bem essa resistência e têm muita paciência com os profissionais que resistem, inclusive médicos”, atesta o professor.

“Um parto bom é aquele em que o bebê nasce bem, a mulher sai feliz e com um mínimo de intervenção possível”, resume Heloisa Lessa. Historicamente, no parto vertical a mulher de pé, de cócoras ou na água tem total domínio da situação, e assume instintivamente a posição que mais lhe convém. No parto horizontal, em que a parturiente fica deitada, o profissional assume o controle. Mas o bebê precisa da gravidade para descer, rodar e nascer, afirma a enfermeira-obstetra



Leila Azevedo, da Casa de Parto David Capistrano Filho, do Rio de Janeiro. “É fisiologicamente mais favorável”. O obstetra João Batista Marinho, do Hospital Sofia Feldman, de Minas Gerais, acrescenta que as contrações são mais eficazes e menos dolorosas no parto vertical.

O parto horizontal tornou-se popular somente a partir do século 18, justamente com o advento da intervenção externa, ou seja, a presença do médico, conta João Batista. Com a falta de informação, que se reflete principalmente no direito de escolha, muitas mulheres nem sabem que o parto humanizado é uma oposição ao parto medicalizado da maioria dos hospitais, informa a apresentadora do vídeo, a repórter Neide Diniz, do VideoSaúde. A mesma desinformação se dá quanto aos analgésicos, tão triviais hoje em dia: segundo João Batista, seu uso aumenta a probabilidade de que a mulher, perdendo o controle da situação, perca também a força das contrações, e mesmo de que o bebê nasça com depressão respiratória, já que os medicamentos passam através da placenta e o afetam.

Leila Azevedo fala das demais práticas invasivas comuns no parto medicalizado. Entre elas, a tricotomia, raspagem dos pêlos pubianos, que representa o contrário do que se apregoa nos hospitais: um risco maior de infecção. A lavagem intestinal também não é recomendada, porque a liberação de fezes líquidas pode contaminar o bebê. Nas Casas de Parto a mulher é incentivada a comer e a beber, pois se liberar fezes sólidas basta uma limpeza, sem risco para o recém-nascido.

Outro procedimento comum, a episiotomia, corte cirúrgico que amplia a abertura da região vulvoperineal no momento do desprendimento da cabeça do bebê, também é raramente usada.

O vídeo trata em seguida do parto cesariana, em que o Brasil é campeão mundial. A Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa máxima de 15% de cirurgias no total de partos. Na rede pública do Brasil, esse índice chega a 40% de cesarianas e, na rede privada, dos partos pagos por convênios de saúde, pode atingir 90% em algumas regiões. Katia Ratto, do Ministério da Saúde, diz que inverter esses percentuais é um grande desafio. “Trata-se de mudança de mentalidade, de mudança cultural, para que os profissionais de saúde abordem o parto de outra maneira”.

O presidente da ReHuNa, obstetra Marcos Leite dos Santos, da Universidade Federal de Santa Catarina, cita as causas — “muito poucas”, e definidas cada vez mais com maior precisão — para uma cesariana: desproporção cefalopélvica (cabeça do bebê maior do que a bacia da mãe) ou implantação baixa da placenta (a placenta na frente do bebê). Pare ele, o parto normal é mais indicado, apesar da crença em contrário, mesmo nas gestações múltiplas ou de risco.

No capítulo “Pós-parto”, o vídeo trata dos cuidados com a mãe e o bebê após o nascimento. O ser humano é o único mamífero que separa filho e mãe depois do parto, lamenta o pediatra Ricardo Chaves, professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Após

o trabalho de parto, a mulher reúne todas as condições para a adaptação do bebê a seu novo mundo: ela está suada, o calor e a energia de seu corpo são justamente do que a criança precisa para a adaptação. O bebê quer calor e a mãe apresenta o “ambiente intra-útero” de tato, cheiro, gosto e audição. Portanto, “lugar de bebê é no colo da mãe”.

Na Casa de Parto David Capistrano Filho, por exemplo, o recém-nascido fica com a mãe: as enfermeiras apenas secam a criança com panos previamente aquecidos. E o cordão só é cortado, de preferência por alguém da família, quando pára de pulsar. Simone Diniz, sanitária da Universidade de São Paulo, agrega que a mulher não deve ser vista como um útero, mas como um ser integral, e essa integralidade tem sido negligenciada. No pós-parto, a mulher precisa de atenção e de cuidados com sua saúde biológica e também emocional.

O último depoimento, de grande impacto, é de Michel Odent, crítico tão intransigente da intervenção no parto que, em afirmação aparentemente paradoxal — na verdade, a defesa da humanização extrema —, até prega a “desumanização” do nascimento. Para ele, a parturiente deve ser protegida de qualquer estímulo externo a seu neocórtex, a parte mais complexa do cérebro. “Precisamos *mamificar* o parto, como mamíferos que somos”. (M.C.)

Mais informações

VideoSaúde

Tel. (21) 3882-9111

E-mail videosaude@cict.fiocruz.br

SARAMPO

Esforço extra contra o vírus que veio de fora



Bruno Camarinha Dominguez

Uma série de informações desencontradas sobre um surto de sarampo na Bahia e um caso posterior em São Paulo levantaram suspeita quanto à reintrodução da transmissão autóctone da doença no Brasil — da qual estava livre desde novembro de 2000. No auge da crise, a *Folha de S. Paulo* atribuiu ao secretário de Saúde da Bahia, Jorge Solla, a confirmação de registros autóctones em municípios baianos. “São falsas polêmicas”, resume Solla. A diretora-substituta do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, Rosa Castália, e a diretora de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da Bahia, Alcina Andrade, negam a informação do jornal.

“A posição oficial do ministério é: não houve transmissão autóctone”, afirma Rosa. Segundo ela, a identificação da cepa que circulou no estado

permite afirmar que a doença foi trazida do exterior. Análise do Laboratório de Sarampo e Vírus Respiratórios do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) concluiu que o vírus que deu origem ao surto é do tipo D4, comum na Europa e na África. Usando como base o critério da Organização Pan-Americana da Saúde para definir registros autóctones, Alcina reitera o dado: “Conseguimos isolar o vírus, provavelmente trazido por um turista estrangeiro, e comprovar vínculo entre os casos”.

Até 13 de março, a Secretaria de Saúde da Bahia contabilizava 55 casos confirmados de sarampo no estado — 33 no município de Filadélfia, 18 em João Dourado, dois em Senhor do Bonfim, um em Irecê e um em Pindobaçu. A ausência de infectados na capital — que atrai maior quantidade de turistas estrangeiros — surpreendeu epidemiologistas. “Prevíamos que a reintrodução do sarampo fosse acontecer nas grandes cidades, por conta do fluxo de pessoas vindas de outros países, mas foi o contrário”, conta Alcina.

Para proteger a população da doença, a Bahia aplicou 954.711 doses da vacina tríplice viral (SRC) — contra sarampo, rubéola e caxumba — até 20

de fevereiro. “Em 40 dias conseguimos imunizar mais que o dobro de pessoas do que em todo o ano passado”, festeja Solla. De acordo com o secretário, o surto no estado está debelado. “Os últimos casos datam de novembro de 2006 e a margem de segurança de mais de dois meses permite afirmar que a epidemia não existe mais”.

SUSPEITA EM SÃO PAULO

O temor da mídia de que o sarampo se espalhasse pelo Brasil após o Carnaval, devido ao grande número de turistas que visitam a Bahia nesse período, não se confirmou. “Essa preocupação não existiu no estado, porque já não surgiam novos casos e a população estava vacinada”, critica Solla. “A imprensa de São Paulo é que tratou a questão de maneira equivocada”. Em janeiro, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo divulgou em seu jornal que era “elevado o risco de disseminação dessa doença para todas as regiões do estado de São Paulo e do país”. Outras publicações repercutiram o alerta. Mas, como o período de incubação médio do sarampo é de 10 dias, o Ministério da Saúde descartou a possibilidade duas semanas após o Carnaval. Uma prova

Transmissão a partir de um genótipo previamente existente no país.

de que a estratégia de vacinação de bloqueio na Bahia deu bom resultado.

Também causou preocupação, no início de fevereiro, o caso de um menino de 2 anos que teria contraído sarampo em Ribeirão Preto, no interior de São Paulo, mesmo sem ter tido contato com pessoas vindas do exterior ou da Bahia. Mas, seis dias depois, a Secretaria de Saúde de São Paulo informou que o caso era um “falso-positivo”. Ou seja, uma primeira análise apontou para a criação de anticorpos contra sarampo, mas a segunda e a terceira (para anticorpo específico da doença) descartaram. De acordo com Telma Carvalhanas, diretora da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória da Secretaria de Saúde, novos exames vêm sendo feitos no menino a fim de detectar sua real doença – que pode ser rubéola ou herpes, entre outras.

Apesar de não haver registros de novos casos de sarampo no país, as secretarias de Saúde se mantêm alertas. “Entramos em contato com os gestores, por meio do Conass e do Conasems, para que divulguem a necessidade da vacinação principalmente para quem for viajar ao exterior”, diz Rosa. São Paulo, por exemplo, orientou os municípios a fortalecerem as ações de busca ativa da doença. Pessoas com febre e manchas avermelhadas na pele que também apresentem tosse, coriza e/ou conjuntivite devem ser monitoradas para sarampo, independentemente da idade e da situação vacinal.

Se alguma cidade brasileira detectar um caso suspeito, deve comunicar imediatamente à secretaria estadual de Saúde, informa a virologista Marilda Mendonça Siqueira, chefe do Laboratório de Sarampo e Vírus Respiratórios do IOC. O sarampo passou a integrar a lista de doenças de notificação compulsória em 1968. Os profissionais de saúde são obrigados a coletar amostra de sangue do paciente e enviá-la para análise no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) de seu estado. “Quando o resultado do teste é positivo, acionamos um grande esquema em todo o país para diminuir o risco de disseminação”, conta Marilda. “É um programa seriíssimo”.

O QUE É SARAMPO

O sarampo é uma doença infecto-contagiosa que acomete principalmente crianças, desnutridos, gestantes e pessoas portadoras de imunodeficiências. Dez dias após a infecção, surgem os primeiros sintomas – febre, tosse persistente, coriza e conjuntivite. Manchas avermelhadas na pele tendem a

aparecer seis dias depois do início das manifestações. Em cerca de 30% dos casos há complicações, especialmente em crianças com menos de 5 anos e adultos com mais de 20. As mais comuns são diarreia, otite e pneumonia – provocadas pelo próprio vírus do sarampo ou por bactérias. Também pode ocorrer encefalite (acometimento do sistema nervoso central), na proporção de 1 caso em cada 1.000.

Altamente contagioso, o vírus é transmitido por secreções respiratórias ou orais – expelidas por tosse, espirros, fala ou respiração. O risco de transmissão é maior nos quatro dias seguintes ao aparecimento das manchas. Não existe tratamento específico para o sarampo. “A vacinação feita até 72 horas depois do contato bloqueia o desenvolvimento da doença”, explica a diretora-substituta do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde. A febre deve ser controlada com antitérmicos e analgésicos sem ácido acetil-salicílico, como na dengue; as complicações bacterianas, como pneumonia e otite, com antibióticos de ação contra o *Staphylococcus aureus*.

CONTROLE MUNDIAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que o vírus infectou mais de 25 milhões de pessoas em 2005 em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento. E, apesar de haver uma vacina eficaz contra o sarampo, a doença é uma das principais causas de mortalidade infantil, segundo a OMS. Dados da organização indicam que cerca de 345 mil pessoas morreram em decorrência da doença em 2005. Nos países em desenvolvimento, a taxa de letalidade por sarampo varia de 1% a 5%, mas nas regiões com população mal-nutrida e de acesso precário aos serviços de saúde a taxa sobe a 30%.

Entretanto, garante relatório da OMS, “há razões para otimismo”. Entre 1999 e 2005, o número de óbitos provocados pela doença caiu 60% – há oito anos eram 873 mil – devido a esforços de imunização. As maiores reduções ocorreram na região oeste do Pacífico (81% no período), na África (75%) e na região leste do Mediterrâneo (62%). Desde 2002 as Américas são consideradas áreas livres de sarampo.

No Brasil, a redução do número de casos começou com a adoção do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, em 1992, que intensificou as campanhas de vacinação. Entre 1968 e 1991, o país enfrentou nove epidemias da doença – só em 1986 foram

notificados 129 mil casos. Em 1997, a última grande epidemia: mais de 50 mil infectados, a maioria no Rio de Janeiro e em São Paulo. A partir daí, as medidas de controle foram reforçadas, com a distribuição da segunda dose da tríplice viral e vacinações de bloqueio, por exemplo. O esforço deu bom resultado: o último caso de transmissão autóctone ocorreu em novembro de 2000; e, entre 2001 e 2005, houve apenas nove casos de sarampo – todos relacionados a viajantes que adquiriram a doença no exterior (Japão, Alemanha e Ilhas Maldivas).

A única medida de prevenção é a vacina tríplice viral, contra sarampo, rubéola e caxumba. A SRC consta no Calendário de Vacinação da Criança para aplicação aos 12 meses e reforço entre 4 e 6 anos. “A tríplice viral é eficaz, mas é preciso que mais de 95% da população suscetível estejam imunizados”, esclarece Rosa. Segundo ela, a cobertura vacinal do Brasil se mantém elevada. “Em outubro de 2006, para a faixa etária entre 12 meses e 4 anos, estava em 96,03%”, informa. A vacina também está disponível, em dose única, para adolescentes e adultos (mulheres até 49 anos e homens até 39 anos). Mas é contra-indicada para grávidas.

Em 2006, o governo federal adquiriu 25 milhões de doses da tríplice viral e da dupla viral (contra sarampo e rubéola). Destas, 4,8 milhões foram aplicadas até outubro. A diferença entre o número de doses compradas e o de aplicadas tem uma explicação simples, de acordo com Rosa. Cada frasco de vacina contém 10 doses e pode ficar aberto por no máximo seis horas. “Se chega uma criança para ser vacinada ao posto de saúde, o profissional é obrigado a abrir um frasco, mesmo que não vá vacinar mais nenhuma criança no período de seis horas”, diz. Por isso, grande parte da vacina acaba perdida. Para este ano, a previsão de compra é ainda maior, devido ao surto da doença na Bahia: 32,7 milhões de doses.

O risco de surgimento de novos casos de sarampo no Brasil continua, já que a cobertura vacinal não atinge 100% da população e o vírus ainda circula em quase todo o mundo. No ano passado, houve surtos na Europa (Alemanha, Belarus, Dinamarca, Espanha, Grécia, Inglaterra, Itália, Polônia, Suécia, Ucrânia) e na Venezuela. “A grande circulação de pessoas pelo mundo favorece a importação da doença, que é muito transmissível”, constata Rosa. Daí a necessidade do fortalecimento das ações de vigilância. 

SERVIÇO

EVENTOS

4º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE



4 CONTECSI

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em conjunto com a Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames) e a Associação Internacional de Política de Saúde (IAHP), o evento apresenta o tema *Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização*. O objetivo é a atualização da discussão sobre a inserção dos paradigmas das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva. **Data** 13 a 18 de julho **Local** Salvador, Bahia **Mais informações** Tel. (71) 3235-6270 (secretaria) **Site** www.congressosalvador2007.com.br

OBS: Esta informação corrige nota divulgada sobre o congresso na Radis 54 (fevereiro de 2007)

INTERNET

A REFORMA SANITÁRIA EM LIVRO

A Secretária de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Segep/MS) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) lançaram em março deste ano o livro *A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do processo participativo*. A publicação reúne a fala de 37 importantes personagens do Movimento Sanitário, entre eles os sanitaristas José Gomes Temporão e Sarah Escorel, pesquisadores da Ensp/Fiocruz, o sociólogo Arlindo Fábio Gómez de Sousa, chefe de Gabinete da presidência da Fiocruz, o ex-deputado federal Eduardo Jorge e a atual presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), professora Sonia Fleury.

O livro está disponível no site do Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>



construcao_do_SUS.pdf) e pode ser solicitado gratuitamente por e-mail (andreza.fialho@saude.gov.br).

OS IDOSOS E OS MEDICAMENTOS

Uso inadequado de medicamentos é motivo de preocupação permanente, pela elevada ocorrência de efeitos indesejados, especialmente entre idosos. Por isso, o Conselho Regional de Farmácia (CRF) do Distrito Federal publicou a cartilha *É hora do remédio. O que fazer?*, com instruções para pessoas idosas e acompanhantes.

A cartilha está disponível no site do CRF do Distrito Federal (www.crfdf.org.br/downloads/cartilha_idoso.pdf).



ESCOLA E DIVERSIDADE

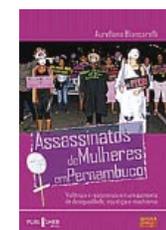
A Unesco, agência da ONU para educação, ciência e cultura, e o Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Ministério da Educação, lançaram em março a publicação *Relações raciais na escola: Reprodução de desigualdades em nome da igualdade*, estudo das pesquisadoras Mary Garcia Castro, da Universidade Católica de Salvador, e Miriam Abramovay, do Observatório Ibero-Americano de Violências nas Escolas.

A publicação está disponível no site da Unesco (unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145993por.pdf).

LANÇAMENTOS

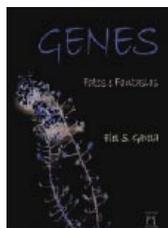
SOCIOLOGIA

Assassinato de mulheres em Pernambuco: violência e resistência em um contexto de desigualdade, do jornalista especializado em saúde Aureliano Biancarelli (Publisher Brasil), chama a atenção



para os índices de homicídio entre mulheres no estado de Pernambuco, que tem a terceira maior taxa do país de assassinato deste grupo, como também para a reação organizada de feministas da região. De acordo com o Fórum de Mulheres de Pernambuco, de janeiro a 21 de novembro de 2006, 275 mulheres foram mortas no estado. Ainda em 2006, as quatro delegacias da mulher de Pernambuco registraram cerca de 10 mil queixas. Estima-se que para cada registro feito outros 20 casos de violência deixam de ser denunciadas, o que elevaria para 200 mil o número de agressões no estado.

GENÉTICA

Genes, fatos e fantasias, de Eloi S. Garcia (Editora Fiocruz), é uma incursão pelo mundo da genética e de promessas, sucessos, fracassos e repercussões sobre a vida e a sociedade contemporânea. O livro trata da genômica e proteômica, genômica comparada, genômica funcional, manipulação genética e agricultura e genes, discutindo responsabilidades e implicações éticas da manipulação genética. Com simplicidade, o autor analisa os avanços científicos e suas consequências para a humanidade. 

ENDEREÇOS

Publisher Brasil
Rua Bruno Simoni, 170
Pinheiros
CEP 05424-030 • São Paulo
Tel. (11) 3813-1836
Fax. (11) 3813-9662
E-mail pbrasil@uol.com.br
Site www.publisherbrasil.com.br

Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4.036, sala 112
Manguinhos
CEP 21040-361 • Rio de Janeiro
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br
Site www.fiocruz.br/editora

PÓS-TUDO



ILUSTRAÇÃO: A. D.

Amazônia na agenda do PAC

Rogério Almeida*

Juscelino Kubitschek com o pé sobre uma árvore na Amazônia. Eis a imagem que pontei quando se espia o retrovisor da colonização recente na região que concentra a maior biodiversidade do planeta. Um vazio aos olhos dos burocratas e executivos de então foi o diagnóstico. A lente da homogeneização hegemônica ficou conhecida como “grandes projetos”. O propósito foi integrar a região ao resto da nação. Há quem diga que a floresta foi amansada na pata do boi. Ainda não sabe se bipede ou quadrúpede.

*Mestre em Estudos Amazônicos, colaborador do Fórum Carajás (www.forumcarajas.org.br).

Institucionalidades germinaram num horizonte marcado pelo patrimonialismo. Grandes porções de terras foram submetidas ao capital privado, selando a associação com o Estado. Na prova dos nove os “nativos” não passaram (passam) de meros detalhes ou entraves a serem sanados. A renúncia fiscal foi a espinha dorsal do programa de ocupação. Ou seria invasão? Assim empresas do Centro-Sul e multis dominaram territórios e definiram o uso da base natural. Era externa a bússola do projeto. Os passivos sociais e ambientais saltam aos olhos. Parecem nunca salientados nas pranchetas.

Se naquele momento as costelas da dorsal eram pólos de produção, o que se verifica atualmente são eixos. A matriz das instituições ainda segue o mesmo verniz conservador. Hierarquizado, indiferente aos agentes locais, à diversidade social. A única possibilidade do desenvolvimento insiste na linearidade. Como se a

mesma árvore não pudesse ser percebida por diferentes ângulos/olhares: indígena, ribeirinho, sem-terra, assentado, madeireiro, pesquisador, artesão.

O ora debatido Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) parece seguir a mesma trilha já palmilhada na Amazônia. Vão passar o rodo, exercita um ente da base da pirâmide. Destruar é a palavra da cidade de Juscelino. Estão indiferentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cevado ao longo dos anos de verticalização de projetos na região.

No caso do Pará, que ocupa posição relevante na balança de exportação por conta do minério, os males do modelo que insiste no uso intensivo dos recursos naturais imprimem desastres. É o estado top em trabalho escravo, execução de

dirigentes sindicais e pares em defesa da reforma agrária. Não menos desconfortável é a posição na cota de desmatamento, em que, com outros estados, integra o arco de desmatamento. Destruição que tem na siderurgia um dos impulsionadores. De passagem no sul-sudeste do Pará e oeste-sul do Maranhão, as carretas de carvão serpenteiam a perder de vista. Ilegais, em sua maioria.

O plantio do exótico segue a subjugar a floresta. A transformar modelos de reservas em ilhas cercadas de soja por todos os lados. Como ocorre no Parque do Xingu, em Mato Grosso, e no Parque do Mirador, no Maranhão. Mas, quem vai se importar com alguns índios, trabalhadores rurais, pescadores, extrativistas e seus pares? Como declarou um planejador dos tempos do regime militar em revista do Centro-Sul.

A promessa de desenvolvimento é possível com a raquítica fatia de investimento em ciência e tecnologia? A região que concentra 61% do território nacional divide 1% dos recursos? É apenas com obras de infra-estrutura, incentivo a monoculturas exóticas, que comprometem os recursos hídricos por conta do uso intensivo de venenos que se alavancará a região da sua condição de periferia de um país periférico?

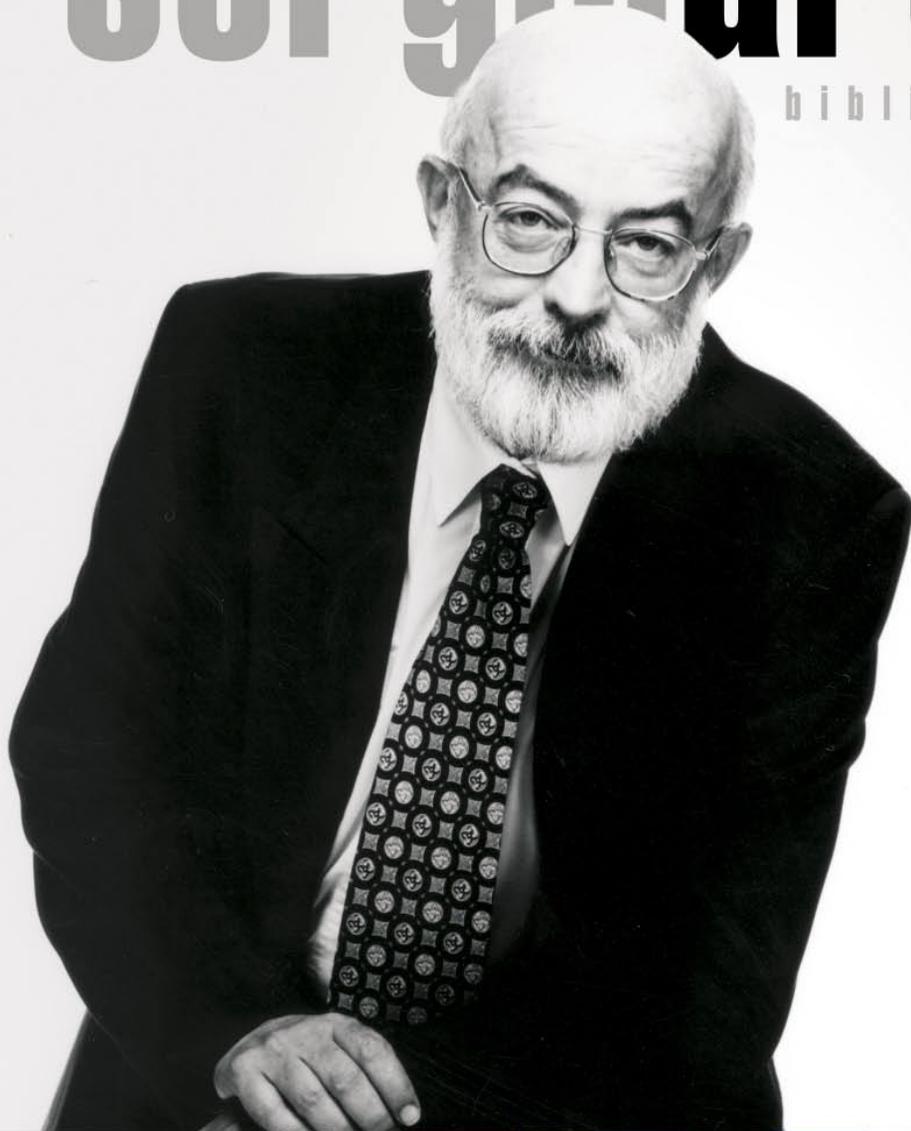
O diapasão dos grandes meios de comunicação segue o mesmo tom. Pena não ser Jobim. Destruar é o verbo. E que se danem os periféricos. Como já ocorre em Santarém no Pará por conta da soja, numa refrega entre multis e camponeses. Bem como em Moju, município do mesmo estado, numa peleja que envolve a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) e quilombolas, e ainda as hidrelétricas no Tocantins. Aspirinas e propaganda, que alguns chamam de responsabilidade social, tem sido o lençol para ocultar as feridas. É branco o lençol. E o sangue, nódoa forte.

Mas o mundo vai bem, obrigado. Apenas nuvens cinza nublam o futuro do planeta. O que antes era coro de gente “chata” que “não tinha o que fazer”, “adeptos de agentes que não desejam o desenvolvimento do país” parece que bateu à porta dos definidores do modelo, que sentem cheiro de ameaça de redução de faturamento em suas planilhas.

O mundo grita. E até os ricos começaram a se importar com isso. Até os grandes meios de comunicação já agendam o assunto. Cada um a seu modo. 

sergio arouca

biblioteca virtual



- A trajetória do médico sanitарista e militante do movimento da reforma sanitária brasileira
- Ensaio biográfico
- Base de dados com textos completos ou localização dos documentos originais
- Acervo multimídia com imagens, vídeos e arquivos sonoros



<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br>