

NESTA EDIÇÃO

### Rumo à Treze

Canal Saúde abre espaço interativo de preparação para a 13ª Conferência Nacional de Saúde

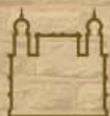
### Diabetes

Doença é a quarta causa de morte e está mal controlada no Brasil

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 59 ♦ Julho de 2007

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

[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Impresso  
Especial

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

...CORREIOS...



## Atenção Básica

A saída é botar abaixo  
esse muro de obstáculos  
(palavra de sanitarista histórico)

# Perfil mais jornalístico



Repórter, redator e editor das publicações *Súmula*, *Tema*, *Dados* e *Proposta* a partir de 1987, Álvaro César Nascimento assumiu em 1992 a coordenação do Programa RADIS – que só deixou em 2001, para ser assessor da Vice-Presidência de Desenvolvimento Institucional, Informação e Comunicação da Fiocruz.

Nascido em Niterói (RJ), formou-se em Jornalismo na Universidade Federal Fluminense em 1979 e concluiu mestrado em Saúde Coletiva em 2003 no Instituto de Medicina Social da Uerj. Sua dissertação – *Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Isto é regulamentação?* – analisa o frágil modelo regulatório da propagação de medicamentos no Brasil. Foi pesquisador e redator do Projeto Descentralização Online, do Departamento de Ciências Sociais (Ensp/Fiocruz), e coordenador do subprograma de Informação e Comunicação em Vigilância Sanitária do Convênio de Cooperação Técnica entre a Ensp e o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio. Desde 2005 coordena a página na internet do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária (Cecovisa/Ensp).

## Como foi sua chegada ao RADIS?

Eu trabalhava no jornal *O Globo* cobrindo matérias sobre ciência e tecnologia e passei a frequentar a Fiocruz, quando então Ary Carvalho (ex-coordenador do RADIS), em nome de Sergio Arouca, me convidou para vir trabalhar na Fundação. Assumi a coordenação da comunicação social da presidência e, na mesma época, recebi um convite para estudar em Cuba durante quatro meses. Quando voltei, já fui direito para o RADIS com o objetivo – proposto por Arouca – de transformar o programa num meio de comunicação que traduzisse a concepção e a lógica do projeto da Reforma Sanitária.

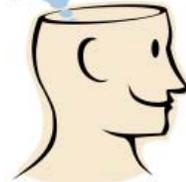
## Qual era a dificuldade maior?

Precisávamos atingir cada vez mais amplamente a sociedade civil. Não era fácil, com tão poucos recursos. Mas conseguimos aumentar de três mil assinantes para 10 mil, depois 20 mil, até chegarmos a 40 mil assinantes. Acho que uma outra dificuldade foi convencer principalmente a comunidade acadêmica de que o RADIS precisava de uma cara mais jornalística. Alguns criticavam, dizendo que as matérias não aprofundavam o tema como exigia o conhecimento acadêmico. Conseguimos superar as críticas, sempre como apoio da presidência da Fiocruz e da direção da Ensp. O RADIS conquistou seu espaço e passou a ser reconhecido, sobretudo, pela aproximação com o movimento sanitário e do movimento com a sociedade organizada.

## Houve mudanças editoriais na sua coordenação?

Não houve grandes mudanças. Editorialmente, sempre deixamos claro que a nossa camisa era a do setor público, independentemente de governos mais à direita, mais à esquerda ou mais ao centro. Essa sempre foi a cara reconhecida e assumida do RADIS.

25 ANOS DE PENSAMENTO SANITÁRIO



RADIS  
1982  
2007

Mas você enfrentou um período difícil...

Não podemos esquecer a conjuntura política de 1992, logo que assumi a coordenação, quando o presidente da República era ainda Fernando Collor e o ministro da Saúde, Alcenir Guerra. Acho que conseguimos, nesse ano, editar uma única publicação. Não foi por vontade própria, com certeza, mas porque, na época, a Fiocruz sofreu intervenção do governo e, estando o RADIS ligado à presidência, além da Ensp, os investimentos desapareceram, impedindo que pudessemos trabalhar devidamente.

Para completar, veio uma ordem de Brasília dizendo que nossas pautas deveriam ser aprovadas pela comunicação social de lá, já que o programa era da Fiocruz que, por sua vez, era parte do Ministério da Saúde. Mesmo assim, desconsideramos o recado e fizemos esta única publicação com o pouco dinheiro que tínhamos.

## Foi a fase mais difícil?

Nossas relações com o governo Collor eram muito complicadas, mas não foi tão melhor antes dele. Lembro da época do governo José Sarney (1985-1990). Eu ainda não tinha assumido a coordenação, mas presenciei o que acontecia como editor das publicações. Em 1988, por exemplo, a nova Constituição aprovou a descentralização do sistema de saúde. O antigo Inamps perderia sua função e, paulatinamente, hospitais e postos de saúde passariam aos municípios. José Gomes Temporão (atual ministro da Saúde), pesquisador da Ensp que era coordenador do Inamps, escreveu um texto para o RADIS sobre isso, dizendo que o Inamps seria tão mais competente no movimento de descentralização quanto mais rapidamente fosse extinto. Na época, recebíamos financiamento do Inamps, que foi imediatamente cortado. Ficamos a pão e água por um bom período, até que conseguimos recursos da Secretaria de Saúde de São Paulo e da própria Fiocruz.

## E como conseguiam dinheiro antes disso?

Tentamos até na iniciativa privada. Quando Ary (Carvalho) era o coordenador, fui com ele a algumas empresas que *a priori* não tinham conflitos de interesse com a saúde. Foi um fracasso. Tudo melhorou em 1993, depois da crise do governo Collor, quando a Ensp inseriu os custos do RADIS em seu orçamento, dando estabilidade ao programa.

## E o espírito da equipe?

A equipe merece um destaque especial nesse processo de 25 anos. Existia respeito e cumplicidade. Todos vestiam a camisa da esfera pública. E foi essa cumplicidade que ajudou a nos manter nos momentos de crise.

## Em sua visão, qual é o papel do RADIS?

O RADIS sempre teve quatro papéis estratégicos e importantes: o primeiro é a capacidade de traduzir o linguajar e a lógica da saúde pública e o ideário da Reforma Sanitária, de que saúde é o resultado das condições de vida; o segundo, o de aproximar a academia dos serviços e vice-versa; o terceiro é afirmar que tem um lado, o da Saúde Pública; e o quarto é ser provocador, ou seja, questionar e refletir o que a princípio está estabelecido. Cumprir esses papéis e ser contemporâneo como sempre foi o RADIS é um grande desafio em um país que muda lentamente. (K.M.)

# Muralhas de Jericó

Arouca trouxe Ary, que convidou Álvaro — como registra o depoimento ao lado —, que chamou Marcus Barros Pinto e ambos me fizeram vir para o RADIS. Éramos colegas de redação de *O Globo* e agora tínhamos nova missão: fazer jornalismo pela saúde pública. Álvaro disparava sua crítica mordaz e Marquinhos — posteriormente editor-chefe do *Jornal do Brasil*, antes da decadência (do JB, é claro!) — tecia seu texto brilhante e bem-humorado, enquanto eu iniciava nossas grandes reportagens nos estados e municípios. Enquanto você lê este editorial, novos repórteres da revista *Radis* preparam “a volta” ao cenário de duas dessas antológicas matérias. Mas isso é assunto para a edição comemorativa de agosto. A propósito, quem estiver no Rio na tarde do dia 22 de agosto está convidado. Vamos celebrar nossos 25 Anos refletindo sobre pensamento e práxis em duas fundamentais conferências: sobre Comunicação, fala Muniz Sodré, e sobre Saúde, Gastão Wagner.

Nesta edição, destacamos debates entre renomados sanitaristas realizados na Ensp/Fiocruz sobre a Estratégia de Saúde da Família. O que seria um aprofundamento nas características da Atenção Básica em Saúde no Brasil — “há tantas atenções básicas quanto as realidades regionais e microrregionais, das periferias urbanas à saúde indígena”, iniciou um palestrante — tornou-se um impressionante exame de todos os problemas, obstáculos e estratégias desviantes que conformam hoje uma grande e densa muralha, que determina os insucessos, salvo raras exceções, da Atenção Básica e, para alguns, até do próprio Sistema Único de Saúde. Surpreendeu (ou não) o alto grau de autocritica e desilusão. Mas, também, de indisfarçável esperança.

A humanidade erigiu muitos muros. Dos chineses contra os povos do Norte, dos

alemães contra os alemães, dos estadunidenses contra os mexicanos, dos israelenses contra os palestinos.

Mas uma imagem das histórias bíblicas que minha mãe contava sempre ficou na minha cabeça: o mito, a idéia de que as enormes muralhas que protegiam uma cidade, Jericó, pudessem ruir pelo efeito do som das trombetas das tribos unidas, guiando o grito forte e aberto dos homens comuns. “Tocando-se longamente a buzina de carneiro, ouvindo vós o som da buzina, todo o povo gritará com grande grita: e o muro da cidade cairá abaixo, e o povo subirá nele, cada qual em frente de si”, narra a tradição hebraica. Como poderia um sistema sólido de obstáculos articulados ceder apenas ao som dos clarins e ao sentido das vozes roucas e incansáveis? Que poder é esse, o da vontade proclamada? Como poderia o sentido das palavras mover ou fazer mover o estabelecido, as barreiras? Nunca entendi, mas não desacreditei. De alguma forma, essa dúvida e o desejo me fizeram repórter, jornalista.

Quando vejo o gigantismo do sistema de doença implantado durante séculos no Brasil, suas raízes determinantes, suas velhas barreiras oligárquicas e as novas plutocráticas, a argamassa das resistências do mercado e das corporações, as muralhas que obstaculizam os avanços desafiadores da Saúde que requerem transformações e dos mais sutis, que implicam apenas o trato mais humano, me pergunto o que faz alguém acreditar numa Reforma Sanitária. Penso no que torna alguém um sanitarista e que som têm seus clarins e que sentido têm suas palavras para demover as novas muralhas.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

- ♦ Perfil mais jornalístico 2

## Editorial

- ♦ Muralhas de Jericó 3

## Cartum

- 3

## Cartas

- 4



- Súmula 7



- Toques da Redação 9

## Sala de convidados

- ♦ Programa do Canal Saúde tira dúvidas sobre a conferência 10

## Radis adverte

- 10

## Diabetes

- ♦ Controle ainda é baixo no Brasil 11

## Debates na Ensp/Fiocruz

- ♦ A dívida com a Atenção Básica 12

## Serviço

- 18



## Pós-Tudo

- ♦ Que vida? 19

## CARTUM





## CARTAS

### PÓS-TUDO SIM



Tive acesso à *Radis* na 8ª Conferência Distrital de Saúde da AP3 (Paciência, Santa Cruz e Sepetiba/Rio de Janeiro), da qual fui o mestre de cerimônia, e fiquei muito satisfeito com a dinâmica e o conteúdo expostos nas edições 56 e 58. Felicito toda a equipe pela

beleza e a qualidade do conteúdo, principalmente nas notas Toques da Redação "Propaganda 1, 2 e 3" e do artigo de Sonia Fleury, com o título "Aborto: descriminalizar para prevenir", em que a autora consegue provocar profunda reflexão sobre o tema. Como militante de movimento religioso afro-brasileiro e diretor de um periódico, sempre fiz campanha com os seguintes dizeres: "Mãe, diga sim à vida e não ao aborto!", e vi no artigo uma forma eficaz de encaminhar a discussão do tema.

♦ Paulo Mendonça, Rio de Janeiro, diretor-geral do *Real Notícias* e idealizador da Mídia Comunitária

### PÓS-TUDO NÃO

Creio que tudo na imprensa tem um propósito. Quase não consegui terminar de ler o Pós-Tudo da *Radis* nº 58. Não acreditava no que estava lendo. Sei que o texto foi ali colocado para a reflexão de cada profissional e não posso entender como um profissional de saúde, ou mesmo a autora do texto, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de

Saúde, pode dizer (com base no título e na conclusão) que é a favor da descriminalização do aborto para prevenir. O profissional de saúde vende serviços para a saúde, para a vida, para uma melhor qualidade de vida. Saúde, vida e qualidade de vida são antônimos de aborto. Somente discutir razões ou rever decisões não isenta do ato que possivelmente será gerado depois (o aborto). Que tal, pegando um gancho da fala da ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, pensarmos: "Nós nos centramos em nossos direitos, e não nos das futuras gerações".

♦ Vilton Cordeiro de Souza

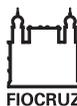
### AINDA A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Olá, colegas! Sou (primeiro e único) nutricionista da Secretaria de Saúde de Araraquara/SP, município com quase 200 mil habitantes. Como assinante, fico exultante quando recebo meu exemplar e nele encontro informações sobre o escopo de minha profissão. Qual não foi minha surpresa, entretanto, ao me deparar, na seção Cartas da edição nº 58 (junho/07), com o texto de Cláudia Kamel, mestre em Ensino em Biotecnologia e Saúde.

Ao comentar o lançamento, pela CGPAN/Ministério da Saúde, do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, ela se diz "(...) perplexa em constatar que as ações para a população ainda estejam totalmente voltadas para o cidadão de classe média, pois os das classes mais populares ou aqueles situados abaixo da renda mínima mensal não podem (apesar de muito desejarem) sequer pensar em adotar nenhuma das propostas sugeridas por tal guia".

Não posso concordar com ela — e devo extravasar minha indignação com esse, ao meu ver, ponto de vista equivocado da referida missivista (que, parece, quer comida de pobre para pobre). Tenho como premissa profissional (explicitada no Código dos Nutricionistas) o compromisso de "(...) reorganizar as propostas nutricionais que tivessem em mente o brasileiro comum, de baixa renda" (nos termos em que Cláudia Kamel se expressou). Por isso, quando ela pergunta se "(...) estaria de fato o governo federal genuinamente interessado na melhoria

## 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](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

### PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco

**USO DA INFORMAÇÃO** — O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

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 e Fábio Renato Lucas

Informática Osvaldo José Filho e Gabriel  
Bittencour Cardoso (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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

### Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

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.

da qualidade de vida de todos os brasileiros de forma equânime, geral e irrestrita?”, ousou dizer, com base nos esforços da CGPAN/MS (entre os quais, a elaboração do *Guia*), que, sim — o governo busca melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, de forma equânime, geral e irrestrita.

Toda reflexão é bem-vinda, por isso a manifestação me instigou a escrever este texto. Aqui, preciso me socorrer da carta vizinha à da Cláudia, escrita por Wanessa Françoise da Silva Aquino, nutricionista de Juiz de Fora/MG. Como bem salientou Wanessa, “Há de se sensibilizar nossos gestores para que percebam que a transição nutricional é problema de saúde pública que precisa de investimentos em recursos humanos e financeiros”. E aproveito para lhes falar um pouco do meu cotidiano profissional.

Atuo no âmbito das Unidades Básicas de Saúde desenvolvendo processos de educação nutricional e orientação alimentar. A clientela — usuários do SUS — se compõe de diabéticos, hipertensos, gestantes, obesos e beneficiários do Programa Bolsa-Família. O *Guia* e todas as demais publicações da CGPAN são muito pertinentes para o meu trabalho — e cabe a mim tornar suas recomendações compreensíveis para essa clientela atendida. Portanto, amiga Cláudia, não gastemos munhão em alvo errado — e treinemos nossa pontaria. Saudações!

♦ Gilmar de Souza Pinto, Araraquara, SP

Quero parabenizar a *Radis* nº 56 pela brilhante matéria “Um padrão bem pouco saudável”, que abordou de forma clara diversas questões importantes, como distúrbios alimentares e transição nutricional. Felizmente, já existe um despertar para a fundamental relevância da alimentação e da educação nutricional na infância, pela atual obrigatoriedade de contratação do profissional nutricionista nos municípios, como responsável técnico do Programa Nacional de Merenda Escolar. Acredito que, seguindo essa tendência, a implementação da Educação Nutricional como disciplina básica do Ensino Fundamental seria ferramenta poderosa na prevenção de distúrbios alimentares e doenças crônicas de grande prevalência na atualidade, como diabetes, hipertensão e obesidade, pois alimentação se aprende, e os hábitos alimentares são formados na infância.

Outro ponto importante é a presença do nutricionista no Programa

Saúde da Família (PSF), já que é o único profissional habilitado para prescrever a dietoterapia qualitativa e quantitativamente adequada e individualizada no tratamento de várias patologias, entre elas, as “campeãs de audiência”: dislipidemias, obesidade, diabetes, hipertensão, cardiopatias e distúrbios carenciais. O governo, levando em conta a redução dos gastos em medicamentos e serviços de saúde com uma população devidamente orientada nutricionalmente, já deveria ter posto o nutricionista como integrante obrigatório das equipes.

Espero que esse despertar seja gradual e envolva toda a sociedade, os profissionais de saúde e as autoridades competentes. Parabéns à *Radis* e espero que outras matérias relevantes sobre alimentação e saúde sejam abordadas posteriormente.

♦ Raquel Bezerra Barbosa, nutricionista em Serra Branca, Brejo do Cruz e São José do Brejo do Cruz, PB

#### PAC SEM SAÚDE



Um tour pelo Brasil, assim defino minha leitura da Súmula desta revista. Vocês sempre me impressionam com a densidade e a qualidade do conteúdo. Não é de se espantar que matérias como “Previdência: a falsa crise?”, publicada na *Radis* nº 43, apresentada na Súmula da revista, seja reportagem de capa em edições posteriores, como acontece na *Radis* nº 48, intitulada “Que crise é essa?” Gostaria de ver reportagem sobre a não-inclusão dos profissionais de saúde no Programa de Aceleração do Crescimento. Seria possível crescer sem investimento no setor Saúde?

♦ Matheus Vieira Alves, estudante de Enfermagem, Visconde do Rio Branco, MG

#### DENGUE EM MS

Sou estudante do quarto ano de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e assinante da *Radis*. Quero levá-los a refletir sobre o comentário do ex-ministro Agenor Álvares (*Radis* 55, Súmula), de que os municípios afrouxam na fiscalização. Moro em Três Lagoas por causa da faculdade e atuo como voluntário no PSF da Vila Paranapungá, e acompanho de perto a situação da doença em nosso município.

Não sou simpatizante de política nem filiado a partido, mas sou obrigado a reconhecer que a prefeita de nossa cidade faz um bom trabalho no combate à dengue. Ela pediu ajuda a moradores, agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e uniú-os em mutirão para limpeza de terrenos baldios e quintais; chegou até a ameaçar com multa quem não mantivesse a limpeza. Ficou mesmo na ameaça, pois como penalizar financeiramente moradores que recebem salário mínimo? A prefeitura borrrifa inseticida em dias pré-determinados e não deixa faltar nas unidades de saúde os medicamentos para o tratamento paliativo.

O problema é que solo e clima de nossa região são propícios à proliferação do vetor, o que se reflete no aumento de casos. Quando há um declínio no número dos casos, podemos associar ao ciclo de vida do mosquito, que é relativamente curto; mas, basta termos chuva que subirá o número de vetores e novos casos surgirão.

♦ Ademir Santana, Três Lagoas, MS

#### NO RADIO

Tenho o privilégio de receber a *Radis*, que tanto me auxilia na profissão. A revista vira notícia nas rádios locais, pois transmito as informações em entrevistas. É desta forma que devemos trabalhar educação em saúde no Brasil.

♦ João Lopes Martins, enfermeiro, Serra Branca, PB

#### PSF E MUITO AMOR

Sou assinante do RADIS há muitos anos e adoro a revista. Sou enfermeira de PSF no município de Monte Carmelo. Comecei um trabalho de alongamento, em princípio com pessoas da 3ª idade. Começamos com 15 pessoas da área do PSF, duas vezes por semana. Os resultados da terapia começaram a surtir efeitos benéficos

e a novidade a se espalhar. Hoje temos três sessões por semana, com média de frequência de 150 pessoas da cidade inteira, de todas as idades, com os mais diversos problemas.

Da depressão a limitações de movimentos, as pessoas relatam o quanto conseguiram melhorar. Nas aulas há um pouco de tudo: relaxamento com música, terapia da convivência em sociedade e melhora da auto-estima, tendo como único objetivo o de sermos felizes com os problemas que temos. A cada testemunho me emociono por pensar que com um ato tão pequeno podemos fazer muito pelas pessoas. São testemunhos verdadeiros de cura de depressão, melhora na qualidade de vida, elogios dos médicos etc. Mas o que mais me emocionou foi o caso de um senhor de 80 anos, que disse que não conseguia calçar a meia sozinho, dependia sempre de alguém que o fizesse. Hoje, graças ao alongamento, faz isso sozinho.

Gostaria de convidá-los a conhecer nosso trabalho e se possível divulgar entre as outras equipes de PSF que se pode fazer muito, com pouca atitude, sem custo, sem exageros, somente doando muito amor.

♦ Mirian Bovi Borba, UBS/PSF-4, Bairro do Carmo, Monte Carmelo, MG

#### EDUCAÇÃO E TORMENTOS

Estou cursando Pedagogia e considero Psicologia uma disciplina polêmica. Lendo a coluna "Transtorno obsessivo compulsivo cresce no mundo" (*Radis* n° 55), observei que alguns fatores podem contribuir para o TOC, como educação baseada em padrões rígidos, carências afetivas, ausência de limites. É uma reflexão para todos que, de certa forma, contribuem para a educação do ser humano, pois temos o "poder" de fazê-la ser um momento inesquecível ou torná-la um contínuo tormento na vida. Parabéns à equipe, sucesso para vocês!

♦ Mariza Rückert, Joinville, SC

#### CAMPEÃO OLÍMPICO

Gostaria de agradecer a divulgação da 3ª Olimpíada Brasileira da Saúde e Meio Ambiente (*Radis* n° 51), quando tomei conhecimento do evento e pude participar. Fui vencedor da Regional Minas/Sul na modalidade Produção Literária, e agora estou embarcando para o Rio representando minha regional na final olímpica. Espero vocês na cobertura deste fantástico evento. Até breve!

♦ Luiz Gabriel Barboza, Nova Olímpia, PR

#### AGENTE DE ENDEMIAS

Senhores, não sou funcionário público municipal, mas foi o que indiquei no cadastro do RADIS por falta de opção no quadro de profissão – o mais próximo do meu trabalho que encontrei. Sou agente de endemias, só que o serviço é terceirizado. Reconheçam essa categoria, por favor. Obrigado.

♦ José Evilardo Carneiro, Amontada, CE

☑ *Caro José Evilardo, o RADIS reconhece, é claro. O programa de computador que usamos no cadastro é que não detalha cada categoria, mas vamos tentar adaptá-lo.*

#### EXTRACURRICULAR

Sou formado em Biologia, pós-graduado no ensino de Ciências Biológicas e atualmente estou cursando o quarto período de Farmácia, onde tive a oportunidade de conhecer, por meio de uma professora, a revista *Radis*. Gostaria de agradecer, já que acabei de receber meu primeiro exemplar. Essa revista tem grande importância para os leitores da área de saúde. Mostra-nos conhecimentos que não são passados aos alunos na graduação, por não estar incluída no currículo.

♦ Flaviano F. de Lima Silva, João Alfredo, PE

#### DIREITOS DA CRIANÇA



Conheci a *Radis* por um amigo Cassinante, pela matéria sobre o Conselho Tutelar (*Radis* n° 44). Na época terminava meu segundo mandato como conselheiro tutelar e coordenador dos Conselhos Tutelares da Região Serrana Fluminense, encerrado em março/2004. Ressalto também

"Aqui nós somos seres humanos" (*Radis* n° 57), assunto que sempre merece debate para que a população conheça a aplicação dos Direitos da Criança e do Adolescente.

♦ José Luiz Gripp, Nova Friburgo, RJ

#### SENSIBILIDADE NO SUS

Cadastrei-me no sistema para receber a *Radis* devido ao meu grande interesse pelos assuntos publicados. Sou instrutora de ioga e estudante do 6º período do curso de Educação Física e acredito no processo de humanização do atendimento. Meu trabalho de conclusão de curso será relacionado à Saúde Pública: pretendo desenvolver um tema relacionado à sensibilidade.

♦ Valéria Werneck, instrutora de ioga, Juiz de Fora, MG

#### RECICLAGEM

Como sempre, a cada edição esta revista fica melhor. Parabéns! Formidável a iniciativa da química Janete Duarte no gerenciamento do lixo (*Radis* n° 56). Isto é reciclar idéias. Se o homem soubesse que poluiria o planeta, reciclaria as idéias! Vale a pena este trabalho, com todo o processo de pré-reciclagem (esterilização, banhos, esterilização). Vale a pena apenas para o INCQS, por ser um laboratório, ou para qualquer instituição de saúde? Artigos sobre a inter-relação saúde e meio ambiente deveriam existir com maior frequência.

♦ Vilton Cordeiro de Souza, Itaperuna, RJ

☑ *Prezado Vilton, a iniciativa vale para todos, basta adaptar-se o material.*

#### ALÔ, BRASILENSES

Gostaria de saber se existe alguma instituição que trabalhe com reaproveitamento de garrafas de vidro aqui em Brasília/DF. Estou precisando de garrafas para levar adiante um projeto elaborado com os alunos e sem as garrafas não será possível. Conto com a ajuda de vocês.

♦ Cristiane Prados, professora primária, Brasília

#### 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

## MALÁRIA EM SÃO PAULO

O estado de São Paulo registrou 57 casos autóctones da forma mais branda da malária (provocada pelo *Plasmodium vivax*) desde o último trimestre de 2006, na capital e em outras cinco cidades (Bertioga, Juquitiba, Pedro de Toledo, São Sebastião e Ubatuba). O número é quase sete vezes maior do que o de 2004 (8), e duas vezes maior do que o de 2005 (24). Desde 1993, o estado não ultrapassava os 30 casos. O Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde afirmou que não há motivo para alarme.

Segundo Maria de Fátima Ferreira da Cruz, chefe do Laboratório de Pesquisas em Malária da Fiocruz, o problema é que muitos profissionais de saúde confundem os sintomas da malária com os da dengue, o que atrasa o início do tratamento. “É fundamental que perguntem ao paciente por quais estados passou nos 15 dias anteriores”, diz. Caso o indivíduo tenha estado em área endêmica, recomenda-se que faça exame parasitológico. Maria de Fátima também sugere que seja evitado o contato com o vetor, usando repelente e roupas compridas ao entrar em matas fechadas, principalmente na Amazônia Legal.

## REUNIÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) pela primeira vez depois das eleições estaduais do ano passado, quando algumas ganharam novos gestores, se reuniu para a sua 6ª reunião geral, entre 25 e 27 de abril em Vila Velha no Espírito Santo. O encontro tratou das diretrizes da educação profissional em Saúde, do Pacto de Gestão do SUS e do Programa de Integração da Educação Profissional ao Ensino Médio na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (Proeja).

Foram também apresentados os resultados da pesquisa “Diagnóstico das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)”, encomendada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Segundo Isabel Brasil, vice-diretora de Pesquisa e De-

envolvimento Tecnológico da EPSJV, as principais tendências identificadas nessa pesquisa foram: uma significativa ampliação da capacidade de descentralização de cursos das ETSUS; e um aumento do número de cursos técnicos acompanhado pela diminuição dos cursos de formação inicial.

## O BRASIL NA 60ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL



A 60ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), ocorrida entre 14 e 23 de maio em Genebra, na Suíça, reunindo representantes dos 193 países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre eles o Brasil, tratou de temas como gripe aviária, combate à malária, controle da tuberculose e da leishmaniose, destruição dos estoques do vírus da varíola, erradicação da poliomielite, uso racional de medicamentos, redução de danos provocados pelo uso do álcool e desafios da saúde em um mundo globalizado. Outro tema tratado foi a construção de um plano de ação global contra o câncer. Afinal, de acordo com dados da OMS, dos 58 milhões de mortes em 2005, 7,6 milhões – ou seja, cerca de 13% – foram causados por câncer. E mais de 70% de todos os casos fatais ocorreram nos países pobres ou em desenvolvimento.

Na área de inovação e propriedade, o Brasil conquistou importante vitória. O país propôs que a OMS preste assistência técnica e normativa às nações que desejem recorrer a medidas que ampliem o acesso a

medicamentos, como o licenciamento compulsório. Rejeitada pelos Estados Unidos, que abandonaram a votação, a proposta acabou aprovada pela maioria dos integrantes da OMS, especialmente dos países em desenvolvimento. Segundo o texto, os direitos de patente não podem se sobrepor aos interesses da saúde pública.

A resolução também abre espaço para a criação de um sistema de pesquisa e desenvolvimento na saúde que diferencie o preço das invenções do preço dos produtos. “Pede-se à comunidade internacional que assegure disponibilidade e acessibilidade, a preços razoáveis, de remédios, vacinas e kits-diagnóstico de boa qualidade”, diz o texto.

Foi ainda acordada resolução preparando todos os países para uma ameaça de pandemia de gripe, com solicitação à OMS de uma reserva internacional de vacinas contra o vírus H5N1 e outros vírus de gripe potencialmente pandêmicos; também se pede aumento do acesso a tratamentos contra a malária, que mata 1 milhão de pessoas a cada ano – mortes que poderiam ser evitadas –, além de reforço das ações de erradicação do vírus da poliomielite no mundo e redução do risco de propagação internacional.

## REDUÇÃO DE DANOS NA BERLINDA

A diretora do Programa Nacional de DST e Aids, Mariângela Simão, e a coordenadora de DST e Aids do Estado de São Paulo, Maria Clara Gianna, divulgaram nota de esclarecimento à imprensa sobre a polêmica causada pelo panfleto “Tenho orgulho e me cuido”, produzido pela Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo. O material, baseado na estratégia de redução de danos, foi considerado “incentivo ao crime”, na opinião do delegado Wuppslander Ferreira Neto, do Denarc de São Paulo, como noticiou *O Globo* em 8/6. O policial se referia a frases do tipo “Compartilhe a droga, nunca o material a ser usado” ou “Para cheirar [cocaína], prefira um canudo a notas de dinheiro”. No mesmo dia, a organização da parada suspendeu a distribuição dos panfletos, enfatizando que não apóia nem estimula o uso de entorpecentes.

Na nota oficial, Mariângela e Maria Clara reiteram que “a estratégia de

redução de danos é comprovadamente eficaz, do ponto de vista de saúde pública”. Desde que passou a ser adotada pelo Ministério da Saúde, em 1994, ressaltam, observa-se uma forte mudança no perfil da epidemia da Aids no Brasil. Em 1994, 21,4% dos casos de aids notificados no país tinham relação direta ou indireta com o uso de drogas injetáveis. Em 2006, essa relação foi de 9,8%. O documento informa ainda que no período o número de casos da doença em usuários de drogas injetáveis caiu em 70% e que a política brasileira está de acordo com a Sessão Especial das Nações Unidas sobre HIV e Aids, que definiu a estratégia de redução de danos como prioritária no enfrentamento da epidemia. A nota esclarece que alguns termos utilizados no folheto são adaptações dos manuais de redução de danos e que, “em hipótese alguma, podem ser considerados como incentivo ao uso de drogas”, confirmando, no entanto, o apoio à decisão “de suspender a distribuição do material, até que seja avaliado tecnicamente”.

#### OIT DENUNCIA TRABALHO INFANTIL



Foto: OIT/Divulgação

Um dia antes do Dia Mundial contra o Trabalho Infantil (12 de junho), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) denunciou números alarmantes de meninos e meninas que realizam tarefas agrícolas em campos e plantações de todo o mundo: mais de 130 milhões, ou seja, 70% das crianças trabalhadoras. No Brasil, são 1,2 milhão de crianças – o maior número da América do Sul. Os dados, apresentados pelo jornal *O Globo* em 12/6, revelam que a maioria dessas crianças que estão na agricultura tem entre 5 e 14 anos e seu trabalho

ajuda a produzir alimentos e bebidas consumidos no mundo, como cereais, cacau, café, frutas, cana-de-açúcar, arroz, tabaco e vegetais, além de gado e algodão.

Dados da OIT, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), mostram ainda que em nosso país, depois de 14 anos consecutivos de queda, o trabalho entre 5 e 15 anos voltou a subir. Em 2004, eram 2,77 milhões de crianças trabalhadoras nessa faixa etária, contra 2,93 milhões em 2005. Ou seja, o percentual subiu de 7,33% para 7,80%. A situação é ainda pior no Piauí, onde trabalham 116.600 crianças, ou 17,11% da população entre 5 e 15 anos.

Em relatório, a OIT lembra que essas crianças estão mais expostas a riscos e que isso limita as possibilidades de acesso a uma educação adequada e, conseqüentemente, as esperanças de um futuro melhor. “O problema se agrava porque muitos trabalhadores infantis agrícolas pertencem a famílias rurais que constituem os dois terços mais pobres do mundo”.

#### A POLÊMICA EM TORNO DO EFAVIRENZ

Em 4/5, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou decreto oficializando o licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, produzido pelo Laboratório Merck Sharp & Dohme (*Radis 58*). Em entrevista à revista *Veja* de 12/5, o presidente da divisão latino-americana da empresa, Tadeu Alves, alegou falta de negociação entre o governo brasileiro e o laboratório quanto ao preço do medicamento. Em repúdio às declarações, no mesmo dia, o Programa Nacional de DST e Aids e a Secretaria de Vigilância em Saúde publicaram nota explicando como se deu esse processo.

Resumidamente, informaram o programa e a secretaria, as negociações com o laboratório começaram em novembro de 2006 e continuaram por mais de cinco meses. Foram várias reuniões em que a Merck Sharp & Dohme afirmava conceder apenas 2% de desconto sobre o último preço pago pelo Ministério da Saúde (US\$ 1,54 por comprimido de 600mg), sem nenhuma contraproposta que pelo menos se aproximasse do valor reivindicado pelo Ministério, que era o de US\$ 0,65 – o valor cobrado à Tailândia.

Em 24/4, na última reunião entre os interessados, quando o laboratório continuou insistindo na oferta de redução de 2%, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, declarou o medica-

mento de interesse público, conforme Portaria 886/2007, publicada no Diário Oficial do dia seguinte. Ao laboratório foi dado ainda um prazo de sete dias para que apresentasse nova proposta. Em 27/4, a empresa propôs, em fax, redução de 30% no preço do Efavirenz. A proposta foi recusada pelo Ministério da Saúde por ser insuficiente e não-adequada ao mercado internacional. O presidente do laboratório no Brasil omitiu ainda que no dia 3/5 (véspera do licenciamento compulsório) fez nova proposta em que reduziria em 5% o preço do Efavirenz a cada grupo de 5 mil pacientes. O governo brasileiro mais uma vez repudiou a idéia e afirmou na data que não poderia tratar do assunto com a mesma lógica de um artigo comercial ou um programa de milhagem para fidelização de clientes.

A decisão do presidente da República em declarar o licenciamento compulsório só ocorreu depois que foram esgotadas as possibilidades de negociação. A nota ressalta que esta é uma medida legal prevista tanto na legislação internacional quanto na nacional, com pagamento de royalties ao detentor da patente. No caso em questão, o governo federal chegou ao valor de 1,5% para pagamento ao titular da patente.

#### REGRAS PARA ANTICONCEPCIONAL GENÉRICO

Entrou em vigor, em 6 de junho, a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que regulamenta a fabricação de anticoncepcional oral genérico e permite que os laboratórios solicitem o registro do medicamento. A versão genérica do anticoncepcional oral foi liberada em março deste ano pela RDC nº 16. A medida pode representar para as consumidoras uma economia de pelo menos 35%, informou a Anvisa. É possível também fazer pedidos de registro para a produção de genéricos de hormônios endógenos de uso oral, utilizados em terapias de reposição hormonal.

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, a pílula é o segundo método anticoncepcional mais utilizado pelas brasileiras. Em primeiro lugar está a laqueadura das trompas. ■

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



## toques da redação

### PROPAGANDA E DESINFORMAÇÃO

— Tarefa hercúlea o combate à propaganda de bebidas alcoólicas. Que o diga o ministro da Saúde, que “ousou” criticar artistas que participam desses anúncios — “uma coisa dramática”, disse. A cantora Alcione chamou o ministro de “patético” e afirmou que “a cerveja é dos males o menor”. Zeca Pagodinho mandou o ministro cuidar dos postos de saúde. “Impressionante a desinformação”, espantou-se nosso

veterano repórter Fontes Fidedignas, que foi apurar e constatou que vários países proibem este tipo de propaganda — França, Dinamarca, Suíça, Suécia, Noruega, Índia —, enquanto outros a restringem: Itália, Portugal, Espanha, Argentina, Chile, México. “Países sérios”, resume Fontes.

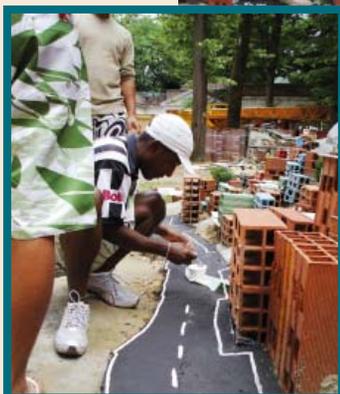
**ALÔ, UNIVERSITÁRIOS** — Um grupo de 37 alunos de Tatuí (SP) está recebendo treinamento de estudantes das áreas de saúde da USP em hábitos saudáveis e noções de prevenção de doenças facilmente evitáveis, informou *O Estado de S.Paulo* de 14/5. A (boa) idéia, que

pode chegar ao país todo, é que os jovens repassem as informações à família e à comunidade, diz Chao Lung Wen, coordenador de telemedicina da Faculdade de Medicina da USP e do Projeto Jovem Doutor ([www.saudetotal.com/jovemdoutor/projeto.aspx](http://www.saudetotal.com/jovemdoutor/projeto.aspx)). “Acima de tudo é um trabalho de melhoria das condições de vida”.

**QUANTIDADE & QUALIDADE** — Há mais de 70 instituições testando vacinas contra o HIV nos Estados Unidos. Ciência é como futebol: quanto maior a oferta de jogadores melhor o resultado para o país. 



**MORRINHO EXPORTAÇÃO** — Causou impacto na 52ª Bienal de Veneza, uma das mais famosas mostras de arte do mundo, a réplica miniaturizada da favela carioca do Pereirão (*Radis 13*). O projeto “Morrinho” original começou em 1998, quando os irmãos Oliveira — Nelcilan, hoje com 24 anos, e Maycon, hoje com 17 — e vizinhos da comunidade Vila Pereira da Silva, no bairro carioca de Laranjeiras, ergueram uma favelinha para brincar. A coisa cresceu. Em 2001, o projeto se transformou na TV Morrinho. Impressionado ao ver fotos da maquete, o curador da Bienal, o americano Robert Storr, apareceu de surpresa na favela. E o Morrinho acabou em Veneza. Está “em local privilegiado, no meio do jardim e em frente ao pavilhão dos Estados Unidos”, informa matéria da BBC Brasil (11/6).



# Programa do Canal Saúde tira dúvidas sobre a conferência

Adriano De Lavor

O Canal Saúde, da Fiocruz, inaugurou um espaço interativo de preparação para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorrerá entre 14 e 18 de novembro, em Brasília. Trata-se do programa *Sala de Convidados*, que será transmitido ao vivo toda última segunda-feira do mês até novembro, com o objetivo de esclarecer, didaticamente, dúvidas sobre o evento, que nesta edição terá como tema "Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento". A transmissão é simultânea por TV e internet, diretamente do estúdio do Canal Saúde, no Rio de Janeiro.

O programa de estréia, exibido no dia 28 de maio, reuniu no estúdio o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior, o secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Antônio Alves de Souza, o secretário de Saúde do Estado do Rio, Sérgio Côrtes — representando o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) — e o diretor adjunto do Conselho Nacional de Secretários Mu-

nicipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos de Oliveira Junior, com mediação do chefe de gabinete da Fiocruz, Arlindo Fábio Gómez de Sousa.

Antes do pronunciamento dos convidados ao vivo, *Sala de Convidados* exibiu depoimento gravado do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, que destacou a "relevância da 13ª Conferência na repolitização do Movimento da Reforma Sanitária brasileira". Temporão enumerou os grandes desafios que se impõem como discussões obrigatórias para o evento de novembro: a saúde como eixo de desenvolvimento institucional; a mobilização da sociedade

em torno dos determinantes sociais da saúde; e o aperfeiçoamento do Sistema de Atenção Básica. Temporão insistiu na defesa da idéia de que a saúde deve ser encarada "como investimento, e não como gasto".

O debate que se seguiu foi aberto por Francisco Batista Júnior, que explicou por que a conferência terá eixos básicos de discussão no lugar de um texto-base: "Havia a reclamação de que os textos-base eram feitos por uma elite pensante", destacou, observando que esta nova modalidade de organização explora melhor as realidades locais. "Estamos afinados", concordou Sérgio Côrtes. "A discussão com a sociedade civil organizada será mais eficiente". Para o secretário, alguns municípios se sentiam à margem da discussão. "Vamos agora poder discutir de maneira mais ampla as complexidades". Segundo Antônio Carlos de Oliveira, o novo formato dará maior espaço aos municípios de pequeno porte, que representam 80% do país. "Eles precisam ter voz", salientou.

Francisco Júnior defendeu a renovação de delegados eleitos para o evento. Entre 1998 e 2002, lembrou, os conselhos passaram por um apagão e a partir de 2003 começaram a se recuperar. "Os gestores ainda estão apren-

dendo que os conselhos de saúde são aliados", disse. Quanto ao engajamento de usuários e profissionais de saúde, os participantes foram unânimes: é preciso que os gestores se empenhem para que sejam garantidas as participações no evento, proposta que recebeu apoio do representante do Ministério da Saúde, Antônio Alves de Souza.

O programa, que abriu espaço ao público por e-mail, telefone e *chat online* (conversa em tempo real pela internet), exibiu vídeos sobre o assunto, entre eles um que contava a trajetória histórica das conferências e outro que explicava como se estrutura um evento deste porte — além de informar que o site do Conasems ([www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)) orienta os interessados em participar da 13ª CNS.

O público respondeu bem à estréia, questionando os convidados e enviando sugestões. Cleberton Henrique Andrade, da Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins, sugeriu que a próxima edição do programa aborde a metodologia adotada pelas conferências na preparação das etapas municipal e estadual. De acordo com a produção do Canal Saúde, parte das perguntas não-respondidas na estréia será encaminhada às áreas que possam respondê-las. O restante será respondido nas próximas edições do programa.

*Sala de Convidados* será exibido no Canal Saúde todas as últimas segundas-feiras do mês, das 12h às 14h, veiculado na frequência do canal executivo da Embratel (polarização horizontal 3.930 Ghz ou 1.220 Mhz). Quem não tem antena parabólica pode sintonizar o programa pela internet, no site do Canal Saúde ([www.canalsaude.fiocruz.br](http://www.canalsaude.fiocruz.br)) e interagir a partir do chat online. Perguntas e comentários podem ser enviados ao e-mail [canal@fiocruz.br](mailto:canal@fiocruz.br) ou pelo telefone (0800) 701-8122 (ligação gratuita). Para quem não tem antena parabólica nem acesso à internet, a opção é procurar uma das 120 telessalas do Banco do Brasil espalhadas pelo país. 



## Radis adverte

No mês dos Jogos Pan-Americanos Rio 2007, é bom lembrar que exercícios físicos regulares, com orientação de especialista, evitam males como diabetes e doenças cardiovasculares.



## DIABETES

# Controle ainda é baixo no Brasil

Bruno Camarinha Dominguez

**A** pesar de ser a quarta causa de morte no Brasil, o diabetes – doença crônica, incurável, caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue – está mal controlado no país. Foi o que constatou estudo do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM), unidade da Fiocruz na Bahia, e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Dos 6.701 diabéticos avaliados em 10 municípios, 75% apresentaram taxa de hemoglobina glicada acima do limite de 7% estipulado pela Associação Americana de Diabetes. Nos pacientes com o tipo 1, o percentual de inadequação chegou a 90%. A Organização Mundial da Saúde alerta que, caso não sejam tomadas medidas urgentes para melhor controle da doença no mundo, o número de diabéticos vai aumentar de 171 milhões (em 2000) para 366 milhões (em 2030). Hoje, o diabetes já responde por 5% das mortes, o equivalente a 3,2 milhões. São 8.700 por dia e seis por minuto.

No Brasil, há 5,8 milhões de doentes – 11% da população acima dos 40 anos. Até 2030, esse número deve subir para 11,3 milhões, principalmente por conta de hábitos pouco saudáveis. A imensa maioria dos casos do tipo 2 (de 60% a 90%) está relacio-

O tipo 1 do diabetes, mais comum nas crianças, ocorre quando o pâncreas não produz quantidade suficiente de insulina (hormônio responsável pela redução da glicemia). O tipo 2, quando o corpo não metaboliza com eficiência a glicose da corrente sanguínea. O tipo 2 é de 8 a 10 vezes mais comum e tem um fator hereditário maior do que o tipo 1. Hábitos saudáveis – como dieta equilibrada e atividade física – podem reduzir o risco de uma pessoa desenvolver o diabetes tipo 2, mais do que o uso de remédios, afirmam estudos. Há ainda a diabetes gestacional, desenvolvida durante a gravidez, que tende a desaparecer após o parto.

nada à obesidade e ao sedentarismo. A pesquisa do CPqGM e da Unifesp apontou ainda que o baixo controle no país está diretamente relacionado a medidas adicionais, como dieta e exercícios físicos, e à pouca aderência à medicação. Segundo Edson Duarte Moreira Júnior, chefe do Laboratório de Epidemiologia Molecular e Bioestatística do CPqGM, outro dado que preocupa é o mau uso da insulina.

Nos casos do tipo 1, a aplicação de doses diárias é fundamental, mas é comum os pacientes diminuírem a quantidade prescrita. Nos do tipo 2, embora as medidas ligadas ao estilo de vida sejam suficientes para controlar a doença, em alguns casos são necessários os medicamentos orais e a insulina. Mas, no Brasil, o percentual de insulinação nesse segundo grupo é baixo: enquanto nos EUA e na Europa gira em torno dos 40%, aqui está em 10%. “Os pacientes resistem a adotar o método e os médicos acabam atrasando a prescrição, por conta do incômodo gerado pelas injeções diárias”, analisa Edson. Para ele, a hesitação em adicionar insulina ao tratamento tem alto custo: complicações como cegueira, amputação, doenças cardíacas e insuficiência renal. “Injetar a insulina é ruim, mas deixar de injetá-la quando necessário é pior”, garante.

## SAÍDA LEGAL

Uma novidade pode ajudar no controle da doença no país. Em 28 de setembro deste ano entra em vigor a Lei nº 11.347, que obriga o SUS a fornecer gratuitamente os medicamentos e os materiais necessários à medição da glicemia. Os beneficiados, por sua vez, deverão participar de programas de educação. A diretora da Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, Rosa Sampaio, esclarece que os remédios já são distribuídos de graça: o ministério repassa aos municípios recursos para a compra das drogas metiformina e glibeclamida, usadas no tratamento do diabetes tipo 2, e ainda envia às secretarias a insulina mph. No ano passado, foram distribuídos 11 milhões de frascos-ampola, informa.

Mas o glicosímetro (aparelho que mede o nível de glicose no sangue) e as tiras usadas com o aparelho não são fornecidos. O glicosímetro custa cerca de R\$ 110. Uma caixa com 50 fitas, suficientes para um mês, em torno de R\$ 100. “Na verdade, a lei vem reforçar os princípios do SUS, que garante atenção integral a todos os doentes”, diz Rosa. Como o tratamento do diabetes deve ser diário, os cuidados recaem mais sobre os pacientes do que sobre os profissionais de saúde, a quem cabe acompanhar a dieta e os exercícios físicos do paciente, assim como monitorar os níveis de glicose, a pressão arterial e os lipídios.

Edson conta que o objetivo da pesquisa não era avaliar a qualidade do tratamento dos diabéticos pelo SUS, mas o resultado acabou apontando que os pacientes atendidos em centros especializados – públicos, na maioria – têm maior controle da doença do que os tratados em centros de referência. “Isso se deve às equipes multidisciplinares”, afirma. “Além dos especialistas, havia nutricionistas recomendando dietas e enfermeiras explicando como usar corretamente a medicação”, exemplifica. Rosa lembra que o diabetes é uma prioridade da Estratégia Saúde da Família, que atinge 50% da população. “O mais importante é que eles fazem busca ativa”, frisa.

Em alguns casos, especialmente em diabéticos do tipo 2, não há sinais claros, o que atrasa a descoberta da doença. Quase metade não sabe de sua condição, daí a necessidade de se investigar o diabetes em pessoas com mais de 40 anos. Os sintomas mais comuns são excesso de fome e de sede, perda de peso, visão embaçada, infecções frequentes, demora na cicatrização de feridas, fadiga e dores nas pernas. O diagnóstico precoce é fundamental para a redução dos gastos com as complicações. A doença é a principal causa de cegueira adquirida, responsável por 70% das diálises renais (junto com a hipertensão), por 60% das amputações por razões não-traumáticas e por grande parte das internações decorrentes de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Prejuízos que podem ser contidos com ações simples. 

# A dívida com a Atenção Básica



A.D.

Adriano De Lavor, Bruno Camarinha Domingues, Katia Machado e Marinilda Carvalho

**A** pesar de algumas ilhas de excelência, a Atenção Básica no Brasil enfrenta altos muros. Essa foi a tônica, um tanto pessimista, da abertura do 3º Ciclo de Debates "Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família", que se estendeu por duas semanas, de 7 a 18 de maio, no auditório da Ensp/Fiocruz. O ciclo faz parte do currículo da especialização (residência) em Saúde da Família da Ensp, que neste 2007 convidou para a palestra inaugural, no dia 7, o sanitarista e professor da Unicamp Nelson Rodrigues dos Santos, nosso conhecido Nelsão.

Na primeira semana, os debates receberam, entre outros nomes, a socióloga Ana Fonseca, da Organização

para Alimentação e Agricultura (FAO/ONU); o odontólogo Antônio Dercy Silveira Filho, coordenador da Estratégia Saúde da Família do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/Ministério da Saúde); e Marco Akerman, consultor regional em Desenvolvimento Local e Participação Social da Opas/OMS, também presidente da Associação Paulista de Saúde Pública. A segunda semana trouxe à Ensp o sanitarista Gastão Wagner, o secretário de Saúde de Fortaleza, Odorico Andrade, o geógrafo Jorge Luiz Barbosa e a pesquisadora da Uerj Helena Maria Leal David.

Se a platéia do dia 7, formada por alunos de vários cursos da Ensp, não ficou muito animada depois que Nelsão apresentou as "estratégias desviantes" que determinam hoje os insucessos da Atenção Básica e do próprio SUS, gerando "grandes desilusões" entre sanitaristas históricos e recentes, pôde

pelo menos incluir no currículo um dos mais instigantes balanços do Sistema Único de Saúde dos últimos tempos.

A palestra de Nelsão tinha o título de "Retomada do Movimento Sanitário: Novos atores sociais com a Estratégia de Saúde da Família". Mas ele não se ateve muito a esse tema não. Preferiu apontar aos estudantes as distorções do sistema. Antes, porém, estabeleceu o amplo e complexo campo da Atenção Básica — "há tantas atenções básicas quanto as realidades regionais e até microrregionais", das periferias urbanas à saúde indígena —, que só é íntegra se funcionam seus dois braços: os grandes valores da solidariedade e a alta resolutividade. "Esta é a síntese do desafio da Atenção Básica e da militância".

Antigo militante da Reforma Sanitária, Nelsão descreveu em seguida os avanços da saúde pública no Brasil. Primeiro, a produção e a produtividade do SUS, "inacreditavelmente grandes,



apesar do baixíssimo financiamento – que persistiu”, disse. “Números quase impensáveis, de dar inveja”. Em 2006, tivemos 1,3 bilhão (isso mesmo, *bilhão*) de procedimentos em Atenção Básica, além de 600 milhões de consultas multiprofissionais. “Um compromisso que o trabalhador da saúde encarou e assumiu”, elogiou.

“Tivemos um exército de profissionais da saúde totalmente engajado não apenas na inclusão da população brasileira no Sistema Único de Saúde, mas lutando também pela equidade e pela integralidade”, continuou, comovendo a platéia. O debatedor da mesa, José da Rocha Carneiro, presidente da Abrasco e também sanitarista histórico (aliás, colega de Nelsão na Faculdade de Medicina da USP na turma de 1961), lembrou mais tarde que, de um pequeno grupo de sanitaristas nos anos 60 e 70, o “exército de atores da saúde” supera atualmente 1 milhão de trabalhadores (o Ministério da Saúde estima que sejam 2,5 milhões). “Um dos nossos grandes êxitos é o recrutamento de centenas de milhares de pessoas”, disse Carneiro.

Nosso “exército” promoveu ações locais, levou à frente programas públicos paralelos (como DST/Aids, imunização, transplantes, desospitalização dos pacientes mentais, entre outros), a descentralização dos serviços, a construção dos conselhos, enumerou Nelsão. “Alguns secretários de Saúde podem ser ruins, mas os coletivos do Conasems e do Conass só fazem avançar o SUS”, lembrou, em outra frase que comoveu os mais velhos.

Esta é a política de saúde “explícita”, na definição do palestrante. O problema “está nas entrelinhas, nas tais estratégias desviantes, na política implícita”, como a “financeirização do orçamento público da saúde”, as muitas e complicadas modalidades de repasses federais, a remuneração insuficiente dos serviços, as contratações feitas sob “normas escritas invisivelmente”, fora da Constituição e da Lei Orgânica: “No prédio de nove andares do Ministério da Saúde, por exemplo, 25% são servidores e 75%, terceirizados, e assim é em muitas instituições”. No fim dos anos 90, para Nelsão, ficou clara a armadilha em que o SUS estava sendo enfiado. A partir de 2004, veio a negativa de regulamentação da Emenda Constitucional 29 (o PLP 1/03), “outra grande decepção”.



FOTOS: LUIS SETO/ENSP

Nelsão: “Um exército em luta não apenas pelo SUS, mas por equidade e integralidade”

Nelsão detalhou os embaraços da financeirização do orçamento da saúde: elevação dos impostos acompanhada de queda dos orçamentos sociais; contrapartida federal em retração, enquanto ascende a de estados e municípios (“A União entrava com 75% do orçamento da saúde, em 2004 tivemos empate em 50%, e agora estados e municípios, sufocados, pagam mais”). Além disso, hoje há tríplex contingenciamento: do empenho, da liberação do recurso empenhado e do próprio pagamento. “Pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), vínculo pético é só o do pagamento de juros”, lamentou.

O palestrante informou à platéia que a remuneração dos procedimentos de saúde no mundo inteiro é por metas. “Aqui, é por produção, e com defasagem das tabelas”, condenou. “Uma maneira perversa de estruturação do atendimento”. Com tudo isso, foram “para as favas” as carreiras públicas, os salários públicos, a educação permanente em saúde. As ações locais, por exemplo, são apenas isso, locais, não regionais. E efêmeras. Ele citou as mostras das “maravilhosas” experiências exitosas do SUS: “A gente vai lá no ano seguinte e a maioria não existe mais”. Essa política de saúde *implícita* resulta no seguinte: princípios e diretrizes do SUS em desequilíbrio e desarticulação – universalidade fragmentada, iníqua, sem equidade e integralidade”.

Há então duas muralhas intransponíveis para o gestor, o subfinanciamento e a precarização. A LRF impede

o concurso público e o próprio controle social foi quebrado ao meio. “Os conselhos não formulam políticas, quem formula é a equipe econômica”. E que universalidade é essa?, perguntou. A resposta: “Se 25% dos brasileiros têm plano de saúde, dos *planinhos* baratos aos *planões* de 3 mil reais por mês – com *links* visíveis para o SUS no que diz respeito aos procedimentos de alta complexidade –, fica claro que nosso *Titanic* não vai bater no iceberg, ele vai direto a outro porto, o da lógica do mercado”. A conclusão pessimista: “É este o nível de angústia a que chegamos: batemos num teto em que não temos mais ilusão”, afligiou-se Nelsão. “Estamos devendo a nós mesmos”.

## EQUÍVOCOS DA SEGMENTAÇÃO

Críticas também marcaram o debate do dia seguinte – desta vez à segmentação das ações do governo brasileiro –, quando se discutiu o tema “Convergência de políticas sociais: articulação possível entre Bolsa-Família e Estratégia Saúde da Família”. Coordenadora da mesa, a pesquisadora da Ensp Rosana Magalhães abriu a discussão ressaltando que há consenso quanto à ineficácia de programas setoriais. “Eles não são capazes de dar respostas efetivas às demandas da sociedade, daí a importância de políticas públicas transversais que visam a equidade e o bem-estar”, disse.

Conferencista convidada, a socióloga Ana Fonseca, da FAO, concordou



e apontou que os programas brasileiros já nascem restritos a ministérios: o Bolsa-Escola, ao da Educação; o Bolsa-Alimentação, ao da Saúde; o Auxílio-Gás, ao de Minas e Energia. “Embora todos classifiquem a pobreza como fenômeno multidimensional, as políticas acabam desenhadas de maneira setorial”.

Equívocos decorrentes da segmentação: antes do Bolsa-Família — do qual foi coordenadora —, famílias com crianças de até 6 anos eram atendidas pelo Bolsa-Alimentação, enquanto as com crianças acima de 7 anos recebiam benefícios do Bolsa-Escola. “Uma mesma família, com um menino de 3 e outro de 8, precisava se cadastrar em ambos”, exemplificou. “Era uma insanidade — e um desperdício de dinheiro — pensar o núcleo familiar de modo tão fatiado”.

A integração de várias iniciativas em uma — o Bolsa-Família — não pôs fim a um grave problema: o programa por si só não gera um direito. “Ele não funciona como porta de entrada para outros serviços”, resumiu. Por isso, defendeu, a convergência da política de transferência de renda com o PSF seria oportuna. Ana ainda sugeriu a “desfamiliarização” do Bolsa-Família. “Vocês nunca se encontraram com um grupo de pessoas que dissesse: ‘muito prazer, nós somos uma família’”, brincou. No Uruguai, programas desse tipo beneficiam o cidadão, independentemente de ascendência ou descendência, citou.

Nesse sentido, a socióloga indicou o modelo do PSF como exemplo a ser seguido, já que trabalha com uma lógica diferente, a do domicílio. Ana Luiza d’Ávila Viana, professora da Universidade de São Paulo, apoiou a idéia de “desfamiliarização”. O ideal, disse, seria o Bolsa-Família ter se articulado desde o início com o PSF: a ação dos agentes comunitários começou justamente nas áreas mais pobres.

O Brasil está atrasado no processo de convergência: nem sequer há estudos que mostrem a influência de um programa no outro. “E olha que hoje é impossível pensar na saúde sem pensar na assistência social, que virou a menina-dos-olhos dos governos por agir sobre os riscos”, afirmou. Ana Luiza aproveitou a oportunidade para pedir que a platéia fique atenta à privatização da assistência. “O PSF hoje é financiado pelo setor público, mas tem parcerias fortíssimas com o

setor privado”, garantiu. O caso mais claro é o de São Paulo, onde o programa é totalmente operado por entidades privadas. “Não tenho medo de falar a palavra privatização, mesmo que vocês fiquem com esses olhos arregalados”, ironizou. “A verdade é que, hoje, o social virou um grande negócio”.

### DESCASO DO GESTOR?

No dia 9, sob o título “Estratégia Saúde da Família como política social: no Brasil e no Rio de Janeiro”, Antônio Dercy Silveira Filho tratou dos conceitos básicos e das principais mudanças na Atenção Básica em Saúde.

Em vários momentos, provocou a platéia: “Quando um posto de saúde não faz atenção básica é descaso do gestor?”. Sua resposta negativa teve explicação: “Se algo vai mal é porque a rede de saúde está sem estrutura, é porque faz parte de um projeto político contrário ao SUS”. A Atenção Básica, lembrou, caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no individual e nos coletivos, com práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.

No SUS, prosseguiu, é “um nível hierárquico da atenção, que deve estar organizado em todos os municípios”. Segundo o especialista, está baseada na realidade local e deve entender os sujeitos em suas singularidades, ou seja, segundo estilo de vida, emprego, alimentação, interação sociocultural, entre outros determinantes. “Se tudo isso for feito de maneira coerente, resultará numa prática mais humana em comparação ao que vem sendo feito nos serviços de saúde”.

Para Antônio, não apenas orientada pelos princípios do SUS, a Atenção Básica precisa seguir rigorosamente princípios próprios. A acessibilidade é o primeiro. E perguntou: “Acessibilidade e acesso têm o mesmo significado?” Para Antônio, oferecer uma vacina BCG às sextas-feiras das 14h às 18h, por exemplo, significa dar acesso, e não acessibilidade. “Neste caso, planejam-se as ações conforme os interesses da equipe e não da população”.

Segundo princípio, o vínculo. De acordo com Antônio, os vínculos com um sujeito são construídos pela afetividade. “Para tanto, precisamos repensar

a formação e a visão do profissional de saúde ainda pautado na lógica da biomedicina”. Outro princípio é a ordenação da rede de saúde: cabe à atenção básica referenciar para a média e alta complexidade. Por fim, os quatro últimos: continuidade do cuidado; territorialização e adscrição da clientela; responsabilização; humanização.

Suas provocações continuaram: “O que a diferença da Atenção Básica tradicional?”. A primeira diferença, citou, é ser pró-ativa perante indivíduos, famílias e comunidade. “Ou seja, cabe à equipe de ESF procurar sua clientela e manter atualizado o cadastro das famílias”. A segunda diferença diz respeito ao foco na família. “O desafio do profissional da ESF é construir uma prática de promoção e clínica que envolva a dimensão do cuidado familiar”, salientou. Outras diferenças: humanização, acolhimento, vínculo e cuidado ao longo do tempo; integralidade, planejamento e coordenação do cuidado; foco no território e na comunidade adscrita; trabalho em equipe; co-responsabilidade entre profissionais e famílias; estímulo à participação social; intersetorialidade das ações.

Antônio ainda detalhou as principais mudanças na política nacional da Atenção Básica e a evolução das equipes Saúde da Família no Brasil e no Rio: revisão da regulamentação e revogação de 27 portarias; definição de carga horária de 40 horas semanais; integração da Saúde Bucal; co-responsabilidade das secretarias estadual e municipal de saúde na educação permanente, com recursos das três esferas de governo; e a não-exigência de um mínimo de pessoas por equipe de Saúde da Família. “Recomenda-se apenas até 4 mil pessoas por equipe”, ressaltou. Sobre o número de equipes, informou: “Até fevereiro de 2007, havia 27.035 equipes em 5.110 municípios, acrescentadas de 219.636 agentes comunitários em 5.301 municípios e 15.339 equipes de saúde bucal em 4.324 municípios”.

Debatadora da mesa, a médica Márcia Mochel Dias, coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, traçou o perfil da rede carioca de atenção básica, salientando que a cidade requer análise diferenciada. Primeiro pela densidade demográfica — em torno de 6 milhões de habitantes; segundo porque a cidade já foi capital federal, com grande



rede de hospitais públicos. “É uma dificuldade alguém que não seja hipertenso ou diabético ser atendido pelas redes tradicionais”, disse. “Acabam indo para a emergência”.

Para sanar os problemas, a secretaria estabeleceu as seguintes metas: ampliação para 260 equipes de ESF, 45% delas na Zona Oeste; transformação de 15 postos de saúde no modelo do Saúde da Família; revisão do perfil das unidades; e expansão do horário de atendimento. A coordenadora acredita que os maiores desafios são a formação profissional, ainda voltada para o trabalho em hospitais, as desigualdades sociais, financiamento insuficiente e dificuldades em locais de violência e conflito.

A relação entre saúde e desenvolvimento foi discutida no dia 10, com o tema “A saúde promotora do desenvolvimento ou o desenvolvimento promotor da saúde?”. Coordenadora da mesa, a pesquisadora da Ensp Regina Bodstein lembrou que o assunto sempre esteve na agenda do país, mas de modos diferentes. Enquanto há quase 40 anos dizia-se que era necessário esperar o bolo crescer para só depois reparti-lo, hoje é consenso que o desenvolvimento econômico depende do desenvolvimento social.

Para Regina, essa nova visão se assemelha ao conceito de promoção da saúde, que integra o lado biomédico ao dos determinantes sociais. “A ESF já trabalha nessa perspectiva, na tentativa de equacionar os problemas decorrentes da desigualdade”, apontou. Marco Akerman (Opas/OMS) foi além: “A saúde talvez esteja no centro do desenvolvimento sustentável”. Ele afirmou que o desenvolvimento não pode ser um fim em si mesmo, deve objetivar a equidade e a inclusão social, a partir do investimento em saúde, educação, nutrição. “Não podemos reduzi-lo à discussão sobre crescimento econômico”.

### CLÍNICA AMPLIADA

Gastão Wagner de Sousa Campos, outro sanitarista histórico, iniciou a segunda semana do debate com críticas ao modelo biomédico. Sob o título “Desafios para a reorientação da Atenção em Saúde”, o professor da Unicamp apontou problemas e sugeriu caminhos para a Atenção Básica em Saúde — ou Atenção Primária em Saúde, tanto faz: ambas as expressões,



Gastão: “Arrastamos nosso modelo de ABS desde 1994, com problemas de recursos e pessoal”

segundo ele, têm o mesmo significado. Mas, acima de tudo, deu uma aula teórica sobre o tema.

Em rápida análise de dois modelos de atenção básica em saúde vigentes no mundo, Gastão disse que o primeiro — que toma como base em sua atuação — é o europeu. “Pensa a Atenção Básica como parte integrante dos sistemas públicos e resolve 80% dos problemas de saúde e 95% dos que atende”. Ou seja, sob a perspectiva da clínica ampliada como também da promoção e prevenção da saúde.

O segundo é o americano — que vem orientando a Atenção Básica em Saúde no Brasil. Neste caso, a atenção básica é uma área de ação da saúde pública e está orientada por programas de saúde. “A unidade básica fica voltada para alguns problemas de saúde relevantes, como imunização e vacinação, pré-natal, doenças como tuberculose e hanseníase”, disse — um modelo insuficiente, ainda que necessário.

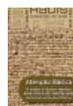
Gastão deu destaque à baixíssima cobertura do Saúde da Família no país — 40% — e lembrou estudos da OMS e da Opas, informando que a implantação de sistemas públicos baseados na Atenção Básica em Saúde, capazes de atender a 80% dos problemas da população, levou quatro ou cinco anos nos países europeus. “Nós, aqui, estamos desde 1994, quando o Saúde da Família foi criado, arrastando nosso modelo de Atenção Básica com uma série de dificuldades de financiamento, de política de pessoal e de modelo”.

Gastão prosseguiu explicando como organizar o trabalho em saúde

sob a perspectiva da Paidéia, idéia defendida quando era secretário de Saúde de Campinas, em 2001. “Enquanto não se cria uma política de Atenção Básica mais abrangente e compreensiva, vamos apresentando essa proposta”. O conceito clássico de Paidéia vem do filósofo alemão Werner Jaeger (1888-1961). “Está centrado na formação do ser humano como produto da vida política e social na *Polis*, da cultura e da educação”, resumiu.

Analisar o trabalho em saúde sob tal perspectiva significa considerar três itens, disse: os campos de co-produção (particular, singular e universal); os modos de intervenção (ou seja, as práticas cotidianas, o trabalho, a política e a gestão do trabalho e da vida); e os fatores de co-produção — biológicos (genética, idade e gênero), subjetivos (desejos por intensidade de vida e interesse por anos de vida) e as determinações sociais (contexto econômico, cultural e social).

O uso do conceito tem por objetivo, disse Gastão, a harmonia de trabalhar para outros (produção de valor de uso, mirando necessidades sociais), para si mesmo e para algum coletivo (organização pública, capital, sociedade). “Para os outros, a partir de uma relação de trabalho e de gestão, da diferença de poder, de papéis e de responsabilidade”, salientou; para si mesmo, “por imposição, disciplina, renúncia e, sobretudo, por prazer”, continuou.



Para o sanitarista, usar a perspectiva Paidéia é trabalhar na saúde pela democratização e pela co-gestão organizacional. É ainda “uma forma de estabelecer contrato e definir responsabilidades entre gestores, trabalhadores e usuários”. Significa, segundo ele, a construção de um “neo-artsanato” da Atenção Básica.

Ao lembrar que a área carece de definição de papel e de metas e responsabilidades, defendeu a prática de trabalho interprofissional através da transdisciplinaridade e de um método que combine dialogicamente ofertas clínico-sanitárias e demandas do usuário (desejo, interesse e valores), assim como propõe a perspectiva Paidéia.

Gastão traduziu tudo isso no conceito de clínica ampliada. Neste caso, o objeto de trabalho em saúde indica a responsabilidade sanitária e, além da doença, incorpora o conceito de problema de saúde ou risco e de vulnerabilidade encarnados em sujeitos, indivíduo, família e coletivos. A clínica ampliada, explicou, referindo-se ao filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), visa o controle social e constrói ao mesmo tempo um certo grau de autonomia, ou seja, a capacidade de pessoas e coletividades lidarem com suas dependências. Gastão ressaltou que todo trabalho clínico, apesar de seu valor de uso, causa danos. “O objetivo é produzir saúde com eficácia com menor custo possível”.

Na prática, o apoio da Paidéia ao trabalho em saúde exige uma mudança epistemológica na formação e na capacitação do profissional. Ou seja, “na forma de fazer diagnóstico e de intervir terapêutica e preventivamente”. Os meios de diagnóstico, neste caso, são a objetividade da clínica e da epidemiologia com base em evidências combinadas com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades, como também da semiologia e os indicadores de risco, de morbidade e mortalidade combinados com a escuta à demanda dos sujeitos. Já a intervenção terapêutica se dá tanto nas práticas tradicionais – fármacos e cirurgia –, como na palavra e em situações de risco ou de vulnerabilidade do sujeito, do contexto ou da coletividade.

Ele acredita, por isso, num esforço humano sistemático para mediação do saber estruturado (a chamada on-



Odorico: “Não existe nada mais privado no Brasil do que a residência médica”

tologia da doença e da terapêutica) com singularidade do caso; além de um esforço sistemático do lugar técnico/profissional para inclinar-se sobre o lugar do sujeito/enfermo.

Gastão ainda apresentou o desenho da clínica ampliada, em que a unidade de produção (que seria a unidade básica) recebe apoio de equipes matriciais, formadas por especialistas conforme as necessidades locais, – equipe de referência composta por profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de um certo campo, responsáveis por acionar a rede complementar necessária a cada caso.

### EM DEFESA DO PSF

Segundo convidado da semana, o secretário de Saúde de Fortaleza, Odorico Andrade, iniciou sua fala, na manhã do dia 15, destacando um dilema ético ainda presente na implantação do SUS: “Nós operamos com uma contradição profunda, que é defender um sistema que não usamos”. Ele acredita que o alto padrão de consumo fez com que a classe média migrasse para a medicina suplementar, solidificando a visão de que o SUS é um sistema para pobres. “Isso não foi produzido pelo Banco Mundial, mas sim pela nossa moral, que aceita a desigualdade e a injustiça como normais”.

Dentro deste contexto, Odorico disse considerar que o Saúde da Família instaura uma “tensão paradigmática” ao modelo liberal privatista, já

que incorpora um “conceito positivo de saúde”. Segundo ele, o modelo industrial, “de coisificação do homem”, não trabalha a saúde como direito do cidadão e dever de Estado e ainda encara a doença como mercadoria. É um modelo que valoriza o profissional médico e o hospital, além de encorajar o nível terciário de atenção, onde atua o grande complexo médico-hospitalar internacional.

Odorico defendeu que o Saúde da Família é a opção que melhor se adapta à era da informação, marcada pelo “autocuidado” e pelas redes sociais. “Hoje é tão importante o endocrinologista quanto a loja que vende produtos para diabetes”, brincou, advertindo os estudantes de que o profissional de saúde, neste modelo, é visto como facilitador, não como autoridade, o que possibilita uma maior participação de categorias não-médicas no sistema. “O modelo que a gente tenta superar é o centrado na saúde como ausência de doença”, sustentou, defendendo a inclusão dos conceitos de qualidade de vida e de território, segundo ele fundamentais para o combate às práticas clientelistas e para a garantia de uma assistência centrada na atenção coletiva.

O ex-presidente do Conasems também salientou a importância da articulação entre saúde pública e clínica, “buscando a integralidade, a promoção à saúde e trabalhando com as condições determinantes da saúde”. Para Odorico, esse debate é fundamental, já que está centrado na



pessoa saudável e na universalização do atendimento, embora reconheça dificuldades na implementação do Saúde da Família em grandes cidades: “Tem que ter capacidade política de operar a transição de um modelo dentro do outro. É um processo de superação”. Por isso, segundo ele, foi mais fácil implantar o programa onde não havia um sistema de saúde estruturado.

Odorico ainda apostou na interdisciplinaridade, criticando o modelo multiprofissional clássico no qual, “na melhor das hipóteses, os profissionais se comunicam no espaço do prontuário ou no corredor”. Para ele, o desafio é a construção do campo comum, com “um sistema nacional de saúde-escola” — um sistema de educação permanente, em parceria com as instituições de ensino, que abrangeria a rede municipal de saúde e transformaria os centros de saúde e hospitais em espaços de ensino, pesquisa e assistência. Sua proposta traduz uma crítica à formação acadêmica: “Não existe nada mais privado no Brasil do que a residência médica”, afirmou. “É a privatização do público: as bolsas são públicas, mas a maneira de formar e quem forma estão muito mais ligados aos interesses privados das corporações do que às necessidades de saúde da população”.

### TERRITÓRIO E VISIBILIDADE

Jorge Luiz Barbosa, do Observatório de Favelas do Rio de Janeiro, foi o conferencista convidado para o debate do dia 16, que tratou do “Território como lugar de potencialidades”. Ele iniciou sua apresentação destacando o caráter político da discussão sobre saúde — dada a sua transdisciplinaridade e a sua ligação com o território em que se inscreve —, traçando um resumo histórico da ONG em que participa. Ele contou aos alunos que o Observatório, situado no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro, foi criado em 2001, por pesquisadores e docentes “nascidos e criados” em favelas, com o objetivo de “entender a cidade a partir da favela, a partir dos sujeitos invisíveis”.

Segundo ele, o trabalho segue três linhas: desenvolvimento sustentável, comunicação e cultura e direitos humanos. Cada uma destas vertentes do movimento permite que se promova um debate mais amplo para que “ações exemplares contribuam na formulação, no acompanhamento e



Jorge Luiz: “Nos territórios de ausências e carências, o Estado só aparece como polícia”

na avaliação de políticas públicas”, visando a superar o que ele considera “cidade partida”.

Estas ações, assegurou Jorge, são implementadas graças ao eixo transversal dos projetos do Observatório, que criam redes sociopedagógicas com universidades, ministérios, instituições como a Fiocruz e outras entidades da sociedade civil — como Afroreggae, Central Única das Favelas ou Nós do Morro —, permitindo a “construção política pública da saúde”.

Jorge, que também é professor da Universidade Federal Fluminense, creditou ao território “a dimensão corpórea da existência”, onde a sociedade pode revelar sua natureza em materiais simbólicos e históricos. Ele lembrou que o geógrafo Milton Santos (1926-2001) já defendia o território como o “lugar de exercício da vida”, destacando a consolidação de favelas e periferias como efeitos perversos da urbanização, formando “coletivos invisíveis em relação aos direitos sociais”, incluindo-se aí a saúde.

Em seu entendimento, esses “aglomerados subnormais” — segundo ele, denominação conferida às favelas pelo IBGE — são territórios de carências e ausências, onde o Estado só aparece na forma de polícia. Jorge sustentou que é preciso que o Estado recupere sua soberania nestas áreas, “promovendo direitos e deveres e instaurando uma agenda política que entenda a cidade como bem público de todos”. Isso só se dará, em sua

opinião, quando os moradores destas áreas também forem vistos como “formuladores de políticas públicas”.

O último dia de debates trouxe à Ensp a pesquisadora da Uerj Helena Maria Leal David, que falou sobre “O papel do agente comunitário na Estratégia de Saúde da Família: contradições de uma prática”. , na qual destacou os conflitos na formação destes profissionais. De um lado, a formação política, de outro, a formação técnica.

Ela lembrou que não há circulação de informações sobre o papel dos agentes nos serviços de saúde, o que causa confusão na prática. E questiona: “Finalmente, o que o agente de saúde faz que outros profissionais deveriam fazer?” Helena acredita que, pelo fato de a profissionalização ainda estar em curso, não está bem resolvido se agentes devem ou não executar tarefas que são dos auxiliares de enfermagem, por exemplo.

A pesquisadora defendeu a capacidade de “mediação” dos agentes, já que estes residem na comunidade, e na sua contribuição como “transformadores de sujeitos e no seu potencial de saúde”. Reconheceu que, para eles, é difícil trabalhar entre a lógica da comunidade e o controle sanitário, o que poderia ser traduzido “no conflito entre educação popular e repasse de informações”. Para ela, o desafio é que os agentes trabalhem sob a perspectiva da integralidade, o que definiria sua real função numa equipe multidisciplinar.





## PÓS-TUDO

# Que vida?

Oscar Vilhena Vieira

O Supremo Tribunal Federal realizou a primeira audiência pública de sua história para compreender os diversos aspectos que envolvem a pesquisa com células-tronco no Brasil. O interesse dos ministros do Supremo, no entanto, não é propriamente científico, mas jurídico e moral. Pouco tempo antes de deixar o comando do Ministério Público Federal, o procurador Cláudio Fonteles propôs uma ação direta de inconstitucionalidade contra dispositivos da Lei de Biossegurança, que autoriza a pesquisa com células embrionárias apenas para fim terapêutico.

Argumenta o ex-procurador-geral da República que a lei é inconstitucional, pois violaria o direito à vida, bem como o princípio da dignidade humana. Ambos entrencheados em nossa Constituição. O raciocínio é cartesiano. Os embriões têm vida. A vida é protegida pela Constituição. Logo fazer pesquisas com células embrionárias é atentar contra a vida e sua dignidade humana. O raciocínio é lógico e louvável, porém padece de alguns equívocos. E isto por diversos motivos.

Em primeiro lugar, a pesquisa autorizada pela Lei de Biossegurança se resume àqueles embriões que foram produzidos para fins de fertilização, mas que não se demonstram mais viáveis para este mesmo fim, seja por um problema orgânico, seja porque, depois de três anos congelados, não mais podem ser implantados com segurança em um útero materno. Logo, são embriões que, infelizmente, não

têm qualquer perspectiva de evoluir para a condição humana.

O segundo equívoco é de natureza moral. Reconhecer que um embrião tem vida não pode significar que este deva ser equiparado a um ser humano. O que temos aqui são embriões produzidos extra-uterinamente, que também se encontram fora do útero, em estágio absolutamente inicial de desenvolvimento. Ou seja, temos algo que poderia ter tido a potencialidade de se transformar numa vida, mas não

temos uma vida potencial e muito menos um ser humano formado, com toda a sua complexidade orgânica, psíquica e moral.

É como comparar uma semente de jacarandá danificada encontrada no chão da floresta com uma árvore centenária que protegemos com nossa legislação ambiental. A dor de ver uma semente sendo comida por um passarinho não é equiparável àquela de ver uma árvore derrubada por um raio, como nos lembra o filósofo Michael Sandel. Todos que já perderam uma pessoa querida sabem o que significa a morte de um ser humano e esta não pode ser comparada com o não-desenvolvimento de um embrião, ainda mais quando falamos de um embrião que se encontra fora do útero e é inviável para fertilização. Esta equiparação mecânica feita pelo ex-procurador-geral da República é simplesmente equivocada.

Isto não quer dizer que o embrião não tenha valor e que não deva ser protegido. Antes, o contrário. Ele tem valor e devemos protegê-lo, ainda que de forma distinta da que protegemos os seres humanos. E é isto que faz a Lei de Biossegurança. Ela proíbe a pesquisa com qualquer embrião que seja viável. Mais do que isso, proíbe qualquer pesquisa que não tenha fins terapêuticos, ou seja, fins humanitários.

O terceiro aspecto preocupante do argumento levado a cabo pela Procuradoria Geral da República é o desprezo relativo à dignidade e à própria vida de milhões de pessoas humanas que sofrem doenças graves e letais, como o Parkinson, a diabetes, as doenças coronárias ou lesões de medula, que poderiam ser beneficiadas com o progresso nas pesquisas com células-tronco. Ao elevar o embrião inviável à condição de ser humano, o sofrimento de milhares de seres humanos reais está sendo relegado à mais absoluta irrelevância. E esta não parece ser uma decisão a favor da vida. E

\* Professor de Direito Constitucional da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas e diretor jurídico da Conectas Direitos Humanos; autor de diversos livros, entre os quais, *Direitos fundamentais* (Malheiros Editores, 2006)



## Tá faltando saúde na sua biblioteca?

Conheça o catálogo da Editora Fiocruz e descubra como ampliar as possibilidades de leitura sobre o tema saúde.

Editora Fiocruz, mais de 200 títulos publicados desde 1993 em quatro eixos temáticos: saúde pública; ciências biológicas e biomédicas em saúde; ciências clínicas; ciências sociais e humanas em saúde.

