

NESTA EDIÇÃO

Nosso parceiro, o MP

Guardião da cidadania cobra mais qualidade e transversalidade

Que SUS é esse?

Presidente do Cebes alerta para equívocos (nada casuais...) que desfiguram o sistema

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 77 ♦ Janeiro de 2009

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

9912179674/2007-DR/RJ
Fiotec

...CORREIOS...



Mais Epi2008

Melhores ferramentas
para monitorar
a saúde

Febre amarela, ainda o trauma

Em Porto Alegre, no 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em setembro, a mesa-redonda "A mídia na emergência epidemiológica" voltou à discussão da cobertura dos casos de febre amarela silvestre no início de 2008, quando a grande imprensa insistiu em que se tratava de epidemia, gerando corrida aos postos de saúde em busca de vacinação. Os desmentidos do Ministério da Saúde de nada adiantaram.

Para o presidente da Abrasco, o epidemiologista José da Rocha Carvalheiro, erros como esse têm origem na desconfiança de jornalistas em relação ao governo, que nos tempos da ditadura tentou esconder, por exemplo, a epidemia de pólio: "O Manual de Redação da Folha de S.Paulo induz o repórter a não confiar em negação de epidemia por parte de autoridades". O colunista Clóvis Rossi, da *Folha*, chegou a "alertar" para a possibilidade de um "debilóide" dizer que foi a "mídia golpista quem soltou os mosquitos". Sua colega Eliane Cantanhêde impeliu os leitores aos postos de vacinação.

A médica Maria da Glória Teixeira, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, afirmou que houve politização da situação pela mídia, a ponto de comprometer os estoques de vacina e impedir a habitual distribuição a países vizinhos. Os postos aplicaram 16 milhões de doses, 53 pessoas apresentaram efeitos adversos e cinco morreram: "Sob pressão e até ameaçados de agressão, os profissionais de saúde não puderam fazer a triagem necessária".

Sobre as mortes de macacos, logo interpretadas por jornais como indicação da volta da febre amarela urbana, Maria da Glória ironizou: "Macaco morre o tempo inteiro, como gente, e hoje pode morrer até de amor que vai ser investigado". Segundo ela, a alta cobertura vacinal nas áreas episódicas – superior a 95% – impede a volta do tipo urbano e a expansão do tipo silvestre. O fato é que, de dezembro de 2007

a maio de 2008, a mídia mensal de casos da febre amarela silvestre ficou muito abaixo da de períodos anteriores, informou. Em 2008, foram registrados 45 casos – entre 1999 e 2003, 315, com 171 mortes. "Quem morre são homens jovens que não se vacinam e entram em matas fechadas", disse.

Para o professor da Faculdade de Saúde Pública da USP Fernando Lefevre, o episódio é emblemático pela substituição do julgamento epidemiológico pelo acontecimento midiático, composto por casos de indivíduos doentes ou, "melhor ainda", mortos. "Vivemos numa sociedade iconizada, com confusão entre realidade e representação, o que tende a se generalizar graças ao avanço da tecnologia", avaliou. A grande mídia apresenta cadeias de imagens ou fatos como se fossem dados e o espectador confia nessa amostragem icônica, sob o argumento de que "passou na TV, então é verdade".

Com isso, continuou, há um progressivo deslocamento da quantidade para a qualidade, do cognitivo para o afetivo, do mediato para o imediato. Para entender essa realidade, é preciso sair do discurso e mergulhar na ideologia, perceber a tentativa de identificação do governo como o que esconde e a mídia, como a que revela. "A atual novela das oito da TV Globo heroifica um jornalista, o único personagem bom



A.D.

num bando de maus", exemplificou. Uma congressista interveio, da platéia: "E o ator ainda é lindo!", disse, em meio a gargalhadas. Padrões de beleza

à parte, Lefevre festejou o fato de a informação também passar pelo filtro do boca-a-boca – "e a prova é a popularidade do presidente Lula, massacrado pela grande imprensa".

No debate que se seguiu, houve quem reclamasse do governo, que contribuiu para a desinformação divulgando meias-verdades ou "respostas que não respondem", demorando, em resumo, a dar sua versão dos fatos. O médico Expedito Luna, professor do Instituto de Medicina Tropical da USP e ex-diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, engrossou as críticas à comunicação do governo: "Parece que as assessorias de imprensa do ministério trabalham mais para a imagem dos que ocupam cargos do que da instituição". Ele apontou a Fiocruz como exceção, pela produção contínua de conteúdo de qualidade. Convidado a se manifestar, o jornalista Rogério Lannes, coordenador do RADIS – programa da Ensp/Fiocruz –, opinou que a comunicação em saúde deve seguir os mesmos princípios do SUS – universalidade, integralidade e equidade. A *Radis* abordou a má cobertura da febre amarela silvestre nas edições 66, 67 e 69. ▣

Novos alertas

SIH, SIM, Apac, Vigitel, são muitos. Os sistemas de informação úteis à compreensão e à intervenção na saúde coletiva. Uma avaliação sobre uso e aperfeiçoamento dessas ferramentas abre a matéria de capa, o que pode assustar o leitor não-iniciado. Mas esta segunda reportagem sobre o encontro internacional de Epidemiologia de Porto Alegre traz importantes resultados das análises dos dados gerados por esses sistemas e de pesquisas demográficas, sobre nutrição, condições de vida, comportamento, ambiente e relações entre mídia e sociedade. Os números alertam: gravidez precoce ou indesejada, desnutrição e obesidade preocupam os especialistas; fumo e álcool são determinantes de agravos à saúde; doenças crônicas não-transmissíveis como cânceres, problemas circulatórios e renais exigem prioridade em financiamento, formação profissional e estratégias de atenção à saúde.

Leitores advertem o governo contra armadilhas no combate à dengue e suicídios por depressão causada por agrotóxicos. Lavoura arcaica é o que não falta no Brasil. *Súmula* mostra que, apesar de promessa em contrário do ministro do Meio Ambiente, o governador de Rondônia financia produção de álcool da cana-de-açúcar, que ocupará 100 mil hectares. Pior: enquanto Brasil e Europa sugerem desmatamento zero no acordo climático mundial, ministro da Agricultura propõe reduzir para 30% o percentual mínimo de floresta preservada nas propriedades da Amazônia, estratégia que, segundo os críticos, visa tornar palatável a diminuição da

reserva legal dos atuais 80% para apenas 50%, conforme o projeto “floresta zero” dos ruralistas na Câmara.

Pesquisa sobre violência e saúde, que ouviu um de cada 40 policiais militares na capital do Rio de Janeiro, revela que eles oscilam entre medo e agressividade quando vão para a rua, porque estão despreparados, estressados, mal pagos e com baixíssima autoestima. Noutra frente do mundo do trabalho, Executivo, Legislativo e Judiciário brasileiros insistem em não banir o amianto, enquanto morrem os que lidam com a fibra em seu ofício.

Promotor do Ministério Público avisa que não é possível trabalhar com saúde focando apenas em direitos individuais, sem entender as políticas públicas e defender a saúde no ambiente e na educação. Num duelo sobre direitos, psiquiatra argumenta contra a reforma psiquiátrica, enquanto gestor diz que a política de saúde mental trouxe avanços éticos e não pode recuar. Polêmica também é a tendência de gestores e acadêmicos reduzirem o conceito de controle social, ou omitirem na lista do que falta ao SUS a maior participação deliberativa de usuários e profissionais.

Radis adverte: não é nada fácil, mas ainda há tempo para reduzir a infestação do *Aedes* no verão. Vale a pena, também, parar de fumar – os benefícios são imediatos.

Haja prioridade!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Febre amarela, ainda o trauma 2

Editorial

- ♦ Novos alertas 3

Cartum

3

Cartas

4

O PRECONCEITO ISOLA

Súmula

5

Toques da Redação

8

Informação em saúde

- ♦ Solução à vista para discordâncias 9

7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

- ♦ Mais e melhores números 10



4º Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

- ♦ Transparência, democracia e participação da comunidade 18

Radis adverte

20

Serviço

22



Pós-Tudo

- ♦ Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS 23

ANTI-CARTUM



NA ECONOMIA DO MAU GESTOR,
OS PROBLEMAS FICAM À VISTA,
E AS SOLUÇÕES SÓ VÊM A PRAZO.

ISSO NÃO TEM GRAÇA.

A.D.

Capa e ilustrações Aristides Dutra (A.D.)



CARTAS

UM ENCONTRO DE LEITORES

Sou pedagogo e funcionário público federal lotado na Funasa do Ceará e também tutor do Curso de Negociação do Trabalho no SUS da Ensp/Fiocruz. Sei que fazer um elogio à *Radis* por uma edição seria difícil: é que até o presente não li um exemplar que não fosse digno de elogio. Considero a *Radis* um alimento saudável, pois nutre os leitores de conhecimento sem causar dano a nossa saúde intelectual. Levando-se em conta que as coisas boas devem ser compartilhadas, solicito analisarem a possibilidade de extensão de assinatura aos alunos do curso – penso que será de grande contribuição.

Considerando o convite aos leitores para visita (*Radis* 75), e tomando por base a urgente e necessária oxigenação do movimento em defesa da saúde pública que extrapole o mundo acadêmico, sugerimos um grande encontro dos leitores da *Radis* em comemoração aos 20 anos de luta permanente em prol da manutenção e do avanço nas conquistas do SUS.

♦ José Antonio P. Barreto, Fortaleza

Caro José, pensaremos na idéia com carinho! Quanto à assinatura para os alunos, nossa tiragem está toda comprometida, mas anotamos o pedido.

ARMADILHAS PARA AEDS

Sou médico, graduado pela UFRJ em 1975. Há quase 32 anos trabalho na Saúde Pública. Atualmente faço parte da equipe que coordena o controle da dengue na SMS de Belo Horizonte e estou na fase final de minha tese de doutorado, que aborda o tema dengue.

Gostaria de ampliar o debate sobre o uso de armadilhas de captura vetorial para o controle da dengue. O ministro Temporão, quando divulgou os resultados do último Levantamento de Índice (LIRAA), anunciou a novidade como uma das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue.

Existe uma armadilha, a Mosquitrap, que tem lobby poderoso e estratégia de marketing competente (usa muito bem a mídia). (...) Já foi usada pelo ministério nos Jogos Panamericanos, no Rio, sendo a ela atribuída parte do "sucesso": Pan sem dengue – o que beira o ridículo, principalmente após o ocorrido no verão de 2008 no Rio.

Precisamos de Carnaval sem dengue, Semana Santa sem dengue!

Também citam Congonhas do Campo, que não está entre os municípios de maior risco, e Vitória, que vem de epidemia em 2008 e, após uso da armadilha, está entre as 14 capitais em estado de alerta para 2009, como consta do LIRAA. Em reportagens, Belo Horizonte é citada pela adesão à armadilha (...), o que não corresponde à verdade: a cidade testou-a numa região e os resultados são no mínimo inconclusivos.

A informação que tenho é que o comitê científico da dengue ainda tem dúvidas sobre sua efetividade e, para minha surpresa, o ministério anuncia de forma oficial seu uso como medida inovadora (...). Questiona-se o valor preditivo desta armadilha, sua sensibilidade, sem falar na avaliação de custo-benefício no uso rotineiro.

Outros municípios adquiriram a armadilha, que vem acompanhada da ferramenta Monitoramento Inteligente da Dengue. Quem ousa ser contra um "monitoramento inteligente"? (...) Aqui já virou decisão de governo, com envolvimento da Fapemig e declaração oficial do vice-governador (metade do recurso para dengue do estado = 3 milhões de reais). Nos bastidores, os técnicos questionam a decisão, mas não se sentem em condições de opinar. Cumpra-se! Acredito que a armadilha tenha sua utilidade. Entretanto, não se pode compactuar com uma imposição de lobbies e adotar de forma precipitada, com custo considerável, uma estratégia sem que seja muito bem analisada.

Escrevo à *Radis* confiando em sua isenção, independência, agilidade na publicação e penetração nos meios científicos, leitura por profissionais usuários da saúde. Mas principalmente pelo seu histórico em defesa da Saúde Pública.

♦ José Eduardo Marques Pessanha, Belo Horizonte

EXPEDIENTE



Ministério da Saúde



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

Periodicidade mensal
Tiragem 65.500 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 (Milênio)
Reportagem Katia Machado
(subedição/Milênio), Adriano De Lavor

e Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio) e Dayane Pereira Martins (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes

Informática Osvaldo José Filho e Tiago Souza de Oliveira (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 (a seção *Radis* na *Re-de* é semanal; *Exclusivo para web* contém informações adicionais às matérias publicadas)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

AGROTÓXICOS E SUICÍDIO

Li com interesse a matéria "Panorama tão rico quanto vulnerável" (*Radis* 76). Quero cumprimentar a equipe pelo ótimo nível das reportagens. (...) Gostaria de destacar o primeiro parágrafo do subtítulo "Intoxicação humana", no qual o repórter Adriano De Lavor aborda a ausência de medidas restritivas ao uso de alguns agrotóxicos diretamente ligados a suicídios.

Sou jornalista e faz algum tempo escrevi reportagem de três páginas em revista evangélica sobre a questão do uso desses perigosos agrotóxicos.

Em muitas cidades, na cultura de diversos produtos, acontecem tragédias sem conta com pessoas que se suicidam, vitimizadas pelos terríveis efeitos colaterais desses produtos. Esteve numa cidade de Minas onde acontecem suicídios quase todos os dias, por causa dessa questão. A depressão, um dos efeitos colaterais, é que leva as pessoas a esse triste desfecho.

Sugiro reportagem urgente e exclusiva sobre o assunto, que não pode apenas ficar perdido no meio de outro texto.

♦ Maria José Resende, São João de Meriti, RJ

MAIS SAÚDE DO HOMEM

Gostaria de parabenizá-los pela matéria "Hora de quebrar paradigmas" (*Radis* 74). Sou enfermeiro, me formei em 2004, e meu TCC foi "exame de toque retal para detecção precoce de câncer de próstata em Rio do Pires, Bahia", no qual pude constatar que a maioria dos entrevistados nunca realizara o exame por desconhecimento e falta de profissional qualificado: piadas e preconceito não foram o motivo para a não-realização; contudo, com a política nacional de atenção à saúde do homem, esperamos um serviço resolutivo e de qualidade para a tão esperada "hora de quebrar paradigmas"

♦ Kleber Almeida, Rio do Pires, Bahia

A SAÚDE EM CONSTRUÇÃO

Tenho o prazer de há mais de dois anos ser assinante dessa maravilhosa revista. Com muita alegria, recebi meu primeiro exemplar quando era aluno de graduação e hoje sou enfermeiro. Gostaria de parabenizá-los pelas discussões instigantes e reflexivas acerca dos mais variados temas e em especial pela matéria "A saúde em construção" (nº 72), verdadeira viagem aos 20 anos da Constituição Cidadã, na luta por um sistema de saúde equânime, integral, direito de todos. Felicitações.

♦ Andrew Samuel R.M.S. Oliveira, Apodi, RN

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

BOA NOTÍCIA PARA OS AMBIENTALISTAS

Steven Chu, pesquisador de física experimental que recebeu o Prêmio Nobel em 1997, será o secretário de Energia de Barack Obama, que toma posse na presidência dos Estados Unidos no dia 20 deste mês. Professor da Universidade da Califórnia em Berkeley, lá dirige, desde 2004, o Lawrence Berkeley National Laboratory, no qual incentiva seus pesquisadores a desenvolverem tecnologias alternativas de combate ao aquecimento global e de inversão das mudanças climáticas.



FOTO: UCLA BERKELEY

brou em novembro ao *New York Times* Reed L. Russell, indicado pelo próprio Bush para a comissão Equal Employment Opportunity. ONGs, associações médicas e hospitais protestaram "contra a submissão da saúde a crenças religiosas", no que consideram o último agrado de Bush aos conservadores. "É imoral que o governo, que prometeu transição pacífica ao presidente eleito, use sua última oportunidade de politizar a saúde da mulher", disse ao *Los Angeles Times* (3/12) Cecile Richards, da organização Planned Parenthood. Vários congressistas já anunciaram à imprensa que pretendem rejeitar o projeto.

INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

O segundo relatório do governo brasileiro sobre a situação da infância e adolescência no país, conforme acordado em 1989 na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, da Organização das Nações Unidas, estava para ser entregue em dezembro à Câmara dos Deputados para análise. O "relatório sombra", elaborado pela sociedade civil, que pode ser enviado até seis meses depois, deverá ser concluído neste início de ano.

O Brasil sempre entrega seus relatórios com atraso, informou a Agência de Notícias sobre os Direitos da Infância (Andi). Estavam previstos relatórios para 1992, 1997 e 2002, mas o país só apresentou o primeiro em novembro de 2003, 11 anos depois do acordado — o único dos 192 países signatários da Convenção que nunca enviara documento algum. A entidade responsável pelo preparo do relatório é a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. O documento segue depois para o Ministério das Relações Exteriores, que o remete à ONU.

Segundo a consultora Ludmila Palazzo, da equipe de relatores, foi superada uma das maiores críticas aos nossos relatórios, a desagregação de dados. "Nosso sistema de informação já traz análises por segmento, dividindo por gênero, cor, idade", contou. "Não conseguimos ainda contabilizar a totalidade de dados de crianças indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais, por exemplo". Segundo ela, a área de saúde "também foi bastante desafiadora".

O relatório da sociedade civil, coordenado pela Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e

ÚLTIMO AGRADO AO CONSERVADORISMO

O presidente Bush aproveitou seus últimos dias de governo para anunciar nova lei, o "direito de consciência", que permite que hospitais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e até o "trabalhador que limpa instrumentos" recusem procedimento que considerem "moralmente reprovável", seja aborto, inseminação artificial ou controle de natalidade.

Por mais de 30 anos, a lei permitiu que profissionais se recusem a fazer aborto, mas a nova regra vai mais longe: autoriza que se neguem até a dar informação sobre qualquer coisa que "viole suas crenças", como a pílula do dia seguinte. Estariam sujeitos à lei 584 mil instituições que recebem verbas federais, incluindo 4.800 hospitais, 234 mil consultórios e 58 mil farmácias.

Enquanto se debate o cumprimento do dever pelo profissional de saúde acima de credos pessoais, no Texas um farmacêutico se recusou a prescrever anticoncepcional de emergência a vítima de estupro. Na Virgínia, mulher de 42 anos, com dois filhos, engravidou ao lhe negarem a pílula do dia seguinte. Na Califórnia, um médico recusou inseminação artificial a lésbicas (e foi condenado na Justiça estadual por discriminação ilegal com base em orientação sexual). Um hospital religioso do Nebraska recusou aborto a jovem de 19 anos com embolia.

"É jogar fora 40 anos da lei dos direitos civis, que proíbe discriminação no emprego com base em religião", lem-

do Adolescente (Anced), vai tratar dos seguintes temas: sistema de proteção; homicídios, atentados à vida, integridade física, tortura e punições corporais; crianças privadas de seu ambiente familiar; violação do direito à educação; violação do direito à saúde; aplicação e execução das medidas socioeducativas; violências sexuais; e exploração econômica.

AGROTÓXICOS AINDA NA MIRA DA ANVISA

No início de dezembro a Anvisa ainda aguardava notificação formal para retomar a análise dos 14 princípios ativos presentes em 235 agrotóxicos vendidos no país (*Radis* 76). Em novembro, a agência venceu batalha judicial com os fabricantes. “Perdemos um ano nessa batalha”, disse ao *Jornal do Brasil* (4/12) a gerente de Normatização e Avaliação da Anvisa, Letícia Rodrigues. Os no-

vos laudos devem ser concluídos até 120 dias depois de reiniciados os trabalhos.

Oito dessas substâncias estão sob investigação da FDA — agência americana de regulação de alimentos e remédios — por suspeita de provocarem desregulação endócrina, o mesmo problema que estaria reduzindo a taxa de nascimento de bebês masculinos no Paraná, segundo estudo da biomédica Gerusa Gibson, da Ensp/Fiocruz, em municípios essencialmente agrícolas entre 1994 e 2004, o que sugere alta exposição ambiental a agrotóxicos nessas localidades. Alguns agrotóxicos são poluentes ambientais que causam alterações hormonais e prejudicam a saúde reprodutiva, causando redução da fertilidade masculina, abortos espontâneos e malformações congênitas. A pesquisadora usou como referência o consumo de agrotóxico em 1985 para analisar os nascimentos ocorridos oito anos depois.

Mais de 300 municípios foram pesquisados, mas o estudo priorizou 10 cidades com redução mais substancial, todas de até 10 mil habitantes. Em Jardim Olinda, por exemplo, onde estão na agropecuária cerca de 14% da população, o número de nascimentos masculinos caiu de 62,5% em 1994 para 26,3% em 2004. Em Doutor Camargo, com 36,3% da população na agropecuária, a taxa caiu de 50,4% para 40,3% no período. A proporção normal de nascimentos masculinos é de 51,5%.

“Os números são preocupantes”, disse a pesquisadora, “mas o mais preocupante é que se o consumo de agrotóxico já afetou a razão de sexo, devem ter ocorrido desfechos mais graves, principalmente casos de câncer e infertilidade”. Para a chefe da Vigilância Sanitária do Paraná, Suely Vidigal, estudos como esse são fundamentais para que se mude o perfil de consumo. “O Brasil é o segundo consumidor mundial de agrotóxicos”.

HIV-AIDS: PELA PREVENÇÃO ABRANGENTE

Em artigo para a *Folha de S.Paulo* de 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids, o infectologista Caio Rosenthal e o ativista Mário Scheffer pedem que o Brasil assuma os fracassos da prevenção: “Dobrou em uma década a incidência entre homens e mulheres com mais de 50 anos”, diz o texto. Aumentaram os registros de Aids entre a população escolarizada, com oito a 11 anos de estudo. Os homossexuais, sobretudo os mais novos, vivem o “rebote” da epidemia e engrossam as taxas de infecções recentes. Norte e Nordeste seguem tendência de aumento. Superlotados, presídios continuam campo fértil para a propagação da doença. E nunca deixaram de estar em

condições de vulnerabilidade os profissionais do sexo, as mulheres pobres, os jovens que iniciam a vida sexual cada vez mais cedo, as travestis e as transexuais, os usuários de drogas, os portadores de transtornos mentais.

E mais: “Para um programa que almeja ser um dos melhores do mundo, a baixa testagem anti-HIV na população revela falha grave na prevenção”. Para os autores, o que falhou foi a tentativa de reduzir o sexo a ato antisséptico. “O ser humano faz sexo para procriar, por prazer, por dinheiro ou quando é forçado a isso”, afirmam, e a prevenção exige mudanças radicais, que respeitem as escolhas individuais, mas também os contextos nos quais as pessoas estão inseridas. “O uso permanente da camisinha é a pedra de toque da prevenção”, defendem. “Talvez a

maior ameaça à prevenção da Aids no Brasil seja o arrefecimento da aliança entre a sociedade civil, os profissionais de saúde, a mídia e o poder público”.
 “Talvez a maior ameaça à prevenção da Aids no Brasil seja o arrefecimento da aliança entre a sociedade civil, os profissionais de saúde, a mídia e o poder público”.

HIV-AIDS: CIDADANIA EM PERIGO

Também no dia 1º/12, o psicólogo Jaques Jesus, presidente da Federação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Distrito Federal e Entorno, publicou duro artigo no *Correio Braziliense* contra o que considera “a homofobia da Anvisa”, que proíbe a doação de sangue por homens homossexuais. O autor cita o Canadá, que no ano passado proibiu a doação de órgãos de homens que tenham mantido relações homossexuais nos últimos cinco anos. “Trata-se, obviamente, de fruto podre da homofobia (...) infiltrada no Estado, a qual vincula a orientação sexual das pessoas homossexuais a riscos de saúde”. Segundo Jaques, é crença antiética e sem embasamento científico, visto que, segundo a OMS, não há grupos de risco, mas condutas



FOTO: MAGDA FERNANDA/MS

No Dia Mundial de Luta contra a Aids, 1º de dezembro, a instalação da campanha “O preconceito isola”, no Congresso Nacional, em Brasília

LAVOURA DE CANA EM RONDÔNIA

“Lembram das promessas de Carlos Minc (Meio Ambiente) e Reinhold Stephanes (Agricultura) de que nenhum novo projeto para plantio de cana-de-açúcar seria autorizado na Amazônia a partir de agosto? Pois faltou combinar com Ivo Cassol, controverso governador de Rondônia”, diz nota no site *O Eco* (28/11/08). “O município de Cerejeiras anuncia feliz que está colhendo sua primeira safra e que, em 2010, estará produzindo álcool. Tudo com incentivos do governo estadual. A idéia dos produtores locais é ter pelo menos 100 mil hectares cultivados”.

EUROPA PEDE DESMATAMENTO ZERO ATÉ 2030

Em Poznan, Polônia, na 14ª Conferência da ONU sobre Mudanças Climáticas, a União Européia apresentou proposta

de desmatamento zero para o próximo acordo climático, o chamado “pós-Kyoto”, informou também o *Eco*: desmatamento global de florestas tropicais cortado pela metade até 2020 e zerado em 2030. Para isso, os europeus sugerem a criação de um fundo internacional de US\$ 20 bilhões anuais para financiar o combate à derrubada — a mesma proposta que o Brasil defende desde 2005 na Convenção do Clima.

PERDÃO PARA A MOTOSSERRA

Proposta do ministro da Agricultura, Reinhold Stephanes, de mudança no Código Florestal, libera o plantio de dendê e outras espécies exóticas em áreas de recuperação de floresta nativa na Amazônia e dá perdão a quem destruiu áreas de preservação permanente até julho de 2007.

Roberto Smeraldi, diretor da Amigos da Terra Amazônia Brasileira, disse à *Folha*

de S. Paulo (4/12) que essa radicalização de discurso é “tática” dos ruralistas, para que as propostas anteriores pareçam “mal menor”. O projeto que está na Câmara, apelidado de “floresta zero”, é criticado porque, na prática, reduz a reserva legal (percentual mínimo de floresta a ser preservado em imóveis rurais) na Amazônia de 80% para 50%. A proposta de Stephanes reduziria essa reserva a 30%.

FEBRE MACULOSA ASSUSTA O RIO

O empresário sul-africano William Charles, de 53 anos, morreu em dezembro no Rio, para onde viajara a negócios, de febre maculosa (*Radis 40*), infecção grave provocada por rickettsia (*Rickettsia rickettsii*), segundo constatou a Fiocruz após testes nas amostras de sangue coletadas por técnicos do Ministério da Saúde. Antes do resultado, o Brasil notificou a Opas, países vizinhos e o consulado da

de risco, que independem da orientação sexual. “E, lamentavelmente, o governo brasileiro mantém conduta semelhante à do Canadá, reverberando os ecos nefastos da criminalização dos homossexuais praticada durante a Inquisição e abolida em 1823 neste país”.

A doação de sangue, definida como “ato de cidadania”, a parcela expressiva de cidadãos saudáveis, afirma, conforme a RDC 153/2004, que se baseia em “ideologia anacrônica”. Jaques lembra que em algumas unidades da Federação como o Distrito Federal há mais heterossexuais infectados (57% dos portadores) do que homossexuais (19,4%), segundo a Secretaria de Saúde distrital. “Essa resolução afronta a Constituição Federal e todas as leis que punem a homofobia”, diz o autor, e estimula a “percepção preconceituosa de que os gays são transmissores de doenças, tal qual faziam os nazistas com os judeus”.

“Os perversos itens da RDC 153/2004 referentes à exclusão de homossexuais têm de ser revogados”, conclama o autor. “Enquanto isso, brasileiros mentirão deslavadamente para os malfadados questionários de doação de sangue”.

HIV-AIDS: LIBERDADE AMEAÇADA

A OMS nomeou o Brasil para liderar negociações internacionais sobre a restrição à entrada de

imigrantes ou turistas soropositivos em muitos países. Para a especialista em Aids Jessica Arons, do American Progress, o fim das proibições será alcançado quando organismos internacionais se unirem. “São violações dos direitos humanos e é preciso que se denuncie para que sejam reconhecidas como crime”.

HIV-AIDS: MAIS TESTES EM 2009

Ano	Testes	Aumento %
2004	150.000	100%
2005	510.980	240,7%
2006	579.640	13,4%
2007	1.225.175	111,4%
2008	1.622.935	32,5%
2009	3.300.000*	103,3%

* Estimado

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Ainda no dia 1º, boas notícias Ano site do Programa Nacional de DST/Aids. Diante da estimativa de que 255 mil brasileiros estejam infectados pelo vírus da aids e ainda não tenham feito teste, o programa enviará aos estados 3,3 milhões de kits para teste rápido anti-HIV em 2009 — o dobro do que foi repassado em 2008. Com investimento de R\$ 18 milhões, a iniciativa visa ampliar o diagnóstico da infecção, hoje tardio em 40% dos casos. Os kits, de Bio-Manguinhos/Fiocruz, já têm tecnologia 100% nacional.

HIV-AIDS: SOBREVIDA MAIOR

O Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS, por sinal, divulgou com seu boletim anual o “Estudo de Sobrevida de Pacientes de Aids no Brasil” (www.aids.gov.br): a sobrevida das pessoas que vivem com aids nas regiões Sul e Sudeste dobrou entre 1995 e 2007. Ver no Radis na Rede (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/150.html)

REDUÇÃO DE DANOS PASSA NA CÂMARA

Com oposição dos parlamentares evangélicos, a bancada do governo ligada à saúde aprovou em 3/12 projeto que legaliza a distribuição a usuários de drogas de seringas, agulhas e preservativos. Essa política, chamada de redução de danos, é adotada há anos pelo Ministério da Saúde. A proposta, da deputada Cida Diogo (PT-RJ), tramitava há dois anos, tendo sido retirada de pauta por 19 vezes na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara. O texto seguiu para o Senado.

A política de redução de danos visa a diminuição da transmissão do vírus HIV. O deputado Alcení Guerra (DEM-PR), ex-ministro da Saúde, que votou a favor, lembrou que adotou essa política quando era prefeito de Pato Branco (PR), na década de 90. “Distribuímos sem precisar de portaria, decreto, o que fosse”, contou ele ao *Globo* (4/12).

África do Sul. Foram liberadas as pessoas que estavam sendo monitoradas porque tiveram contato com fluidos do paciente, internado em dois hospitais privados.

A pessoa infectada apresenta os primeiros sintomas da doença em sete dias, em média. Charles sentiu-se mal no dia seguinte de sua chegada ao Brasil.

AMBULÂNCIAS, O RETORNO

Após dois anos de constrangimento pelo escândalo da máfia das ambulâncias, o Orçamento 2009 voltou a apresentar emendas, de R\$ 10,3 milhões, para compra de ambulâncias — em 2006, foram R\$ 34,5 milhões, em 2007, R\$ 1,5 milhão. Os deputados Mário Couto (PSDB-PA) e Mauro Nazif (PSB-RO) apresentaram, sozinhos, emendas de R\$ 1 milhão; Vic Franco (DEM-PA) apresentou emendas de R\$ 488 mil em municípios do Pará, mas a maior emenda foi da bancada do Rio Grande do Norte: R\$ 6 milhões.

“É um absurdo você se acovardar se não tem nada a ver com isso, se não apresentou emendas para essa gangue”, disse Franco ao *Correio Braziliense* (3/12/08). O deputado Wandelkolk Gonçalves (PSDB-PA), com emenda de R\$ 800 mil para compra de ambulâncias no Pará, concordou: “No primeiro ano, não coloquei por constrangimento mesmo. Estava muito viva aquela coisa. Agora, apresentei emendas para a compra de UTIs, para conexão entre hospitais e municípios”.

Reeleitos em 2006, cinco deputados citados na CPI dos Sanguessugas — João Magalhães (PMDB-MG), Pedro Henry (PP-MT), Wellington Fagundes (PR-MT), Wellington Roberto (PR-PB) e Marcondes Gadelha (PSB-PB) — apresentaram emendas, mas não para compra de ambulâncias. Os processos contra eles foram arquivados.


A PM E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

O Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves/Fiocruz) divulgou pesquisa feita de 2005 a 2007 entre policiais militares do Rio de Janeiro. A conclusão: são homens “estressados, cansados, mal pagos, insatisfeitos com o presente e com pouca crença no futuro, imobilizados pela hierarquia e magoados com a generalização de uma imagem corrupta e ineficiente na sociedade”. Este auto-retrato foi divulgado em 8/9 e publicado no dia seguinte pelo *Estado de S. Paulo*. O nível elevado de sofrimento psíquico tem resultados dolorosos: mais de 50% deles dormem mal; 48% sentem-se nervosos; 35% sentem cansaço constante; 16% têm tremores nas mãos e 5% pensam

em se matar; um quarto se diz “incapaz de desempenhar um papel útil na vida” e quase 14% choram com frequência.

É a primeira pesquisa do gênero no país, que ouviu 1.120 policiais da capital (são 21 mil no Estado do Rio), em questionários anônimos e entrevistas. O baixo salário resulta em moradia precária: muitos convivem com traficantes em favelas; para aumentar a renda, buscam outra atividade — quase 75% se empregam em segurança particular —, o que muitas vezes resulta em envolvimento com milícias, além de 20 horas semanais de trabalho extra, poucas horas de sono, nenhum lazer e muito estresse.

Nas palestras em eventos e em entrevistas à *Radis* (nº 64, por exemplo), a pesquisadora Maria Cecília Minayo

vinha dando pinceladas sobre esta dura condição dos policiais. Ela já retratara a polícia civil entre 2001 e 2003, e não esperava tanta resistência da Polícia Militar, que acabou abrindo as portas à pesquisa. Falando ao *Estadão*, Cecília disse que os PMs “arriscam a vida por muito pouco”. Em ação na rua, “um policial estressado vai ter medo ou ser agressivo demais”, observou. Uma das maiores causas do sofrimento é a imagem negativa na sociedade, que na opinião deles os trata “como lixo”. “Eles têm muito baixa auto-estima”. 

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




CLIMA E TRAGÉDIA — “Os impactos desastrosos das chuvas em Santa Catarina não são consequência do aquecimento global, mas do péssimo planejamento da ocupação do espaço.” (Wagner Ribeiro, professor do Departamento de Geografia da USP, em dezembro)

PERIGO! PERIGO! — “A bandalheira com a saúde pública vai se generalizar nas nossas barbas. Em vez de mais recursos com a regulamentação da EC 29, o pior está por vir: a reforma tributária. Vamos perder recursos não só federais, como também estaduais. A idéia maquiavélica de Paulo Bernardo, engendrada no governo de Zeca do PT (MS) e imitada por outros estados, consta agora do projeto da reforma: subtrair dinheiro da arrecadação estadual — depósitos em fundos de desenvolvimento exoneram do respectivo recolhimento de ICMS — antes que sejam alocados os 12% da saúde e os 25% da educação! A saúde perderá mais 3 bi anuais!” (Gilson Carvalho, na primeira Domingueira de dezembro)

CEBES EMAÇÃO — O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde publicou três textos contundentes: o manifesto “20 Anos do SUS: celebrar o con-

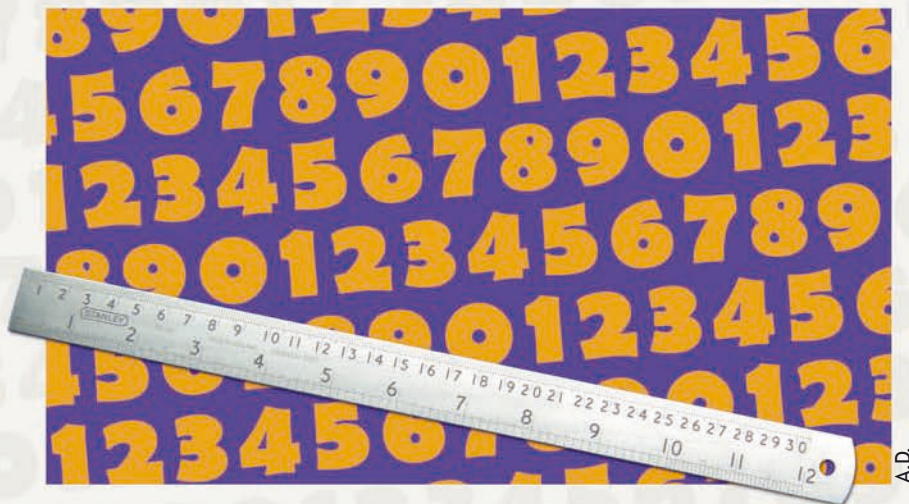
quistado, repudiar o inaceitável”, listando as mazelas que persistem no sistema apesar dos avanços; a “Carta do Rio de Janeiro: em defesa da Seguridade Social”, assinada no lançamento por 24 organizações e 75 personalidades; e o artigo “Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS”, da presidente do Cebes, Sonia Fleury, que contesta interpretações errôneas do sistema por parte de figuras públicas. Um resumo do artigo está no *Pós-Tudo* (pág. 23), e a íntegra dos textos, no *Radis na Rede* (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/149.html).

AMIANTO: ATÉ QUANDO?

Morreu na madrugada do dia 9 de dezembro, aos 51 anos, Ruth Maria Nascimento, outra vítima precoce da asbestose, provocada pela fibra cancerígena do amianto. Presidente da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea-RJ), Ruth é a terceira perda entre os personagens das matérias que publicamos contra o amianto (*Radis* 29, 48, 69). Nossa redação pergunta: até quando? Quantos precisam morrer para que essa fibra assassina seja banida de vez, como fizeram vários países? Alguns deles mudaram seu “negócio” criminoso para o Brasil, exportando suas mortes. Já que Executivo, Legislativo e Judiciário nada fazem, pelo contrário, dobram-se ao poder dos “empresários” do setor, a quem recorrer? Sugestões são bem-vindas. 



Solução à vista para discordâncias



A.D.

Bruno Dominguez

O fim de 2008 foi marcado por um caso de discordância entre dados de relatórios globais e do governo brasileiro quanto à situação da saúde no país, reabrindo a discussão sobre a eficiência do nosso sistema de informação. Em novembro, o Relatório sobre a Situação da População Mundial 2008, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), apontou o Brasil como o terceiro país da América do Sul com pior taxa de mortalidade infantil em 2008, atrás apenas de Bolívia e Paraguai. Segundo o documento, a cada mil nascidos vivos no país, 23 morrem antes de completarem 1 ano — em 2007, o país ficara em quarto lugar, com 24 mortes por mil nascidos vivos.

Para o ministério, os números são outros: entre 2000 e 2006, a taxa de mortalidade de menores de 1 ano caiu de 26,8 para 20,4 por mil nascimentos; entre 2000 e 2005, a de menores de 5 anos diminuiu de 29,9 para 25,2 a cada mil nascimentos. A pasta calcula que o índice tem queda de 5,2% ao ano, em média, e prevê que atingirá já em 2011 a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de reduzir em dois terços os índices de mortalidade infantil — quatro anos antes do prazo estabelecido pela ONU, 2015 (*Radis* 76).

Os relatórios de organismos internacionais têm várias fontes de informação, explica o médico Otaliba

Libânio de Moraes Neto, diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde, ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde. No caso da mortalidade infantil, recorrem a estimativas do IBGE a partir das taxas do Censo até 2000. “Nosso dado é mais atualizado”, compara: considera os dados registrados por oito estados com boa cobertura do sistema de informação e, nos demais, recorre à estimativa do IBGE e às pesquisas nacionais por amostra de domicílios (Pnad) dos anos posteriores a 2000.


DOIS SISTEMAS

Os oito estados citados são Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. “Todos têm cobertura acima de 90% e regularidade no sistema”, diz Otaliba. No Brasil, a mortalidade conta com dois sistemas: o de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado há 33 anos, e o de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), implantado em 1991. “O SIM sofre melhorias contínuas, mas ainda enfrenta grave problema de baixa cobertura e irregularidade nas regiões Norte e Nordeste”, avalia. No Maranhão, é de apenas 50%, exemplifica. “Já o Sinasc tem cobertura excelente, de mais de 90%, e capta mais nascimentos do que o registro civil do IBGE em praticamente todos os estados”.

Para expandir o sistema e reduzir a proporção de mortes por causas mal definidas no Norte e Nordeste, o mi-

nistério lançou dois projetos. Um deles busca possíveis fontes de informação nos municípios — agentes comunitários de saúde, igrejas, cemitérios, parteiras — e compara com os números registrados. “No Nordeste tivemos ótimos resultados, com redução das causas mal definidas para menos de 10%”, informa. Outro projeto identifica em cemitérios clandestinos, por exemplo, óbitos não registrados, e incentiva as prefeituras a alimentarem os bancos de dados.

A confusão causada pelo relatório da UNFPA quase se estendeu aos estados: Rio Grande do Sul e Distrito Federal reclamaram de estudo do Ministério da Saúde que teve lançamento antecipado para contestar o documento internacional. O texto dizia que, entre 2000 e 2005, a taxa de mortalidade infantil aumentara mais no RS e no DF. “Na realidade, houve um erro nos cálculos, pelo qual inclusive o ministério pediu desculpas públicas”, esclarece a diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do MS, Lena Peres. “Não houve aumento nesses estados: os dados oficiais da secretaria para o ano de 2006 mostram Santa Catarina com a menor mortalidade do país (12,6 por mil nascidos vivos), seguida por DF (12,8) e RS (13,1)”.

Toda a polêmica serviu para levar a um acordo entre o governo brasileiro e organismos internacionais. Uma delegação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) se reuniu com representantes do Ministério da Saúde, da Rede Interagencial de Informações da Saúde (Ripsa) e do IBGE em novembro, no Rio de Janeiro e em Brasília. “Ficou claro que a diferença entre o nosso dado de mortalidade materna e o do Unicef, por exemplo, ocorria por ter o Unicef aplicado o fator de correção de Ramos em cima do número do Brasil, que já havia sido corrigido”, conta Lena. O Fundo reconheceu a qualidade do sistema de informação brasileiro e decidiu usar os dados do Ministério da Saúde sobre mortalidade infantil e materna para a elaboração dos seus próximos relatórios. A expectativa é que a decisão influencie outras entidades, dando fim às divergências. 




MAIS E MELHORES NÚMEROS

O 7º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que teve lugar em Porto Alegre de 20 a 24 de setembro, dedicou boa parte dos debates aos métodos empregados pelos epidemiologistas do governo e da academia para estimar mortalidade, frequência de doenças e relações exposição-doença, para testar novas intervenções ou avaliar o sistema de saúde — a partir da idéia de que método engloba construção e avaliação de serviços e práticas com base em evidências.

Na opinião dos palestrantes, apesar das falhas ainda presentes, evoluiu muito a produção de dados de saúde da população. O sistema de informação, hoje, tem cobertura ampla de coleta de dados e agrega variáveis aos indicadores — o que permite

levantamento detalhado com variações regionais e sociais. Esse debate é importante no momento em que o governo brasileiro começa a contestar a acurácia dos dados constantes de relatórios globais. (ver pág. 9)

Uma das mais concorridas palestras do Epi2008 foi a da sanitarista Maria Helena de Mello Jorge, professora da USP, sobre o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que em 2006 completou 30 anos. Ela fez parte da equipe responsável pela padronização do fluxo de informações sobre mortalidade no país e pela capacitação de profissionais no preenchimento das declarações de óbito. “Antes de 1975, quando foi criado o SIM, havia estatísticas de mortalidade somente para capitais, poucos dados sobre causas de morte e 43 modelos diferentes de atestados de óbito oficiais”, contou.

“No SIM, falta qualidade no preenchimento de alguns dados, em especial no bloco sobre óbito fetal”

Além de estipular modelo único de declaração de óbito (DO) e declaração de óbito fetal, o SIM — gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi/Funasa/MS) — definiu os fluxos dos documentos e a periodicidade

dade dos dados a serem computados. A Declaração de Óbito passou a ser impressa em três vias, pré-numeradas sequencialmente pelo Cenepi, que são distribuídas às secretarias estaduais de Saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais, que as re-passam a estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, cartórios de registro civil e médicos, denominados Unidades Notificadoras.

Na avaliação de Maria Helena, o SIM possibilita a coleta de pelo menos 90% dos óbitos no Registro Civil. Falta, porém, qualidade no preenchimento de alguns dados, em especial no bloco 5, sobre óbito fetal ou menor de um ano. Nesse caso, ainda se tem um número elevado de óbitos com o campo não-preenchido, "com anotação de *não* em caso de morte materna", avaliou. Ela citou estudo de Ruy Laurenti (2006) sobre o tema: dos 229 óbitos por causas maternas, 111 não tinham registro de presença de gravidez. "Ou seja, quase 50%".

Para a palestrante, o sistema e a qualidade dos dados foram aprimorados nesses 30 anos. Segundo a professora, os avanços podem ser atribuídos à busca ativa de óbitos em hospitais (a partir de 1995), ao cruzamento de informações entre o SIM e a Estratégia Saúde da Família (em 2000), à criação do Serviço de Verificação de Óbitos (em 2004), ao cruzamento de informações com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), à investigação de óbitos por causas mal definidas, à padronização das metodologias (quem, como, quando e onde) e à capacitação de médicos no preenchimento das DO.

Há outras perspectivas de aprimoramento: ampliação da cobertura, melhoria da qualidade das informações com menor número de investigação, preenchimento da DO pelo médico, valorização dos óbitos fetais, sensibilização e capacitação de gestores no uso das informações e avaliação contínua. "É preciso trabalhar esses dados para que respondam a nossos anseios".

O médico Otaliba Libânio de Moraes Neto, diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), coincidentemente respondeu a alguns dos anseios da professora ao tratar, em sua palestra, do futuro do SIM. Nova versão do formulário e do manual de instrução para preenchimento da DO será adotada em 2010, informou, com "diminuição dos casos ignorados".

Outras propostas estão em estudo: elaboração, impressão e distribuição

do documento "A Declaração de Óbito, documento necessário e importante", produzido com o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (centro colaborador da OMS para a família de classificações internacionais de doenças) e o Conselho Federal de Medicina; revisão da portaria que regulamenta a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações, melhorando, por exemplo, a coleta de eventos em aldeias indígenas e definindo a consolidação do ano estatístico até 30 de junho; e nova versão do sistema (em funcionamento desde janeiro de 2008), que traz avanços principalmente do ponto de vista gerencial e introduz módulo de investigação de morte materna, além de revisão das tabelas do seletor de causas básicas. "Temos consciência das limitações do SIM tanto na cobertura quanto na qualidade", reconheceu.

O problema fica evidente no percentual de óbitos com causa mal definida, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e, especialmente, na Bahia: em 2004, o Brasil apresentava índices de 12,4%, enquanto a Região Norte, de 20,8%, a Nordeste, de 23,7% e a Bahia, de 24,8%; em 2005, 10,4%, 17,7%, 17,2% e 25,3%, respectivamente; em 2006, 8,4%, 15,3%, 10,3% e 18,6%; em 2007, 8,3%, 13,8%, 9,9% e 18,1%.

"No SIH, o responsável pelo gerenciamento do sistema, em muitos casos, é o técnico do faturamento"

Para a melhoria desses indicadores, está prevista a unificação do instrumento de coleta e cruzamento dos bancos de dados do SIM, do SIH e da Apac (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo), a criação do Grupo de Trabalho-SIM e parcerias com conselhos regionais de Medicina, Estratégia Saúde da Família e ministérios públicos. Na melhoria da cobertura, foi proposto georreferenciamento dos locais de sepultamento, "para identificar, por exemplo, cemitérios clandestinos", e a elaboração de instrumentos eficazes de coleta com secretarias de Saúde e de Assistência Social. "O SIM é exemplo de avanço da disseminação da

informação", disse. "Devemos avançar ainda mais com ele".

O enfermeiro e epidemiologista Lenildo de Moura, consultor técnico da área de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (Dant/SVS/MS), abordou os sistemas de informação no setor. Os registros de câncer com base populacional (ao todo, são 26) são exemplo de sistemas efetivos na avaliação dos cânceres letais — os principais são os de pulmão, esôfago, pâncreas e fígado. Há ainda como avaliar a incidência da doença pelos registros hospitalares de câncer: são 218, sendo 163 monitorados pelo Instituto Nacional do Câncer.

Outro sistema que vem mostrando efetividade, o SIH foi criado na década de 70 como forma de a Previdência Social remunerar por serviço prestado. Em 1991, o SIH foi incorporado ao SUS e, em 2006, foi descentralizado para que cada município fizesse sua gestão, o que deu ao sistema maior qualidade e o transformou num meio de identificação de aspectos clínicos e epidemiológicos. "Ele serve de base de informação para os três níveis de governo e indicador de vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)", explicou.

O SIH cobre 80% das internações hospitalares, dando a noção dos problemas recorrentes. "Por ele, observamos que prevalecem as doenças cerebrovasculares entre os homens", exemplificou. Mas o SIH tem suas limitações, citou: não contabiliza indivíduos, e sim eventos; o procedimento hospitalar está vinculado a vários diagnósticos; não inclui internação de rede fora do SUS (cerca de 20%); o responsável pelo gerenciamento do sistema, em muitos casos, é o técnico do faturamento; e tem pouco domínio na utilização de tabuladores e de resgate dos dados disponibilizados pelo Datasus.

A avaliação das DCNT conta ainda com o sistema Apac, criado em 1997 e implantado em 1999. Para Lenildo, a Apac é indicador eficaz de doenças crônicas não-transmissíveis como cânceres e problemas renais. Isso porque deles constam informações sobre o paciente e sua equipe e sobre os serviços prestados de quimioterapia, radioterapia e de Terapia Renal Substitutiva (TRS). "A incidência de doença renal crônica terminal na Apac, entre 2000 e 2006, foi maior entre pessoas com mais de 75 anos, mostrando um envelhecimento da população", informou. Pela Apac, sabe-se que o país dispõe de 644 serviços de quimioterapia, excluindo Acre e Roraima, e 182 serviços de radioterapia.





As potencialidades desse sistema são muitas: permite traçar perfil epidemiológico, de mortalidade, de prevalência, de número de transplantes e custos; fazer análise da sobrevida e das complicações; e elaborar indicadores epidemiológicos e econômicos. Para Lenildo, outra limitação já identificada do sistema é a validade da Apac, de apenas três meses.

O Brasil adotou em 2006 o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, o Vigitel, tema do painel "Uso de entrevistas telefônicas em inquéritos populacionais sobre fatores de risco". Coube à coordenadora de Dant da SVS/MS, a médica Deborah Carvalho Malta, apresentar o sistema, que tem a função de levantar a distribuição e a evolução dos principais fatores de risco para doenças crônicas no país — consumo de álcool e cigarro, obesidade, atividade física, diabetes, colesterol.

Testado em São Paulo, Botucatu, Belém, Florianópolis, Goiânia e Salvador entre 2003 e 2005, o Vigitel foi expandido para todas as 26 capitais e o Distrito Federal em 2006. Hoje, são 60 operadores que se revezam em três turnos, trabalhando inclusive aos sábados e domingos. Segundo Deborah, o investimento se justifica pela rapidez tanto da coleta de informações quanto da análise e da divulgação — em 2007, as entrevistas começaram em julho, terminaram em dezembro e os dados estavam disponíveis em abril de 2008. O custo, ressaltou, é baixo se comparado ao de pesquisas domiciliares.

Duas mil pessoas são entrevistadas em cada capital por ano, todas maiores de 18 anos, escolhidas por sorteio. Elas respondem a um questionário com perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas, padrão de



alimentação, atividade física, composição corporal (peso e altura), consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, auto-avaliação do estado de saúde e diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes. Ainda há um rodízio de outros temas. A principal barreira para a expansão do sistema é o número reduzido de linhas telefônicas fixas no Norte e no Nordeste, o que demanda estratégia para diminuir o viés da pesquisa.

"Os fatores de risco se concentram nos homens: sobrepeso, tabagismo, álcool e gordura"

Entre os resultados, Deborah destacou que os fatores de risco estão concentrados nos homens — sobrepeso, tabagismo, consumo abusivo de álcool e de carne com gordura. Os que têm escolaridade maior apresentam mais excesso de peso e sedentarismo; os de menor escolaridade, fumam mais e comem carne com gordura em maior quantidade. De acordo com ela, ainda é cedo para comparar os dados do Vigitel, mas já é possível perceber a redução do consumo de carne com gordura e o aumento da prevalência de obesidade e do abuso de bebidas alcoólicas.

Os inquéritos já realizados apontam um cenário preocupante em relação às DCNT em algumas regiões brasileiras, especialmente Norte e Nordeste, mostrou a palestrante. No caso das doenças

do aparelho circulatório, há tendência de queda nos estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde o acesso à informação é maior, e de crescimento no Norte e no Nordeste. "A queda das taxas dessas doenças em algumas regiões pode também ser atribuída à expansão da Rede de Atenção Básica", salientou.

Em todas as faixas etárias, o índice de doenças cérebro-vasculares caiu entre 1995 e 2005. Há um declínio das diabetes no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, que leva à redução da taxa brasileira, mas aumento no Nordeste/Norte entre 1996 e 2006. Todas as taxas de mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão caíram entre homens e aumentaram entre mulheres entre 1980 e 2003. "As mulheres passaram a fumar mais a partir da década de 80", justificou.

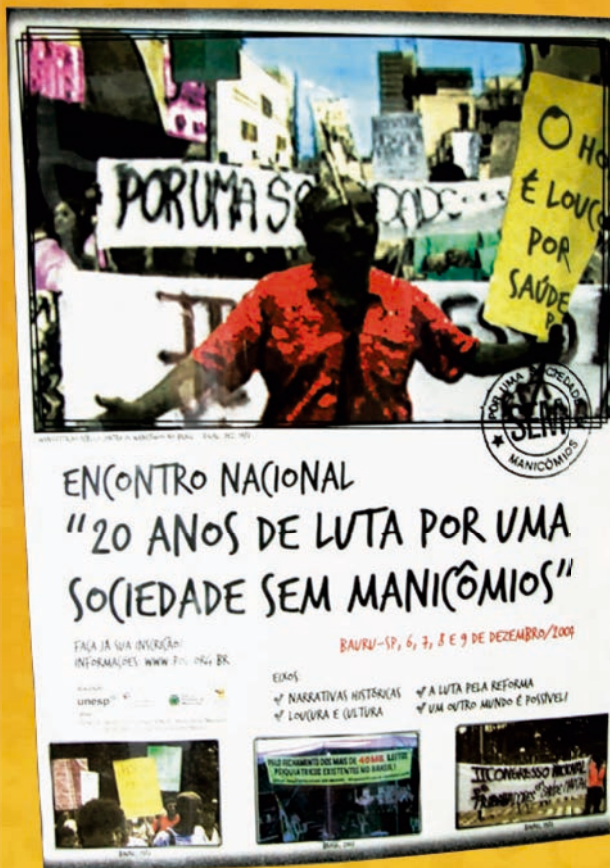
A taxa de câncer de mama cresceu em todas as regiões, com exceção da Sudeste, entre 1996 e 2006, e caiu a taxa de câncer de colo do útero no país. Segundo o Vigitel de 2007, há maior predomínio de fatores de risco entre os homens, seja por excesso de peso, consumo de carnes com gordura ou inatividade quanto por consumo de álcool. A frequência é ainda maior entre homens com menor escolaridade, sobretudo na relação do risco de adoecer com a falta de atividade física. Ela propôs que se coloquem as DCNT na agenda de prioridades da saúde pública, garantindo financiamento, capacitando profissionais, sensibilizando outros setores da sociedade e avançando na legislação. "A proibição da propaganda de cigarro e a Lei 11.705, ou *Lei Seca*, como ficou conhecida, já são alguns avanços", citou.

O painel "PND-2006: Estado nutricional e segurança alimentar da população brasileira" apresentou os resultados sobre desnutrição infantil, aleitamento





Os cartazes da mostra itinerante "A luta por uma sociedade sem manicômios: a arte do movimento", do projeto Loucos pela diversidade (Laps/Ensp)



materno e prevalência e determinantes da insegurança alimentar da recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), financiada pelo Ministério da Saúde e executada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). Coube à primeira palestrante, Elza Berquó, coordenadora da Área de População e Sociedade do Cebrap, explicar o que é a PNDS, sua metodologia e objetivos. "Ela traça um perfil da população feminina em idade fértil (entre 15 e 49 anos) e filhos menores de 5 anos no Brasil", esclareceu.

A pesquisa foi feita em 1986, quando o Brasil entrava na 1ª fase internacional do inquérito demográfico de saúde, em 1996, na terceira fase e, em 2006, na quinta fase internacional. De acordo com Elza, também professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, os resultados fornecem subsídios para avaliação dos avanços na saúde da mulher e da criança, além de permitir comparações internacionais e auxiliar na formulação e em readaptações de políticas e estratégias de ação. A comparação de resultados permite ainda que se avaliem as transformações ocorridas no país.

A edição 2006 abrangeu as cinco macrorregiões brasileiras: 14.617 domicílios em 674 municípios, com 15.575 mulheres e 5.056 crianças menores de 5 anos (4.957 vivas no momento da entrevista). Foram duas etapas: sorteio aleatório dos conglomerados e sorteio dos domicílios. A pesquisa de campo, entre novembro de 2006 e maio de 2007, teve orientação do Ibope. Os métodos de coleta: entrevistas domiciliares, mensurações antropométricas (altura e peso de mulheres e crianças e circunferência da cintura de mulheres),

amostras de sangue para dosagens de vitamina A e hemoglobina e informações sobre o teor de iodo disponível no sal consumido nos domicílios.

Os tópicos pesquisados: fecundidade e aspectos reprodutivos; planejamento da fecundidade; anticoncepção; gravidez, parto e puerpério; conjugalidade e atividade sexual; saúde da criança; amamentação e alimentação; avaliação antropométrica do estado nutricional de crianças e mulheres; segurança alimentar; acesso a medicamentos e micronutrientes.

Carlos Augusto Monteiro, coordenador científico do Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Nutrição e Saúde da FSP/USP – instituição parceira –, ao analisar as causas do declínio da desnutrição infantil, comparou resultados: a desnutrição teve redução de 50% nos últimos 10 anos. Os índices saíram do patamar de 13% para 7% na comparação com 1996. A região com maior prevalência de desnutrição é a Norte, com cerca de 15%. A maior redução – 73% – foi encontrada no Nordeste (de 22,1% para 5,9%), seguido pelas regiões Centro-Oeste (11,0% para 6,0%) e Norte (21,0% para 14,0%). Nas regiões Sul e Sudeste, os valores permaneceram estáveis, em torno de 7%.

Em sua análise, a desnutrição aguda (avaliada pela relação peso/altura, que pode matar) praticamente desapareceu, enquanto a desnutrição crônica diminuiu 50%, em especial no Nordeste e entre as

famílias mais pobres. Pela relação altura e idade, a prevalência da desnutrição caiu de 37,1 em 1975 para 19,7 em 1989, 13,5 em 1996 e 6,8 em 2007. Pela relação peso para altura (para medir casos mais agudos de desnutrição), a prevalência era de 6,4 em 1975, caiu para 2,4 em 1989, subiu para 2,5 em 1996 e caiu mais uma vez para 1,6 em 2007: 1,5% da população brasileira abaixo de 5 anos apresentou déficit de peso em relação à altura.

A redução é também observada na prevalência de crianças com retardo de crescimento: "Em 2007, o Brasil apresentou taxas menores que o México, que tem PIB bem maior", comparou Carlos, ao explicar que 54% da variabilidade do risco de desnutrição podem ser explicados pela renda do país.

As maiores prevalências de desnutrição infantil foram encontradas entre as mães de baixa escolaridade. As principais causas da redução: maior escolaridade materna influenciou em 24,6%; aumento do poder de consumo das famílias, 22,5%; maior assistência à saúde, 10,4%; acesso a água e esgoto, 5,8%; outros fatores, 36,7%. "Estimamos que o efeito dessas variáveis represente redução ainda maior entre 1996 e 2006, de 63%", calculou. Outros fatores influenciam nessa mudança: programas de transferência de renda, como o Bolsa-Família, e o reajuste do salário mínimo acima da inflação.

Ana Maria Segall, também do Cebrap, informou que 96% das crianças menores de cinco anos foram amamentadas alguma vez e 43% delas, logo na 1ª hora após o parto, como recomenda o Ministério da Saúde: o colostro é rico em anticorpos. Em 1996, apenas 33% das crianças recém-nascidas foram amamentadas nesse momento – 7 mil mortes até o primeiro ano de vida poderiam



FOTOS: ROGÉRIO LANNES

Todas as taxas de mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmão caíram entre homens e aumentaram entre mulheres de 1980 para 2003. **“As mulheres passaram a fumar mais a partir da década de 80”**, informou Deborah Malta (SVS/MS).

ser evitadas com a amamentação na primeira hora.

No Nordeste, por exemplo, o número de crianças amamentadas nessa fase, em 2006, foi maior que nos 10 anos anteriores: 51,4% contra 37,3%. Nas primeiras 24 horas, alcançou praticamente a totalidade em 2006 (99,1%), contra 65,7% de 1996. “Apesar desse ganho, temos ainda grande consumo de alimentos pré-lácteos, sem grande diferença entre a área urbana e rural”, informou.

Na Região Sul, a prevalência do aleitamento materno na 1ª hora foi de 34,4%, e 22% de uso de pré-lácteos. As mulheres negras aparecem com 46,9% na 1ª hora; mulheres com 9 anos ou mais de escolaridade, com 38,1%; 19,3% das mulheres negras usam pré-lácteos, contra 24,1% de mulheres com 9 anos ou mais de escolaridade.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 48% entre as crianças de 0 a 1 mês de vida, 48,2% entre 2 e 3 meses, 14,4% entre 4 e 5 meses e 38,6% entre 0 e 5 meses. Comparada a 1996, a duração da alimentação exclusiva com leite materno subiu de 1 mês para 2,2 meses. O aleitamento materno deve ser o alimento exclusivo até seis meses de vida, e complementado com outros alimentos até os 2 anos ou mais. Mas 52,5% das crianças menores de 5 anos foram desmamadas com 1 ano e 75,2%, com 24 meses, revelou a pesquisa de 2006. “O que mais chamou atenção: os 14,6% de crianças entre 0 e 1 mês que já haviam comido mingau e 28,1%, leite não-materno”, contou. “A prática do aleitamento exclusivo ainda está distante dos padrões recomendados”.

A segurança alimentar e os graus de insegurança, informou, foram medidos pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, com quatro graus de severidade: segurança alimentar (todas

as necessidades satisfeitas), insegurança leve, moderada e grave (restrição de alimentos que gera fome). Do total de mulheres ouvidas, 62,5% consideraram ter acesso a comida em quantidade e qualidade suficientes, mas a insegurança alimentar grave foi constatada em 4,8% dos domicílios. O maior percentual de segurança foi registrado na Região Sul (75%) e o menor, no Nordeste (45,4%). Na área urbana, a pesquisa revelou 63,8% de segurança alimentar e 4,5% de insegurança grave. Na área rural, 56,2% e 6,1%. Cerca de 4,7% dos domicílios referiram vulnerabilidade alimentar. Em 2004 (Pnad/IBGE) era de 6,5%, redução de quase 30%.

Famílias chefiadas por mulheres aparecem em condições piores que as chefiadas por homens: 4,6% em insegurança grave contra 5,4%. Na análise de domicílios com moradores que recebem recursos por políticas de transferência de renda, 12% relataram viver em insegurança alimentar grave e 37,6%, em segurança alimentar. O meio rural tem menor insegurança (31,3% a 37,1%) que o urbano.

Outro painel sobre a PNDS-2006, “Saúde e reprodução”, revelou redução das taxas de fecundidade, crescimento do acesso ao pré-natal e do percentual de mulheres que usam o SUS como fonte para anticoncepcionais. A primeira palestrante, a professora Tânia Di Giacomo do Lago, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, também pesquisadora do Cebrap, informou que, em 1996, 14% das mulheres não haviam feito consulta pré-natal. Em 2006, o índice caiu para 1,4%. Grande avanço foi o acesso ao pré-natal no meio rural: de 32% em 1996 para 4% em 2006. No meio urbano, a redução foi de 9% para 1%. A primeira consulta pré-natal nos três primeiros meses de gestação subiu de 66% para

82,5%. Com até 3 anos de estudo, 4,8% não fizeram pré-natal em 2006; de 4 a 8 anos, 1,3% e, com 9 anos de escolaridade, apenas 0,5%. E mais: 0,7% das mulheres brancas e 1,5% das mulheres negras não tiveram consulta antes do parto; 86,2% das brancas e 78,5% das negras tiveram pelo menos 6 consultas.

“Quem continua gerando, também em menor número, são as mulheres entre 15 e 19 anos”

A assistência ao parto foi basicamente hospitalar, de 92% para 98%, e a maioria dos partos foi pelo SUS (76%). Nesses 10 anos, houve grande redução no número de partos domiciliares no meio rural: de 19,8% para 3,5%, subindo os partos hospitalares de 78% para 96%. O mesmo no Norte e no Nordeste: de 82% para 92% e de 83% para 98%. A assistência de médico ou enfermeiro subiu de 88% para 97%. Somente no meio rural foi de 73% para 94%.

Já o percentual de partos cesáreos, que era de 36% em 1996, subiu para 44% em 2006. No meio rural, de 20% para 35%; no urbano, 42% para 46%. Foram 33% de cesáreas no SUS e 77% no setor privado ou suplementar: 48% dessas cirurgias foram de primeiro filho, 83,2% tinham 12 anos ou mais de estudo; na Região Norte, 30,6%, e nas regiões Sul e Sudeste, 51,4%. “Foram partos agendados com antecedência”,



Elza, Tânia e Laura na mesa "Saúde e reprodução: **redução das taxas de fecundidade**, crescimento do acesso ao pré-natal e do percentual de mulheres que usam o SUS como fonte para anticoncepcionais



deduziu Tânia, o que justifica a preocupação dos especialistas.

Coube à médica e demógrafa Laura Wong, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG) – instituição parceira na pesquisa –, analisar tendências e perspectivas da fecundidade no Brasil nos últimos 40 anos. O comportamento da fecundidade por idade experimentou vários momentos, disse: de 1977 a 1986, a taxa diminuiu; até 2000, estacionou; a partir do ano 2000, voltou a cair e, em 2006, nova queda. "As mulheres de 15 anos nos anos 60 tinham mais filhos", disse; nas três edições da pesquisa, começaram sua vida sexual entre 15 e 19 anos.

A média de filhos vem caindo: entre 1957 e 1961 era de 4,4; entre 1962 e 1966, 4,3; entre 1967 e 1971, 3,7; entre 1972 e 1976, 3,0; entre 1977 e 1981, 2,6; entre 1981 e 1986, 2,3; entre 1987 e 1991, 2,0; entre 1992 e 1995, 1,9; entre 1997 e 2001 e, hoje ainda, 1,8. "As maiores responsáveis por essa mudança são as mulheres com 25 anos ou mais", informou. "Passaram a ter menos filhos, e quem continua gerando, também em menor número, são as mulheres entre 15 e 19 anos".

O percentual de mulheres que recebem contraceptivos pelo SUS saltou de 7,8% para 21,3% entre 1996 e 2006, ano em que o SUS foi a principal fonte para obtenção de preservativos masculinos. "O percentual de mulheres que usou algum anticoncepcivo chegou em certa idade a 100%", mostrou, inclusive na classe de renda mais baixa, entre 15 e 44 anos. "Mas ainda há grande número de esterilizadas nessa classe, reflexo do passado", observou. Em 1996, o percentual de cirurgias de esterilização era de 27,3%, caindo para 21,8% em 2006 – a maioria no SUS, que também

registrou queda: em 1996, 70,9%; em 2006, 63,6%. A participação dos homens na anticoncepção, com esterilização, dobrou: de 1,6% para 3,3%.

Elza Berquó ficou com o outro lado da moeda: a análise da gravidez não-desejada. A pesquisa fez duas perguntas: a primeira, se nesta gravidez queria ter filho naquele momento, se queria esperar mais tempo ou não queria mais filho, para se analisar a indesejabilidade do último filho nascido nos cinco anos anteriores à data da entrevista; a segunda, se, quando ficou grávida, estava querendo engravidar naquele momento, se queria esperar mais ou não queria (mais) filhos, para se avaliar a indesejabilidade da gravidez em curso na data da entrevista. "Tivemos aqui um problema no cálculo, já que elas precisaram fazer uma reconsideração da vontade de ter um filho já tido", ressaltou. Mas ficou claro que, na medida em que a taxa de fecundidade cai, cai também o desejo de mais filhos.

Os dados da PNDS-2006 apresentaram queda da indesejabilidade em relação à pesquisa anterior, passando de 23,1%, em 1996, para 18,2%, em 2006. Esse percentual varia segundo a idade dos filhos: para os entre 0 e 11 meses, houve redução da taxa de indesejabilidade de 23% para 18,2%; entre 12 e 23 meses, de 24,4% para 19,2%; entre 24 e 35 meses, de 24,1% para 20,2%; entre 36 e 47 meses, de 19,4% para 16%; e entre 48 e 59 meses (4 anos), de 24,5% para 17%.

Há diferença ainda quanto à idade da mulher: para as que tinham até 19 anos, a taxa de indesejabilidade do último filho caiu de 12,7% para 11,2%; entre 20 e 24 anos, subiu de 15,7% para 16,2%; entre 25 e 29 anos, caiu de 20,3% para 15,3%; entre 30 e 34 anos, de 31,5% para 23,5%; e entre 35 e 49 anos, de 53,2% para 39,3%. A indesejabilidade é ainda maior entre as mulheres que não estavam

casadas na época da entrevista: em 1996, o índice foi de 21,7% para as casadas contra 30% para as não-casadas; e em 2006, de 15,6% a 33%. Houve redução da indesejabilidade da gravidez em curso na data da entrevista, passando de 28,2%, em 1996, para 19,0%, em 2006.

"Meninos comem mais feijão e leite e meninas, mais doces e balas"

A análise dos fatores de risco das doenças e agravos não-transmissíveis em escolares ficou a cargo da nutricionista Inês Rugani Ribeiro de Castro, também doutora em Saúde Pública e professora da Uerj. Ela pesquisou fatores de risco para Dant com adolescentes do 9º ano de escolas da Rede Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, no modelo do inquérito escolar Pense (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar). Num universo de 43.099 alunos, distribuídos em 1.121 turmas (dados de fevereiro de 2007), foram investigados 1.700 alunos de 170 turmas (10 alunos por turma).

Para coleta dos dados, houve reuniões com gestores das escolas sorteadas, aplicação de questionários de autopreenchimento anônimo, antropometria e encaminhamento de casos de risco nutricional à rede de saúde. "O Rio foi grande piloto do Pense", observou.

Os temas contemplados no questionário: características demográficas; condição socioeconômica; consumo alimentar (frequência + comportamentos); nível de atividade física; atividades



sedentárias de lazer; consumo de drogas lícitas e ilícitas; saúde sexual; segurança; saúde bucal; imagem corporal; autopercepção; e relação com família e escola.

Os resultados preliminares da pesquisa (análise de 1.642 estudantes do total investigado, ou seja, 96,6%) revelaram maioria de alunos negros, entre 14 e 16 anos; mais de 50% dos chefes de família tinham acima de cinco anos de escolaridade. Apenas 19,2% dos chefes de família dos adolescentes entrevista-

dos tinham de 0 a 3 anos de estudo. No inquérito sobre consumo frequente de alimentos (ou seja, 5 dias na semana no mínimo), os adolescentes responderam feijão (75,7%), leite (46,8%), frutas (22,9%), legumes cozidos, com exceção da batata (16,8%), salada crua (14,2%), doces e balas (45,7%), refrigerantes (40,7%), biscoitos doces (30,2%), biscoitos salgados (23,7%), embutidos (20,3%). "Meninos comem mais feijão e leite e meninas mais doces e balas".

Boas notícias sobre o futuro do SIM na palestra de Otaliba Morais Neto (SVS/MS). Nova versão do formulário e do manual de instrução para preenchimento da declaração de óbito será adotada em 2010, com **diminuição dos casos ignorados**. "Temos consciência das limitações do SIM tanto na cobertura quanto na qualidade"

Foram ainda analisados outros comportamentos alimentares, que contribuem para o desenvolvimento da obesidade: por exemplo, 75,6% dos adolescentes entrevistados fazem desjejum (meninos, 82,7% e meninas, 70,0%).

"Ou seja, a cada quatro pessoas uma não toma café da manhã", explicou a pesquisadora. Muitos (64,1%) comem vendo televisão ou estudando e 73,9% fazem uma refeição com a mãe em cinco dias por semana.

Como bebe o brasileiro

O professor Ronaldo Laranjeira, da Universidade Federal de São Paulo, apresentou resultados do Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), para orientação "de futuras políticas sobre álcool no Brasil".

Segundo ele, as melhores políticas de controle, com resultados positivos comprovados, preveem idade mínima para compra de álcool, monopólio governamental e restrições de horário para venda de álcool, restrições à densidade do álcool, taxação de bares, preço alto.

RESULTADOS

3.007 entrevistas em **143** cidades; **485** com adolescentes

48% da população não bebem

24% bebem muito (o equivalente a **80%** do álcool consumido no Brasil)

9% destes são bebedores frequentes pesados

40% dos que bebem regularmente bebem e dirigem (depois de **3** doses)

57% das mulheres não bebem, contra **1/3** dos homens

90% da população aprova as políticas públicas de restrição

ADOLESCENTES

66% não bebem

35% bebem pelo menos **1** vez ao ano

9% bebem frequentemente

22% destes consomem quantidades altas (**3** doses ou mais)

BEBIDAS MAIS CONSUMIDAS

52% cerveja

35% vinho

7% destilados

6% bebidas ice

Fernando Lefevre (USP) no debate sobre febre amarela: o episódio é emblemático pela substituição do **juízo epidemiológico pelo acontecimento midiático**, composto por casos de indivíduos doentes ou, "melhor ainda", mortos



"Perguntados se fariam mais exercício se tivessem oportunidade, 60% responderam que sim"

Quanto à atividade física, 5,8% não praticam nenhuma, 61,5% praticam 150 minutos por semana ou mais, 31,7%, 300 minutos por semana ou mais — "o que se recomenda para o adolescente", informou a pesquisadora da Uerj; 5,9% usam videogame ou computador menos de 2 horas por dia — "a recomendação diária", acrescentou —, 80,2% usam mais que 4 horas por dia e 62,6%, mais de 6 horas por dia.

"Perguntados se fariam mais atividade física se tivessem oportunidade, 60% responderam positivamente", acrescentou. Segundo a professora, a maior proporção de nenhuma atividade física foi observada mais entre meninas do que meninos.

No tema tabaco, 23,4% afirmaram ter experimentado cigarro, 6,3% experimentaram precocemente (menos de 12 anos), 5,1% disseram estar fumando e 42,0% disseram ter em casa um parente fumante. Entre os que haviam experimentado precocemente, 36,5% eram meninos e 20,8%, meninas.

Os índices foram mais altos no tema bebidas alcoólicas: 69,4% já haviam experimentado alguma bebida,

16,1% experimentaram precocemente (menos de 12 anos), 30,3% disseram consumir atualmente, 23,3% dos entrevistados experimentaram mais de um episódio de embriaguez e 6,9%, mais de um episódio de intercorrência. Sobre a reação da família, a maioria disse acreditar que se importaria muito quanto ao uso de bebida (92,7%), chegar bêbado em casa (92,3%) e uso de maconha (97,1%).

No tema iniciação e saúde sexual, a pesquisa revelou: 35,8% afirmaram já ter tido relação sexual (46,6% de meninos e 27,3% de meninas) e, desses, 77,4% disseram ter usado preservativo na última relação, 86,2% receberam orientação na escola sobre gravidez, 89,8% sobre HIV/aids e 74,4% sobre onde buscar preservativo gratuito, informou Inês Rugani.

Quanto à violência e à segurança, pelo menos 10,1% faltaram aula por insegurança no trajeto nos 30 dias que antecederam a pesquisa, 6,1% devido à insegurança na escola, 8,6% sofreram agressão física por adulto da família, 2,7% participaram de briga com arma de fogo (4,4% de meninos e 1,4% de meninas) e 4,1%, de briga com arma branca (5,5% de meninos e 3,0% de meninas).

No tema autopercepção, 39,3% dos adolescentes responderam que a família sabia sempre onde estavam nos 30 dias anteriores, 12% disseram ter recebido elogio e 2,2% afirmaram ter sido "esculachados". Do tratamento recebido dos colegas, 46,1% afirmaram ter sido sempre bem tratados, 1,5% disseram que colegas "esculacharam" sempre a ponto de magoar, 3,5% conversaram com professores sobre outros assuntos que não os da aula e 33,9% sentiram-se bem sempre na escola.

"42,7% estiveram sempre satisfeitos com seu jeito de ser e 29% se sentiram sempre felizes com seu corpo"

Apenas 2,4% dos entrevistados revelaram ter feito sempre alguma coisa que deu errado, 42,7% estiveram sempre satisfeitos com seu jeito de ser e 29,9% se sentiram sempre felizes com seu corpo.

A pesquisa, informou a professora, reproduz questões e indicadores já aplicados em 2003, que foram confirmados, indicando evolução dos fatores de risco. "Teremos uma noção mais real desse quadro com o Pense em 2009, que incluirá a rede privada de ensino", salientou.

Mas o trabalho no Rio de Janeiro aponta desafios. "É preciso garantir a pesquisa e combinar variáveis com métodos qualitativos para que se possa atingir os grupos mais vulneráveis, consolidar uma cultura de monitoramento e institucionalizar o sistema, garantindo periodicidade de coleta, agilidade dos resultados, cobertura nacional e difusão dos achados".

Participaram da cobertura: Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Justa Helena Franco, Katia Machado e Rogério Lannes

4º ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE



FOTOS: KATIA MACHADO

Humberto e Marines, ambos do Rio Grande do Sul: a omissão do gestor viola o direito do cidadão

Transparência, democracia e participação da comunidade

Katia Machado

“**P**olíticas públicas intersetoriais e o SUS” foi o tema do 4º Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, promovido pela Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa). Procuradores, juizes, defensores públicos, advogados, conselheiros, gestores e trabalhadores da saúde, representantes do Movimento da Reforma Sanitária e dos Tribunais de Contas, reunidos na cidade de Fortaleza em setembro, ouviram os debatedores cobrarem o cumprimento das determinações da Constituição e das leis. “Não trabalhar com políticas públicas é esvaziar o alcance da atuação do Ministério Público”, afirmou um dos palestrantes, Humberto Jacques de Medeiros, procurador regional da República no Rio Grande do Sul.

Em substituição ao ministro José Gomes Temporão, que no dia seguinte apresentaria o programa Mais Saúde, de sua pasta, Humberto disse que, na ótica do direito, política pública é a

maneira pela qual o Estado tem autoridade e responsabilidade — os meios pelos quais o Estado exerce seu poder, cumpre seu dever e atinge prioridades. “A autoridade do Estado tem a noção de poder e a responsabilidade tem a noção de dever”, resumiu.

Da mesma forma que o Ministério Público deve trabalhar com saúde a partir da Constituição, cabe ao Estado formular e executar políticas públicas. “Não é possível, por isso, o Ministério Público trabalhar com saúde e não trabalhar com políticas públicas de saúde”, disse. “É somente trabalhando com elas que o MP alcança o coletivo”.

Humberto disse entender, porém, que isso não significa fazer políticas públicas no lugar do gestor. “Assim como controlar atos administrativos não significa praticar o ato em si no lugar do administrador”. Ao MP cabe cobrar que o gestor formule e execute da melhor maneira possível uma política pública, num processo que tem duas fases: o momento de identificar problemas e o de resolvê-los. Se há um problema de saúde grave a ser enfrentado e o gestor nada faz para

resolvê-lo, o Ministério Público deverá cobrar do gestor a solução. “Ou seja, perguntar-lhe qual é sua resposta para o problema”. A posição omissa do gestor é ato administrativo abusivo, “violador do direito do cidadão”. A responsabilidade do MP, portanto, é exigir que o processo de formulação de uma política pública seja transparente, democrático, visível, com audiências públicas “e que por isso tem sustentabilidade”, disse Humberto.

Uma política pública de saúde, prosseguiu, é o marco inicial de uma sequência de atos a serem cobrados pelo MP. “Não adianta ter bela política de câncer de mama ou de anemia falciforme se essas políticas não têm continuidade, financiamento e sustentação”, observou o procurador. “É nessa fase, a de cobrar, que o MP passa a trabalhar com política de saúde”. Uma política pública também perde seu valor se não contiver análise e avaliação. “Estamos nós novamente do MP a cobrar a análise e a avaliação da política pública”, porque a política não é do MP: “Compete a ele olhar, zelar e cuidar”.



A polêmica palestra de Valentim procovou reação da plateia. Para Odorico (à direita), "temos avanços éticos com essa nova política de saúde mental e não podemos recuar"

Daí porque, para o Ministério Público, políticas públicas são mais do que intersetoriais, são transversais. "A intersetorialidade é um olhar do ministro da Saúde", explicou. "Nós, ao contrário, atravessamos todas as áreas". Ou seja, trabalhar com políticas de saúde não é apenas garantir ações e serviços exclusivamente e tipicamente de saúde ao cidadão. Ao MP cabe olhar todos os setores afins. O gestor de saúde olha o meio ambiente, por exemplo, como questão intersetorial, lembrou Humberto, "pois é um problema de saúde que está em outro setor, sobre o qual não exerce competência direta". Quando se trata do MP, isso não acontece: "Sou promotor de saúde tanto no setor saúde quanto no meio ambiente, na educação etc."

No campo do direito à saúde, o MP tem qualificação distinta de vários outros atores: "Isso nos permite que na Vara de Delitos de Trânsito eu possa produzir saúde ao exigir políticas de trânsito seguras, menos acidentes, entre outras ações", disse. "Em suma, o MP nasceu sem setor".

IGUALDADE DE DIREITOS

Num dos temas de destaque do encontro, Marines Assman, promotora de Justiça de Direitos Humanos do Rio Grande do Sul, analisou a atuação do MP na implementação do planejamento familiar no SUS. Previsto pela Lei 9.263/96, o planejamento familiar é direito de todo cidadão. Marines definiu o conceito: entende-se por planejamento familiar o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. "É igualdade de direitos entre homens e mulheres", explicou, em referência ao artigo 6º da Constituição,



que trata dos direitos sociais, entre eles o da proteção à maternidade.

O acesso propriamente dito ao planejamento familiar como política pública está garantido na própria Constituição, pois diz o artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O mesmo faz o artigo 226 da Constituição, que diz: "A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado".

De acordo com Marines, todos esses direitos – proteção à maternidade, ações e serviços de saúde e a proteção à família – somente são possíveis com planejamento familiar. Se tal política é ação básica de saúde, especificamente de saúde sexual e reprodutiva, deve ser assim garantida pelo Estado. "Mas pouco tem sido feito nesse sentido, principalmente no que tange a ensinar-se a família a cuidar de si mesma e romper com alguns tabus", analisou, ao citar o parágrafo 7º do art. 226, que garante o acesso a recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar. "Nossas crianças e adolescentes têm tomado noção das ações de planejamento familiar?", questionou.

Ela lembrou que os princípios norteadores dessa política são a liberdade de escolha, a dignidade humana e a

paternidade responsável. "O Estado cuidou na Lei 9.263 da liberdade de escolha; então, tem que propiciar meios para as decisões de uma família com 10 ou um filho", ponderou. A lei tratou ainda da paternidade responsável ao dizer: "É responsável pela prole decorrente do exercício livre dos direitos sexuais e reprodutivos". A lei, segundo Marines, levou anos até ser aprovada e conseguiu passar após vetos do então presidente Fernando Henrique Cardoso. "É uma lei inteligente e prática", opinou Marines: o artigo 1º garante o planejamento como direito de todo cidadão, e o 2º deixa claro que planejamento não é controle da natalidade.

No artigo 5º da lei, continuou, está a disposição mais importante na garantia do planejamento familiar: "É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar".

Marines foi além em sua análise do direito: "A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional determina que essas questões sobre planejamento familiar e sexualidade sejam trabalhadas desde a Educação Básica de forma transversal". Mas muitas vezes, ilustrou, o corpo humano é trabalhado, em sala de aula, de lado.

“É importante, e o MP pode exigir isso, que se faça uma abordagem da sexualidade e da reprodução de forma consistente”, acentuou. Ela citou exemplos de escolas que vêm realizando excelente trabalho em separação de lixo, fazendo com que a prática da reciclagem seja levada aos pais pelas crianças. “Por que não tratar assim também a sexualidade, de forma aberta?”, questionou mais uma vez. A escola, ressaltou, tem capacidade e potencial para ensinar noções de sexualidade e responsabilidade da prole.

Para ela, o planejamento familiar é a chave para a solução de muitos problemas: “Foi feita uma pesquisa na Região Sul com jovens do sexo masculino, perguntando a eles se sabiam quando era o período reprodutivo do homem; apenas 40% souberam responder corretamente”, exemplificou. “Temos uma cultura machista de que planejamento familiar cabe à mulher”. É uma das tarefas do MP, garantiu Marines, eliminar tais desigualdades.

O planejamento familiar incide em outra questão: na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Isso ajudaria a conter o recente crescimento do número de mulheres heterossexuais que contraíram o vírus HIV. “Mas ainda persiste a dificuldade de discutir e questionar o uso da camisinha, e as mulheres estão sendo contaminadas pelos maridos”, ressaltou.

A gravidez na adolescência, outro exemplo mencionado pela promotora, também evidencia a falta de planejamento familiar. “Muitos adolescentes pobres estão engravidando para ganhar status”, lembrou: a relação da gravidez nessa fase é de 25 para mil no segmento mais favorecido e de 128 para mil no segmento pobre da população. “Nesse caso, falharam o Estado e a família”.

Ao MP, concluiu, cabe zelar para que os serviços de relevância pública respeitem os direitos fundamentais, entre eles o de planejamento familiar, e promova saúde e educação.

“NÃO SOU ANTI-HOSPITAL”

O psiquiatra Valentim Gentil Filho, professor do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, analisou o modelo de saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde. Crítico do modelo, cujas bases são a desinstitucionalização e desospitalização inspiradas na reforma psiquiátrica italiana, Gentil iniciou sua apresentação afirmando ser antimanicomial, mas “não anti-hospital”. Para ele, a política de saúde mental deveria ser abrangente, hierarquizada e capaz de dar conta de um país: “Hoje são quase 90 milhões de habitantes que precisam de assistência de saúde mental”, afirmou. “Uma política pública tem que ser justa e humanitária”.

A maioria da platéia indicava discordar dos dados e da análise do palestrante. Alguns questionaram o motivo pelo qual a Ampasa promovera debate com visão unilateral da saúde mental. Sônia Piardi, coordenadora técnica do evento, então presidente da Ampasa, prontamente respondeu: “Em dois dos quatro encontros do MP esteve presente Pedro Gabriel Delgado [coordenador da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde]”, disse. “Desta vez, propusemos trazer posição contrária: é o contraponto ao 1º e ao 2º encontros, em que Pedro Gabriel esteve sozinho”.

Valentim citou o documento da Organização Mundial de Saúde “The Global Burden of Disease” (1996), sobre as principais causas de incapacitação, entre as quais os quadros depressivos: a depressão atinge 50,8 milhões da população mundial (10,7%),

o uso do álcool, 15,8 milhões (3,3%), o transtorno bipolar, 14,1 milhões (3%), a esquizofrenia, 12,1 milhões (2,6%), e o transtorno obsessivo compulsivo, 10,2 milhões (2,2%). “Transtorno obsessivo tem tratamento e é uma das principais causas de incapacidade”, destacou ele, para quem uma política que não leve em conta tais dados epidemiológicos não é “coisa boa”.

Para ele, a Rede de Atenção à Saúde Mental do Brasil, baseada na Declaração de Caracas (1990), não dá conta de todos os problemas: “Notam-se ausências notáveis de hospitais psiquiátricos, do ambulatório especializado em psiquiatria, da moradia supervisionada e da abrigada – que substituiu o asilo proibido pela Lei 10.216/2001, a da Reforma Psiquiátrica – e de programas de prevenção”. Alcoolismo, exemplificou, “poderia ser tratado com programas de prevenção”.

Repetindo um dos mais antigos argumentos dos adversários da Reforma Psiquiátrica, Valentim criticou a Declaração de Caracas, documento não-oficial da Organização Pan-Americana da Saúde – e, portanto, “não poderia ser assinado por países”: trata-se de resultado de reunião da Opas com apoio do Instituto Mario Negri [de Milão], da qual participaram Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. “O problema é que o Brasil seguiu o modelo da Nicarágua”, alegou.

“Tivemos o fechamento de 80 mil leitos psiquiátricos e a criação de cerca de 1.100 leitos em hospitais gerais”, disse. O número de leitos psiquiátricos para todo o país, segundo ele, é menor que o da Itália. Na cidade de São Paulo, por exemplo, 43% dos pedidos de internação não são atendidos. “Aproximadamente 10 pessoas por dia não puderam ser atendidas”. Auditoria do Tribunal de Contas da União, realizada em 2005 em 27 coordenações estaduais e distrital de saúde mental percebeu “ausência de serviços”.

Para ele, isso não decorre da falta de dinheiro, mas do modelo. Em 2006, R\$ 6,1 milhões foram destinados à implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços residenciais terapêuticos e consolidação de atividades de inclusão social. “Dinheiro suficiente se comparado a outros serviços”, avaliou. Valentim comparou o valor de consulta psiquiátrica a meio hemograma: “Precisamos de 2,2 consultas para valer um hemograma, 43 consultas para uma hemodiálise, 7 mil consultas para um transplante



BRASIL UNIDO CONTRA A DENGUE

Radis Adverte

Verão sem Aedes: ainda há tempo!

- Material, notícias, boletins

www.combatadengue.com.br/profissional_saude.php

- Blog da mobilização

<http://www.combatadengue.com.br/blog/>

renal e 5,3 anos de internação para um transplante”.

Da platéia, o secretário de Saúde de Fortaleza, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, lembrou que o atual modelo de saúde mental preconizado pelo ministério tem dado bons resultados: “Entendo que temos limites”, disse. “A questão do álcool e das drogas é um deles, e sabemos que não dá para trabalhar somente com terapia comunitária (*Radis 67*) ou Caps, mas temos avanços éticos com essa nova política de saúde mental e não podemos recuar”.

EXPRESSÃO REDUCIONISTA

“Participação da comunidade no SUS” deu título à última palestra do evento, com o pediatra e sanitarista Gilson Carvalho, que se especializou em financiamento da saúde. No lugar de controle social, termo mais usado na saúde, Gilson prefere “participação da comunidade”, defendeu. “É mais acertado, completo e legal, garantido na Constituição Federal”. A participação da comunidade, prosseguiu, é para atuar na saúde — que deverá ser entendida como viver mais e melhor. “Essa é a essência do SUS”.

Gilson disse que o primeiro objetivo do sistema, ao contrário do que está em prática, é identificar condicionantes e determinantes, planejar conforme esses condicionantes e prestar assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação. “Mas nossas ações têm sido estritamente para tratar de gente doente”, reclamou. “Eu nunca vi um juiz exigir de um gestor ações de promoção”.

Defensor do SUS, citou: “Esse sistema que não vale nada, mas que é meu, fez 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais, foi responsável por 97% de todos os renais crônicos do país e realizou 9,9 milhões de ações de hemodiálise”. Em 2007, lembrou, foram gastos R\$ 94,4 bilhões de dinheiro público e R\$ 98,4 bilhões de dinheiro privado, totalizando R\$ 192,8 bilhões para a saúde. O custo público da saúde por pessoa foi de R\$1,41 por dia. Do total, R\$ 27,4 bilhões foram gastos com medicamentos.

“Não faço crítica ao acesso a medicamentos, mas sim à prescrição exagerada”, refletiu Gilson, para quem a sociedade está se tornando totalmente medicalizada. “Não é à toa que a anfetamina ocupe o oitavo lugar em consumo na boca da farmácia”. Para ele, é urgente trazer o cidadão para discutir essa questão. “Precisamos de menos remédio, menos internação, menos especialista”.



} Gilson e a defesa da participação da comunidade: “Tenho no MP a minha última esperança”

Segundo a Emenda Constitucional 29, os municípios têm que aplicar na saúde 15% da receita corrente bruta. Em 2007, chegaram a 27%. Justamente quem menos recebe na partilha da arrecadação, pela qual os municípios ficam com apenas 16%; estados levam 24% e União, 60%. “Em 2006, os estados ficaram devendo R\$ 3,4 bilhões, enquanto os municípios gastaram R\$ 6 bilhões a mais com a saúde”. Entre 2000 e 2006, a dívida dos estados foi de R\$ 20 bilhões. “Deram um rombo à luz do dia”.

É nesse sentido, para conhecer os problemas, que Gilson defende a participação da comunidade. “Conseguimos emplacar na Constituição Federal a participação da comunidade, mas ainda não conseguimos trazer essa participação para o dia-a-dia”, disse. “Tenho no Ministério Público a minha última esperança”. Gilson contou por que reforça a expressão: “Para quem viveu a ditadura, um estado sem direito, faço questão de ser legalista, de viver um estado de direito”.

Essa participação se daria tanto nos conselhos quanto nas conferências de saúde, criados pela Lei 8.142. As conferências, em sua visão, são consultivas. “Não posso ter dois órgãos deliberativos”. Já o conselho é permanente, deliberativo, propositivo, paritário e controlador. “Mas quais conselhos de saúde têm cumprido tais papéis?”, provocou. A resposta é: uma minoria. Quando se fala em paridade, por exemplo, fala-se

da participação de representantes do governo, de trabalhadores, empregadores e aposentados. Poucos, porém, têm aposentados no colegiado. “E isso não é facultativo”, avisou. “Quem não tiver um desses representantes natos está ilegal, contrário à Constituição em seu artigo 194”.

Quando se trata de proposição, continuou Gilson, significa que cabe ao conselho pensar em ações de saúde. E a Lei 8.080/90 diz que planejamento tem que ter base epidemiológica. “Ou seja, é a necessidade percebida pelos conselheiros em acordo com as necessidades epidemiológicas”. Nesse sentido, o conselho responde pelo acompanhamento e a fiscalização, e o gestor, pela execução do planejamento. “Nada pode acontecer que não esteja no plano e nada pode estar no plano sem aprovação do conselho: olha o poder!”

Para a melhoria desse instrumento de participação da comunidade, Gilson defendeu que a cadeira de presidente dos conselhos seja ocupada somente por representantes do usuário. “Se o gestor tem interesse, os profissionais ou os prestadores também”, argumentou. Para o sanitarista, o gestor está obrigado a fazer os conselhos funcionarem. “Acho que o maior mal para o conselho é a política partidária e corporativista, quando vira coisa de alguns”, opinou Gilson. “Conselho é de toda a sociedade”.

SERVIÇO

EVENTOS

DIA MUNDIAL DA SAÚDE 2009

A OMS escolheu como tema central do Dia Mundial da Saúde – 7 de abril – a frase “Unidades de Saúde nas Emergências”, para sublinhar a “importância crítica para a população de instalações de saúde, do hospital ao posto, que ofereçam segurança e resistam a crises de toda espécie, natural, biológica, tecnológica ou social, capaz de prestar serviços em qualquer cenário. Public Health and Environment (Saúde Pública e Ambiente), um dos programas da OMS, provê material e informação sobre segurança em emergências químicas e radiativas, saúde ocupacional e ambiental nas unidades. A OMS divulgará em breve detalhes da iniciativa.

Data 7 de abril de 2009

5º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE MEIO AMBIENTE



FOTO: ARISTIDES DUTRA

A Universidade Federal do Rio de Janeiro promove o encontro que, sob as palavras de ordem da sustentabilidade e da paz, debaterá os desdobramentos da Agenda 21, estabelecida na Rio-92. Entre os temas, mudança global e visão transdisciplinar, energia e ambiente como desafios do século, mudanças climáticas, responsabilidades ambientais e proteção à diversidade biológica. O simpósio reservará horário fixo todos os dias para a discussão preparatória da fundação da Sociedade Latino-Americana e do Caribe de Meio Ambiente.

Data 6 a 10 de julho de 2009

Local Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ, campus da Praia Vermelha, Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Tel. (21) 2562-7879

Fax (21) 2562-7262

E-mail ivsima@iq.ufrj.br

Site <http://server2.iq.ufrj.br/~sima/br-realiza.htm>

CURSOS

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Estão abertas as inscrições para dois cursos de especialização do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz): Comunicação e Saúde e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. O primeiro, para profissionais que desenvolvam trabalhos de planejamento, execução e avaliação de políticas, processos e práticas de comunicação em saúde. O curso tem duração de um ano e 420h de carga horária. As inscrições se encerram no dia 28 de janeiro. O curso de Informação Científica e Tecnológica, com 20 vagas e carga horária de 420h, destina-se a profissionais com curso superior nas áreas de produção, organização, análise e disponibilização de informação científica e tecnológica em saúde e tecnologias a elas associadas. Neste caso, as inscrições terminam em 22 de janeiro.

Inscrições

Site www.icict.fiocruz.br

Tel. (21) 3865-3208 (Gestão Acadêmica do Icict)

INTERNET

VAPT-VUPT DA INFORMAÇÃO



Otópico “Saúde” do Google Notícias, programa-robô que no Brasil faz pesquisa automática em 200 fontes de informação, oferece útil

recurso a quem precisa de atualização permanente de algum fato – antes de entrar numa reunião, por exemplo. O serviço existe há seis anos (embora em português do Brasil seja ainda experimental) e já chegou a 40 regiões, abrangendo 19 línguas. Nos EUA, por exemplo, agrega informação de 4.500 fontes – o que lhe rendeu dores de cabeça e processos na Justiça, especialmente de agências internacionais. O programa também oferece alertas de notícia por e-mail. Cabe ao usuário a cautela necessária na avaliação da credibilidade da fonte.

Site <http://news.google.com.br/nwshp?tab=wn&ned=pt-BR-br&topic=m>

PUBLICAÇÕES

BULLYING EM DEBATE

Eu sou Maria, da jornalista Sonia Rodrigues (Formato Editorial/Saraiva), conta a história de uma estudante de comunidade pobre em São Gonçalo, município da Região Metropolitana do Rio, que enfrenta enormes dificuldades para concretizar o sonho de chegar à universidade. Entre outros percalços, a menina é vítima do *bullying*, ato de violência física ou psicológica de estudantes contra outro, fenômeno cada vez mais rotineiro nas escolas, públicas ou particulares. “O bullying, o assédio moral, a perseguição mutilam quem pratica, quem sofre e também quem assiste a tudo e nada faz”, diz a autora. A obra, direcionada ao público jovem e inspirada nos 12 trabalhos de Hércules, é parte da coleção Reconstruir, com histórias atualizadas da mitologia.



ENDEREÇOS

Formato Editorial/Saraiva
Av. Marquês de S. Vicente, 1.697,
Barra Funda
CEP 01139-904, São Paulo, SP
Tel. (11) 3613-3344
Fax (11) 3611-3268
Site www.formatoeditorial.com.br

PÓS-TUDO

Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS

Sonia Fleury*

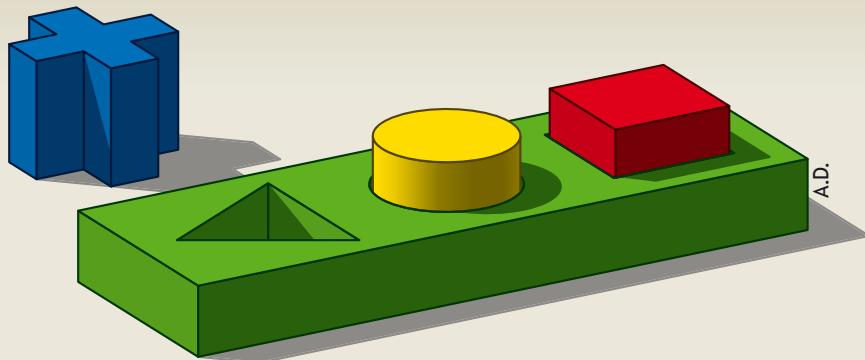
As eleições municipais de 2008 trouxeram à tona a importância da atenção à saúde para a população, mais especialmente, a enorme preocupação com a dificuldade de acesso a serviços, exames, medicamentos, falta de qualidade e efetividade de serviços prestados pelo SUS. Impossível desconhecer a insegurança da maioria da população na garantia efetiva de atenção integral que realize o direito à saúde garantido na Constituição de 1988.

Esta insegurança tem fundamentos concretos em vários municípios, onde o SUS se deu de forma imperfeita e truncada, mas também é fruto da ausência de informação sobre milhões de pessoas anualmente atendidas em serviços da mais simples à mais alta complexidade. Exemplo: a mídia passou dias noticiando o drama da adolescente Eloá em São Paulo, mas não informou que o transplante de seus órgãos foi realizado pelo sistema público.

Esta permanente e parcial exposição das mazelas do sistema tem efeito importante na denúncia de situações intoleráveis, mas identifica o SUS por sua ausência ou pela precariedade de seu funcionamento.

Outra consequência tem sido política: afeta a relação do governo e dos partidos políticos com o SUS. Se os partidos da base governista sempre disputaram com ardor a direção de órgãos e serviços da saúde, têm sido omissos na defesa do SUS como política pública. Haja vista a quase total ausência de celebração nos 20 anos do SUS, baluarte da inclusão social.

Nesta conjuntura é importante observar, em rápida coleta de dados na imprensa, como diferentes partidos se posicionam. O PMDB, que se orgulha de ser o maior partido na base governista,



venceu as eleições no Rio de Janeiro, onde a questão da atenção básica polarizou os debates, já que sua organização é caótica. Em lugar de propor a articulação entre os níveis de governo, com definição de responsabilidades explícitas na organização dos serviços em rede única, o PMDB optou por criar um ícone – a Unidade de Pronto Atendimento.

Em artigo no *Globo* (11/11), o secretário da Saúde de Minas, Marcus Pestana, alerta para o risco de se ver a UPA como solução inovadora, quando existe há anos e, pior ainda, como modelo alternativo ou substitutivo do SUS: “Se desejamos honrar o sonho dos fundadores do SUS, não há outro caminho senão trabalhar para a superação do modelo de atenção piramidal, passivo, fragmentado.”

O governo de São Paulo, do PSDB, realizou grande evento para celebrar os 20 anos. Trata-se de conjuntura apropriada para comparações internacionais, já que na América Latina apenas o SUS, o sistema de saúde da Costa Rica e o dos países do Caribe inglês, tributários de outra tradição em políticas sociais, resistiram aos ditames das agências internacionais para transformação dos sistemas públicos em seguros privados de saúde e previdência. Neste momento de crise do sistema financeiro desregulamentado, é necessário perguntar quem vai pagar a conta da subordinação das políticas sociais à acumulação financeira!


A defesa do SUS pela oposição revela contradições. Em artigo na *Folha de S.Paulo* (10/11/08), o secretário Luiz Roberto Barradas afirma que o SUS é “um plano de saúde que atende a qualquer cidadão, sem distinção de classe social ou idade”. Identificado como plano de saúde, fica claro que sua parte pública é

o financiamento, podendo a atenção ser prestada por entes privados contratados ou entes públicos de gestão privatizada, deixando de lado a concepção original do SUS como sistema público.

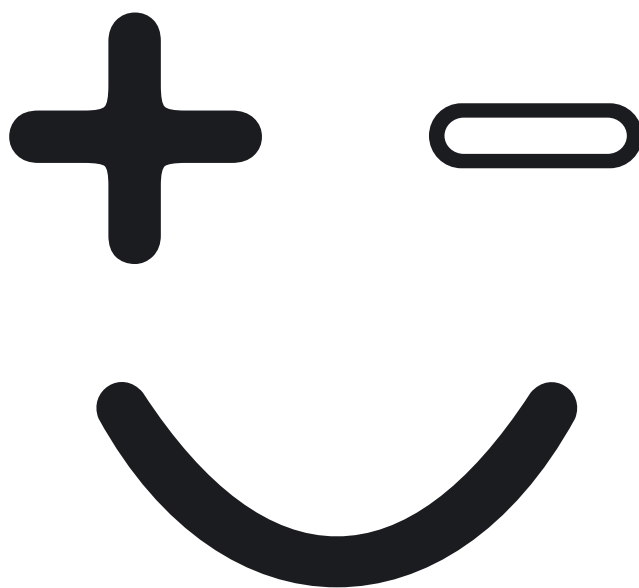
E também o afasta de sua doutrina originária, de sistema único, passando a um dos planos disponíveis no mercado. Esta concepção ganha adeptos entre os que passam a usar o termo *SUS-dependentes* para identificar usuários de serviços públicos. Não se trata mais do cidadão no gozo de seu direito, mas de consumidor coberto por plano público de saúde! Esta é a defesa de um SUS que não é o SUS inscrito na Constituição e na legislação ordinária – uma disputa de significados.

As tentativas de fazer do SUS sistema suplementar ao mercado privado têm se intensificado nas formas de redução das obrigações constitucionais das entidades filantrópicas com a atenção a pacientes do SUS, para compensar sua isenção fiscal, em caminho inverso ao da educação, que subordinou este benefício aos interesses públicos.

O ministro Tarso Genro, ideólogo do PT, lista entre desafios o de se prover atenção básica à saúde pelo “fomento às equipes de saúde da família”. Novamente percebemos proposta distante do SUS, quando, legalmente, as funções do gestor municipal incluem a gestão plena do sistema ou a gestão plena da atenção primária, sempre em articulação com a rede local e/ou regionalizada. Concentrar-se na atenção primária não é equívoco técnico, é opção política oposta a sistemas universais e integrais.

Vinte anos depois de criado o SUS, é hora de refazer o pacto político que permitiu sua criação e os avanços alcançados. 

* Presidente do Cebes (www.cebes.org.br); íntegra do artigo na edição de 4/12 do *Radis na Rede* (www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/149.html), que também publica dois textos do Cebes em defesa do SUS (“Celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável”) e da Seguridade Social (“Carta do Rio de Janeiro”)



Fique Sabendo

**Só com o teste você fica sabendo
se tem o vírus da aids.**

Quando fazer o teste?

- Pelo menos dois meses após relação sexual anal, vaginal ou oral desprotegida (sem camisinha);
- Pelo menos dois meses após compartilhar seringas ou agulhas (uso de drogas, tatuagens, piercings...)
- Toda gestante durante o pré-natal.



Onde fazer o teste?

ligue para o Disque Saúde:

0800 61 1997

ou acesse o nosso site:

www.aids.gov.br

Coordenação
Nacional de
DST e Aids

Ministério
da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL