

IMPRESSO ESPECIAL

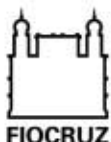
CONTRATO  
Nº 050200462-2/2001

ECT/DR/RJ  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



# RADIS

comunicação em saúde



Nº 5 ♦ Dezembro de 2002

Av. Brasil 4036/515, Manguinhos  
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

## Mudanças na **Graduação** dependem de políticas de educação e de saúde




**A NOAS**  
Tintim por tintim

**MEDICAMENTOS**  
Seminário discute  
Acordo Trips

**CEBES e ABRASCO**  
"Em defesa da  
saúde dos  
brasileiros"

# Primeira página



Em vinte anos de existência, o Radis passou por muitas mudanças. As primeiras revistas — Tema, Dados e Súmula —, publicadas em julho de 1982, apresentam o mesmo projeto editorial e gráfico. Em 1986, cada uma delas ganha identidade própria, ganhando fontes diferenciadas, fotos e ilustrações. No ano seguinte, é publicado o primeiro número do Proposta, o jornal da Reforma Sanitária. Esse ganha uma nova 'cara', em abril de 1994, quando é substituído pelo Jornal do Radis. Hoje, publicamos a Revista Radis, com maior flexibilidade gráfica e editorial, que reúne as propostas das publicações anteriores e já mostra sua personalidade própria. 



## Aposta no imponderável

Vivemos um longo tempo de passividade e cumplicidade da política e da economia do país diante da desigualdade social interna e do desequilíbrio entre países centrais e periféricos, que trouxeram reflexos diretos à saúde e qualidade de vida da população brasileira. Se confirmada a perspectiva de encerramento deste ciclo, a partir de 2003, estarão abertas as possibilidades de se garantir, com maior participação da sociedade, direitos sociais, justiça e ampla cidadania.

A Fiocruz tem o papel de inovar na ciência e no desenvolvimento científico, ajudando o país a superar a subordinação tecnológica e a enfrentar os desafios de sua dívida social interna. Tem também um compromisso orgânico com o aprimoramento e humanização do Sistema Único de Saúde, que ajudou a idealizar e implementar.

Em carta aberta distribuída no final deste ano, reforçando documento-compromisso do Conselho Nacional de Saúde pela "consolidação" do SUS, a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) defendem que é hora de resgatar de forma ampla a equidade, a universalidade, a integralidade e todos os princípios da Reforma Sanitária, contidos nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituição de 1988, além de buscar maior radicalidade na participação popular.

O resgate dos sonhos e valores de origem é sempre um rico caminho para o futuro. A retomada de um dos princípios caros ao Radis, a periodicidade das revistas,

começou em julho de 2001. Sem orçamento para mais que quatro publicações ao ano, cada nova edição na mão dos 40 mil assinantes foi uma vitória da informação e comunicação em saúde. Chegamos ao final de 2002 otimistas: encerramos a série histórica de 20 anos de Súmulas, Temas, Dados e Jornal Proposta/Jornal do RADIS com chave de ouro, ao receber nada menos que cinco prestigiosos Prêmios Opas 100 Anos para jornalismo em saúde, e lançamos a Revista RADIS, com ótima aceitação.

Dentro do espírito de apostar no imponderável, na dimensão positiva da imprevisibilidade que o próximo ano nos reserva, queremos compartilhar com cada leitor e com as instituições públicas e organizações sociais que recebem a revista, dois desejos nossos, cultivados há anos:

**1. Participar** da constituição de programas editoriais semelhantes ao Radis, junto aos Conselhos de Saúde em todo o país, assessorando e avaliando projetos novos ou já existentes;

**2. Abrir a Revista RADIS** cada vez mais à participação e crítica direta dos leitores e criar também um conselho consultivo externo para nossas políticas editoriais, composto por representantes dos principais segmentos que atuam na saúde pública.

Portanto, caro leitor, aguardamos sua carta (endereço no expediente) ou e-mail, para este exercício mútuo de participação social.

Rogério Lannes Rocha  
COORDENADOR DO RADIS  
rogerio@ensp.fiocruz.br

## CACO



<b>Memória</b>	<b>2</b>
♦ Primeira Página	
<b>Editorial</b>	<b>3</b>
♦ Aposta no imponderável	
<b>Caco</b>	<b>3</b>
<b>Cartas</b>	<b>4</b>
<b>Homenagens</b>	<b>4</b>
♦ Radis é homenageado em São Paulo	
♦ Fiocruz recebe Prêmio Unesco por contribuição à ciência	
<b>Súmula da Imprensa</b>	<b>5</b>
<b>Cebes/Abrasco</b>	<b>7</b>
♦ Em defesa da saúde dos brasileiros	
<b>Fome</b>	<b>8</b>
♦ Eliminar a desnutrição é prioridade do governo Lula	
<b>Tema Especial</b>	<b>9</b>
<b>Formação Profissional</b>	
♦ Graduação: é preciso mudar	
♦ As diretrizes curriculares para a área da Saúde	
♦ Promed, Pólos de Capacitação, Pits, Rede Unida e mecanismos de avaliação	
<b>Noas</b>	<b>17</b>
♦ Normas Operacionais: o que são? Como funcionam?	
<b>Medicamentos</b>	<b>20</b>
♦ Seminário discute o Acordo Trips e o acesso a medicamentos	
<b>Aids e Ética em Pesquisa</b>	<b>21</b>
♦ Propagação da Aids e a ética na pesquisa com vacinas na África	
<b>Serviços</b>	<b>22</b>
<b>Pós-Tudo</b>	<b>23</b>
♦ História de Ano Novo	
<b>Ora, Píulas...</b>	<b>23</b>



## CARTAS

### NOVA REVISTA



Parabéns à equipe do Radis pelo novo *layout* da nossa Radis, ficou jóia tanto na estética quanto na constante qualidade do conteúdo. Eu, como profissional de saúde coletiva há 30 anos e professor de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Pará, tenho orgulho e satisfação de ter a Radis como texto para discussão com os meus alunos.

Sucesso e muito obrigado.  
Saudações Sanitárias!  
Izamiir Carnevali (por e-mail)

Como de costume, trouxe pra casa os dois novos lançamentos do Radis. Parabéns para toda a equipe. As revistas estão leves e bonitas, e as matérias, muito interessantes. É isto mesmo: vocês estão fazendo as revistas com o coração e a cabeça do leitor, que é pra quem elas se destinam. Aquelas notas esclarecedoras sobre instituições, pessoas e conceitos, que eu via no Correio Brasiliense e em algumas outras publicações, ficaram ótimas na Radis.

Paulo Buss (por e-mail)  
Presidente da Fiocruz

Tomo a liberdade, se não o dever, de cumprimentar a equipe pelo novo visual, diagramação, papel, enfim, pelo Radis mais moderno. Meus múltiplos parabéns. Ficou muito melhor algo que já era bom.

Sou incentivador e divulgador da Radis nas aulas que ministro, nos cursos que monitoro e nos demais locais de trabalho.

Vitor Hugo Della Valentina  
Porto Alegre/RS

### MATERNIDADES DO BRASIL

Antes de tudo, parabéns pela qualidade da revista Radis. Sou editor do jornal da Sociedade de Obstetria e Ginecologia de Minas Gerais e gostaria de disponibilizar a matéria Especial Dados: "Maternidades do Brasil" em nossa homepage para nossos associados. Para isso, peço sua permissão.

Cordialmente,  
Marcus Vinicius dos Santos (por e-mail)

Me chamo Carina e sou estagiária de Estatística na Maternidade Sofia Feldman em Belo Horizonte (MG), juntamente com Lenize que também é estagiária. Recebemos um exemplar da revista Radis (Nº 2 – Setembro/2002) que contém a reportagem sobre Maternidades do Brasil e achamos muito interessante. Como fazemos as estatísticas do Hospital, ela será muito importante para nós, servindo para fazermos comparações com as regiões do Brasil.

Gostaríamos de saber se seria possível mandar-nos outro exemplar dessa edição, pois estamos montando uma mini-biblioteca com artigos dessa natureza. Esperamos continuar recebendo as publicações do Radis que tem nos auxiliado muito, com suas reportagens importantes.

Queremos parabenizá-los.  
Carina e Lenize (por e-mail)

Queremos parabenizar toda a equipe do Radis pelo excelente trabalho que vem desenvolvendo em Comunicação em Saúde. No sentido de ampliar a divulgação do material produzido pelo Radis, estamos solicitando 500 exemplares da Especial Dados sobre Maternidades do Brasil. A Revista será distribuída em toda a rede municipal de saúde e também nos eventos realizados pertinentes ao tema.

Maria Cristina Boaretto  
Superintendência de Saúde Coletiva  
da Secretaria de Saúde do Município  
do Rio de Janeiro/RJ

## HOMENAGENS

### RADIS É HOMENAGEADO EM SÃO PAULO



No dia 31 de outubro, por iniciativa do vereador Carlos Neder (PT), a Câmara Municipal de São Paulo registrou em seus anais um voto de júbilo e congratulações pelo 20º aniversário do Radis. O Radis agradece.

### FIOCRUZ RECEBE PRÊMIO UNESCO POR CONTRIBUIÇÃO À CIÊNCIA

Em reconhecimento pelos serviços prestados à saúde pública e à ciência nacionais, a Fundação Oswaldo Cruz recebeu o Prêmio Unesco, entregue anualmente a instituições públicas e da sociedade civil, e a pessoas que se destacam por ações de relevância social nas áreas de educação, cultura, ciência, meio ambiente, comunicação e informação, jornalismo, direitos humanos e cultura de paz, juventude e cidadania.

A cerimônia de entrega do diploma de premiação e de uma obra de arte exclusiva (uma cerâmica de artistas do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais) ocorreu em Brasília, no dia 13 de novembro, mês em que a Fiocruz comemorava também o recorde de 1,2 bilhão de medicamentos produzidos pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) e divulgava mais de 800 projetos em sua III Bienal de Pesquisa.

## SÚMULA DA IMPRENSA

### PROJETO NASCER GARANTIRÁ EXAME DE HIV E SÍFILIS PARA GESTANTES

O Ministério da Saúde lançou recentemente o Projeto Nascer, que tem como proposta ampliar a cobertura do tratamento da Aids e da sífilis nas maternidades e aumentar a cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, ao garantir a testagem rápida de mulheres que não fizeram os exames no pré-natal da rede SUS. Com um recurso previsto de R\$ 17 milhões, o Projeto tem como meta testar 100% das parturientes que não fizeram testes anti-HIV anteriormente, garantindo todos os procedimentos médicos que impedem a transmissão do vírus para o bebê. Além disso, o Projeto realizará o treinamento de quatro mil profissionais de saúde em todo o país e fará uma campanha de esclarecimento por meio de material informativo – cartilhas, cartazes e vídeo.

### DIA NACIONAL DE COMBATE A TUBERCULOSE



O dia 17 de novembro é o Dia Nacional de Combate a Tuberculose. No Brasil, a cada ano são registrados 90 mil casos, com cerca de seis mil mortes. Para reduzir esse número, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação para Ações de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde. O programa está centrado nos seguintes eixos: mobilização técnica, política e social, mudança do modelo de atenção, reorganização dos serviços, melhoria da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, ampliação da Rede de Laboratório e Diagnóstico e garantia de assistência farmacêutica.

O Programa está sendo desenvolvido por um grupo criado para isso, por meio das seguintes ações: ampliação do número de profissionais que trabalham no MS no controle da doença, criação de um programa de Educação Continuada para os profissionais da rede básica e distribuição de material informativo.

Com isso, o governo espera que até 2005 sejam detectados 90% dos casos, atingindo um percentual de cura de 85% e reduzindo o abandono de tratamento para 5%. A doença, caracterizada pela tosse contínua, falta de apetite e febre, atinge um terço da população mundial, podendo se manifestar em 10% desse total.

### PROGRAMA DE CONSCIENTIZAÇÃO DO CÂNCER DE CÓLON

O Programa de conscientização do câncer de cólon foi lançado no Dia Nacional do Câncer pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia. No Brasil, e só no ano de 2001, o câncer de cólon matou 7 mil pessoas, e a expectativa é que esse ano o número de mortes seja ainda maior. A alta taxa de mortalidade, segundo o médico Eleodoro Almeida, está ligada principalmente à falta de informação, pois as pessoas ainda não têm claro quais são os sintomas e a forma de tratamento. Para ele, quanto mais rápido for diagnosticado, maiores são as chances de cura. O objetivo da campanha é levar informações sobre os sintomas e mostrar as formas de tratamento atualmente existentes, fazendo com que as pessoas deixem de lado o preconceito e procurem ajuda médica. O trabalho está sendo feito por meio da distribuição de folhetos informativos em todo o país. Mais informações:

**Sociedade Brasileira de Proctologia**  
Avenida Marechal Câmara, 160/916  
20020-080 Rio de Janeiro/RJ  
Tel.: (21) 2240-8927  
E-mail: sbcp@iis.com.br

### RELATÓRIO SOBRE COBERTURA VACINAL

Patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pelo Banco Mundial, foi di-

vulgado um relatório durante o encontro Aliança Global para Vacinas mostrando que a cobertura vacinal entre as populações em países ricos e pobres é diferente. Enquanto as populações dos países ricos têm acesso às vacinas mais caras e seguras, metade das crianças dos países pobres não recebem sequer as de doenças como tuberculose ou tétano. O objetivo do documento é alertar para a necessidade de promover uma equidade na distribuição vacinal, trazendo uma série de sugestões para a captação de recursos e investimentos em pesquisa, desenvolvimento e produção de novas vacinas.

### OMS DIVULGA INFORME MUNDIAL DA SAÚDE 2002

Foi divulgado recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o Informe Mundial da Saúde 2002. Com o tema 'Prevenindo Riscos, Promovendo uma Vida Saudável', o informe foi coordenado pelo Diretor Executivo da OMS, Christopher Murray e tem como objetivo servir como uma espécie de mapa, apontando os riscos de cada região e apresentando uma série de propostas para reduzi-los. O primeiro fator de risco entre latino-americanos apontado pelo documento é o alcoolismo, que provoca 31 mil mortes por ano no Brasil. A obesidade e o excesso de peso aparecem em segundo lugar, seguido do cigarro, do colesterol e do sexo sem proteção.

### CRISE FINANCEIRA NOS HUS REDUZ ATENDIMENTO



Os 45 hospitais universitários (HUs) do país têm déficits mensais que variam de R\$ 300 mil a R\$ 2 milhões e que, em alguns casos, podem chegar a R\$ 60 milhões. Mesmo a recente liberação do governo, de R\$ 9,6 milhões, não será suficiente para amenizar a crise financeira.

Com isso, os hospitais estão começando a desativar leitos e a diminuir o número de atendimentos.

O Presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários Ricardo Figueiredo, atribui à contratação de terceirizados uma das principais razões da crise, pois hoje a rede tem cerca de 20 mil empregados nessa situação, consumindo R\$ 190 milhões dos R\$ 530 milhões do orçamento. Mas, segundo ele, mesmo que esses recursos não fossem gastos em salários, ainda assim não seriam suficientes para cobrir os custos desses estabelecimentos.

Com 4.500 atendimentos por dia, o Hospital das Clínicas de São Paulo — o maior da rede de hospitais universitários federais — é um exemplo da crise: tem um déficit mensal de R\$ 2 milhões, uma dívida acumulada de R\$ 60 milhões e há 14 meses não paga a conta de luz. Caso não receba mais recursos, o diretor do hospital, José Roberto Ferraro, anuncia que reduzirá o número de atendimentos, medida que outros HUs também pretendem adotar caso o governo não aumente o montante de recursos destinados a esses estabelecimentos.

#### PROGRAMA FOME ZERO REINTRODUZ POLÊMICA SOBRE TRANSGÊNICOS



Segundo foi divulgado no Jornal Folha de São Paulo (em 24/11/2002), o Programa Fome Zero, do presidente

eleito Luiz Inácio Lula da Silva, está sendo usado por companhias de biotecnologia americanas. Essas empresas aproveitaram os debates sobre a fome para reintroduzir a campanha sobre o uso de transgênicos. Os alimentos transgênicos, muito usados nos Estados Unidos com o pretexto de aumentar a produtividade tem, por outro lado, muitos cientistas como principais críticos, e estes dizem que o uso pode acarretar danos à saúde e ao ambiente. Sua comercialização no Brasil está suspensa por uma medida judicial.

#### DENGUE: MAIS MOSQUITOS QUE EM 2001

A epidemia não chegou, mas o Dia D (Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue), que aconteceu em 22 de novembro, mobilizou a sociedade em torno da eliminação de focos e redução de número de casos da doença. No Brasil, o Ministro da Saúde Barjas Negri informou que, ao planejar a liberação de recursos, a meta é que a epidemia seja 50% inferior a do ano passado. Apesar do otimismo do Governo Federal, alguns estados como o Rio de Janeiro estão apenas parcialmente preparados. Segundo o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, ainda há tempo para evitar uma epidemia mais grave por meio da aglutinação de recursos estaduais, municipais e federais e da contratação de agentes de saúde.

Até agora, apesar do anúncio de Érico Guimarães, epidemiologista da Fiocruz, de que a quantidade de mosquitos *Aedes aegypti* superou a do mesmo período do ano passado, um estudo concluído pela Coordenação de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro mostra que o Rio poderá fechar o mês de novembro com as menores taxas de incidência da doença. Nos primeiros quinze dias de novembro, foram feitas apenas 15 notificações no município.

#### SARAMPO É ELIMINADO NA AMÉRICA LATINA



Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), há 10 semanas que a América Latina não registra casos de sarampo, tornando-se com isso o primeiro continente a eliminar uma das principais causas de mortalidade em crianças (o sarampo mata 800 mil crianças ao ano, a maior parte delas no continente africano). De acordo com o consultor da Opas, Ciro Quadros, alguns países do sul da África conseguiram erradicar o vírus, mas isso nunca havia acontecido em escala continental. Uma das recomendações da Organização aos países para o controle e erradicação dessa doença é que seja feita uma campanha de vacinação a cada quatro anos para imunizar todos os menores de 14 anos. ■

SÚMULA DA IMPRENSA é produzida a partir da leitura crítica dos principais jornais diários e revistas semanais do país.

Responsável pela seção:  
Daniela Sophia

## EXPEDIENTE

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

Periodicidade: Mensal  
Tiragem: 42 mil exemplares  
Assinatura: Grátis  
Presidente da Fiocruz: Paulo Buss  
Diretor da Ensp: Jorge Bermudez

#### PROGRAMA RADIS

Coordenador: Rogério Lannes Rocha  
Editor: Caco Xavier  
Redação: Ana Beatriz de Noronha, Daniela Sophia e Katia Machado (reportagem e redação) e Aristides Dutra (projeto gráfico)  
Administração: Luis Otávio e Vanessa Santos  
Estudos, Pesquisas e Projetos: Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares  
Colaboraram nesta edição: Márcio Bueno (reportagem e redação) e Fábio Cataldo (editoração)

#### Endereço

Av. Brasil, 4036 sala 515  
Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ  
CEP 21040-361  
Telefone: (21) 3882-9118  
Fax: (21) 3882-9119

E-Mail: [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site: [www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm](http://www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/prgradis.htm)

Impressão e Fotolito  
Ediouro Gráfica e Editora SA



## DOCUMENTO

# Cebes / Abrasco: "Em defesa da saúde dos brasileiros"

Marcio Bueno

“Cremos que as políticas de saúde têm um papel fundamental a desempenhar na perspectiva da inclusão social, seja por lidar com a vida dos seres humanos e ter forte interferência no exercício pleno das potencialidades da condição humana, seja porque o setor apresenta um avanço singular para a possibilidade de participação e intervenção ativa dos cidadãos”. As considerações são parte do documento *Em defesa da saúde dos brasileiros*, resultante do encontro que reuniu, em 13 de setembro, as diretorias da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), além de personalidades de expressão e intelectuais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Os participantes fazem parte de diferentes partidos políticos e estavam integrados nas campanhas eleitorais de suas agremiações. O que existiu em comum, acima das divisões políticas e ideológicas, foi a disposição de discutir, reconsiderar e reafirmar as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As conclusões foram encaminhadas aos partidos políticos, a todos os candidatos à presidência da República, aos governos estaduais e distrital, à Câmara dos Deputados, ao Senado Federal e à sociedade brasileira de uma maneira geral, através de uma carta aberta.

De acordo com o documento, os participantes consideram como conquista do povo o preceito constitucional que garante “o direito de todos os brasileiros à saúde”, determinando que seja “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. As diferentes visões políticas não impediram que todos se unissem em torno de pontos importantes da



questão da saúde, inclusive na defesa firme do princípio de que todas as políticas governamentais – econômicas, sociais e de desenvolvimento – dos poderes executivos federal, distrital e estaduais devam ser direcionadas para a erradicação da miséria, diminuição das taxas de pobreza e redução acentuada das desigualdades existentes no Brasil.

Para que o sistema de saúde funcione adequadamente, garantindo efetivamente os direitos dos cidadãos, é necessário, segundo reivindicam os participantes, que os profissionais tanto do setor público quanto do setor privado sejam respeitados, tratados com dignidade e adequadamente remunerados. De acordo com o documento, é preciso resgatar os conceitos de “servidor público” e de “serviço público”, extremamente desgastados nos anos 90. Foi defendido o estabelecimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, com administração descentralizada e incentivos, multiplicação das oportunidades de capacitação, progressão funcional e educação permanente; proteção social do trabalho e regulação dos vín-

culos laborais, eliminando todas as formas precárias de emprego.

A preocupação com os profissionais do setor esteve presente, embora não haja no documento qualquer resquício de corporativismo. Todos os participantes são profissionais de saúde preocupados com as condições de trabalho, mas o centro das atenções foi com os usuários dos serviços de saúde. Os mecanismos de melhoria da qualidade dos serviços devem contemplar, segundo o documento, “a presteza, o conforto e a humanização (acolhimento, respeito à dignidade e aos direitos das pessoas) dos serviços e ações, a melhoria das intervenções clínicas com o desenvolvimento de diretrizes e protocolos diagnósticos e terapêuticos, a sistematização da revisão de casos e processos assistenciais, e as formas e instrumentos de denúncias e queixas da população, ampliando o escopo tanto das supervisões quanto das auditorias”.

O Brasil é um dos países com menor gasto *per capita* em saúde. De acordo com o documento, é impossível “oferecer uma atenção à saúde de qualidade quando os três níveis de governo destinam, em conjunto, à saúde, setenta centavos por habitante por dia”. Os participantes do encontro defendem a necessidade de garantir o correto cumprimento da Emenda Constitucional 29, como forma transitória para a elevação dos patamares de gastos em saúde. O objetivo é que o orçamento de saúde, considerando-se as três esferas de governo, alcance em 2004, no mínimo, o patamar de R\$ 70 bilhões.

Diversas outras questões foram abordadas no documento, entre as quais a necessidade de implementar as políticas de pesquisa definidas na I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em 1994: “Estar dirigida para a equidade do acesso aos benefícios da investigação científica; ser governada por padrões éticos; e estar orientada por uma agenda de prioridades para a melhoria das condições de vida da população.”

## FOME NO BRASIL E NO MUNDO

# Eliminar a desnutrição é prioridade do governo Lula

Márcio Bueno

**E**m seu primeiro pronunciamento como presidente eleito, Luís Inácio Lula da Silva negou-se a antecipar os nomes dos futuros ministros da área econômica e, ao mesmo tempo, anunciou a criação de uma Secretaria de Emergências Sociais com o objetivo de pôr fim à fome, deixando patente que as prioridades de seu governo serão outras. “Se ao final do meu mandato”, disse Lula, “cada brasileiro puder se alimentar três vezes ao dia, terei realizado a missão de minha vida”.

O mercado não se mostrou muito satisfeito, embora essa política possa, ao fim e ao cabo, acabar atendendo inclusive aos seus interesses. Segundo o Prêmio Nobel de Economia de 1993, Robert Fogel, 20% da população da Inglaterra e da França foram excluídas da força de trabalho em 1790 por causa da subnutrição. Em estudo publicado pela FAO, Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação, o economista diz que o aumento do nível de nutrição foi responsável por metade do crescimento econômico dos dois países no período de 1790 a 1880. “Como vários países em desenvolvimento são atualmente tão pobres como eram a França e a Inglaterra em 1790, a eliminação da fome hoje pode ter o mesmo impacto no desenvolvimento desses países”, disse Fogel.

A fome, um flagelo mundial, sempre fez parte das preocupações ou, pelo menos, dos discursos dos governantes. O próprio G8, grupo dos países mais ricos e poderosos do mundo, durante a reunião realizada na Itália, em 2001, emitiu um comunicado afirmando que “a estratégia principal para a redução da pobreza consiste no acesso ao alimento e no desenvolvimento rural”. Apesar de tudo, continuaram sem abrir mão das diretrizes econômicas que impõem aos países em desenvolvimento através dos organismos internacionais.

O presidente eleito do Brasil talvez seja o primeiro governante a fa-



lar do assunto com conhecimento de causa. Na infância, passou muito tempo se alimentando apenas com um mingau de farinha e café — Lula só comia carne quando os irmãos conseguiam caçar uma rolinha ou um preá. Essa realidade é vivida ainda hoje por milhões de pessoas no Brasil. “Ontem não jantei, hoje não almocei. Seria muito bom que o Lula não deixasse a gente morrer à míngua”, disse em entrevista à revista *Isto É* a faxineira Guiomar Pinheiro, da favela do Sapó, Zona Norte de São Paulo. No mesmo local, Marina Oliveira, que cria nove filhos, diz que a família só consegue comer “porque o povo dá”. Mesmo nessa situação precária, ela sabe que a solução real do problema é outra: “Comida é importante, mas eu prefiro emprego e carteira assinada”.

“ Comida é importante, mas eu prefiro emprego e carteira assinada ”

São inúmeras as conseqüências da fome: baixa as resistências, expondo o indivíduo a várias doenças; reduz a produtividade no trabalho; afeta o desenvolvimento físico e mental das

crianças; e pode provocar retardo mental. Só a anemia é capaz de afetar seriamente o PIB dos países — segundo o Banco Mundial, na Índia, o impacto foi de 1,3% do PIB e, em Bangladesh, de 2%.

Estudo da Fundação Getúlio Vargas, de São Paulo, mostra que o nosso país tem hoje 50 milhões de miseráveis, que vivem com menos de R\$ 80,00 por mês, dinheiro insuficiente para comprar uma cesta básica de alimentos. São nada menos que 30% da população. Os Estados menos afetados são Rio de Janeiro, com 16%, Santa Catarina, com 14% e São Paulo, com 10%. Os Estados em pior situação estão localizados no Nordeste, onde a miséria afeta a maioria da população: o Ceará tem 56% de miseráveis, o Piauí, 62% e o Maranhão, 64%.

Ao novo governo não faltará apoio para a empreitada a que se propôs. O secretário-geral da ONU, Kofi Annan, entrou em contato com o presidente eleito para dizer que vai colaborar com o seu projeto de eliminar a desnutrição. Os presidentes do Bird, James Wolfensohn, e do BID, Enrique Iglesias, enviaram mensagens de apoio a Lula, manifestando o desejo de cooperar com o combate à pobreza e melhoria das condições de vida dos brasileiros. E o empresário Oded Grajew, que preside o Instituto Ethos de Responsabilidade Social, entidade que congrega empresas cujos faturamentos somados representam 30% do PIB nacional, diz que Lula vai contar com o apoio de atores poderosos, como a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo e a Federação Brasileira dos Bancos. ■



# Graduação: é preciso mudar

Transformações dependem de políticas de Educação e de Saúde

Ana Beatriz de Noronha (com colaboração de Daniela Sophia e Katia Machado)

Falta de preparo do corpo docente das escolas, currículos ultrapassados, nos quais o ciclo básico e o ciclo clínico mal se relacionam, excessiva carga horária, teoria e prática dissociadas, e ênfase na assistência especializada e no uso maciço da tecnologia. Diante desse quadro, não é surpresa a formação em massa de profissionais completamente afastados da realidade e incapazes de atender as demandas da população.

O diagnóstico é praticamente unânime: o ensino de graduação está doente e necessita de tratamento urgente. Quase todo mundo que atua nessa área concorda que é preciso mudar a educação dos profissionais de saúde. Isso, no entanto, não tem sido o bastante para provocar alterações capazes de solucionar o problema. Das inúmeras propostas de mudança apresentadas, algumas foram efetivadas, outras viraram história. Pode-se dizer que, no processo, cujo principal objetivo é adequar a formação médica às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), são comumente encontrados pontos de continuidade, de aprofundamento e de ruptura. As dificuldades ocorrem certamente porque, apesar da unanimidade do diagnóstico, o tratamento é longo, complicado e tem entre os seus agravantes o descompasso que ocorre

entre os diversos campos e personagens envolvidos no problema. A inércia das universidades acaba sendo apontada como um fator crucial de retardamento do processo de mudança, que ocorre com muito mais velocidade nas práticas e nas políticas de saúde. A questão, no entanto, para o reitor da Universidade Federal da Bahia (Ufba), Naomar de Almeida, deve ser vista dentro de outro prisma:

— É preciso ver que é essa 'inércia' que dá permanência e credibilidade a uma instituição tradicional e autônoma, como é o caso da Universidade, que existe desde a Idade Média. Antigamente as mudanças ocorriam muito lentamente, hoje as mudanças ocorrem numa velocidade espantosa e as demandas são sempre urgentes. Por conta disso, o tempo necessário à adaptação acaba parecendo maior. Paradoxalmente, no entanto, ao mesmo tempo em que 'resiste' a mudanças, a Universidade sempre acaba abrigando os movimentos de vanguarda. Ela pode ser inerte em seu substrato, mas ela não é monolítica e nem retrógrada.

Outra razão que poderia estar acarretando esse 'descompasso' é a falta de espaços de discussão na área da Educação nos mesmos moldes da Saúde, que tem um Conselho Nacional atuante e que conta com a força política das Conferências. Para Tânia Nunes, vice-presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), "um mecanismo de Conferência de Saúde cairia muito bem para a Educação".



O fato é que, como afirma Laura Feuerwerker, em seu livro *Além do discurso de mudança na educação médica*, os processos profundos de transformação na formação são complexos e envolvem mudanças conceituais, de postura, de lugares e de relações institucionais, bem como o enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados hegemônicos, e a construção de alternativas que não estão dadas. Para ela, esses processos implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e, por essa razão, estão constantemente em risco. Laura também acha importante lembrar que a educação médica está intimamente relacionada às macroestruturas e tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde e de necessidades de saúde, que são historicamente definidos, à organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, à prática médica.

Atualmente, a questão ganha um novo e importante aspecto: a discussão está saindo do círculo de especialistas e se tornando um imperativo social. A sociedade começa a exigir melhores serviços de saúde e isso implica na formação de profissionais capazes de prestar atendimento integral e mais humanizado, de trabalhar em equipe e de compreender melhor a realidade em que vive a população.

### O SUS COMO PARÂMETRO

A questão da formação profissional envolve diretamente as oportunidades educacionais e de acesso ao mercado de trabalho e, indiretamente o perfil profissional, a qualidade da assistência prestada à população e o aperfeiçoamento das práticas, que ocorre quando os profissionais adquirem novas competências a partir do estreitamento de suas relações com os pacientes. A existência de tantos fatores torna obrigatória uma diversidade de ações que, para serem eficazes, necessitam de uma direção. A primeira grande definição, portanto, seria a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que hoje, segundo Paulo Seixas, diretor técnico da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, vive três grandes movimentos:

— O primeiro deles está relacionado ao processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS, com a finalidade de se obter maior capacidade regulatória e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais — eficácia, eficiência, qualidade e produtividade. O segundo movimento, complementar ao anterior,

é o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2000), que garante a racionalidade do Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais. O terceiro movimento está relacionado à implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país.

No âmbito Federal, a reordenação do Sistema envolve a criação das agências reguladoras e a reestruturação organizacional do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, as Secretarias de Saúde assumem sua função de

gerenciar e promover a equidade do Sistema, desempenhando seu papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, em detrimento da função executora na prestação de serviços. No âmbito municipal, cresce a função executora associada à busca de novas modalidades gerenciais dos serviços — Fundações, Autarquias, Organizações Sociais — e de novas relações de parcerias com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscip) e entidades filantrópicas.

A estratégia de Saúde da Família, por sua vez, ao responsabilizar a equipe por uma determinada população, residente em um território definido, e estruturar o trabalho numa equipe bastante simplificada, acaba

## As diretrizes

De acordo com o Ministério da Educação, as diretrizes curriculares são orientações para a elaboração dos currículos e devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Em linhas gerais, as diretrizes curriculares devem assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida pelos alunos; indicar tópicos, campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporiam os currículos; evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos; incentivar uma sólida formação geral, que permitisse ao graduado a superação dos constantes desafios no exercício profissional e na produção do conhecimento; estimular práticas de estudo independente, visando a uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno; encorajar o aproveitamento do conhecimento, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar; fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa, os estágios e a participação em atividades de extensão; e incluir orientações para avaliações periódicas a serem realizadas por meio de instrumentos variados, com o objetivo de informar professores e alunos sobre desenvolvimento das atividades didáticas.

Oficialmente, a discussão sobre as diretrizes começou em 1997, com a publicação de um edital que convocava as Instituições de Ensino Superior (IES) para apresentarem propostas sobre o assunto para seus diferentes cursos de graduação. Cer-

ca de 1200 propostas foram enviadas por universidades, faculdades e organizações docentes, discentes e profissionais. Também foram organizados seminários e encontros para debater a questão. Coube às Comissões de Especialistas de Ensino (CEEs) sistematizarem as propostas enviadas e, após novos debates, consolidá-las e encaminhá-las ao Conselho Nacional de Educação (CNE) para aprovação pela Câmara de Educação Superior (CES). Sempre com base nos objetivos gerais, foram criadas as diretrizes específicas para cada área e, posteriormente, para cada curso. Na área da Saúde, estão incluídos os cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

O conceito de saúde estabelecido na Constituição e os princípios que nortearam a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fundamentais na definição das diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da Saúde. De acordo com os pareceres da Câmara de Educação Superior (CES/CNE), as diretrizes devem "levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a

por promover a desfragmentação do trabalho, criando áreas de atuação comum. Como explica Paulo Seixas:

— O fim da fragmentação da atenção pelos diferentes agentes do trabalho cria as chamadas 'áreas cinzentas', que se caracterizam pela complementaridade e compartilhamento de responsabilidades pelos profissionais, que se envolvem tanto no cuidado direto quanto no planejamento da atenção. Isso demanda e desenvolve novas habilidades na comunicação social e no aprofundamento das abordagens psico-afetivas, criando ainda a necessidade de redefinição de competên-



cias. Essas 'áreas cinzentas' também estão relacionadas com as diferentes realidades do país, sendo, portanto, produtos de negociações locais, de pactos em conjunturas diferenciadas, que tenham como referência as necessidades da população.

Tudo isso acaba tornando imprescindível um conjunto de ações de qualificação, direcionadas tanto ao fortalecimento e desenvolvimento da capacidade gerencial do Sistema quanto à formação e qualificação de profissionais para um novo modelo assistencial, baseado nos princípios da Vigilância à Saúde e da valorização da

atenção básica. Uma das unanimidades da questão é que a Saúde da Família seja trabalhada não apenas como uma estratégia, mas como um espaço estratégico para a defesa dos princípios de atenção integral, vínculo, responsabilização, acolhimento, trabalho em equipe multiprofissional e concepção ampliada de saúde.

## A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A articulação entre as políticas de Educação e as de Saúde é fundamental para que as transformações necessárias sejam possíveis. Na questão da formação, merece destaque, por exemplo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que proporcionou grandes perspectivas tanto para a formação de nível médio quanto para o ensino superior.

A nova LDB, ao definir o ensino com base nas competências e valorizar o local de trabalho como espaço privilegiado de ensino/aprendizagem, possibilita que a integração entre instituições formadoras e serviços e a tomada de decisões necessárias ao funcionamento do sistema ocorram localmente. A flexibilidade vira palavra de ordem. A estrutura curricular perde a rigidez e isso permite maior autonomia para o aluno e para a escola.

Além disso, as novas diretrizes curriculares para a graduação (ver box ao lado) valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino.

Se a LDB e as diretrizes curriculares têm natureza externa ao setor da saúde, é importante, de acordo com Paulo Seixas, que se destaque o alto investimento que o Ministério da Saúde vem realizando na área de formação de recursos humanos, com o intuito de estabelecer uma política consistente e sustentável no campo da formação profissional que esteja em sintonia com as prioridades de redirecionamento dos modelos de gestão e de atenção.

Para ele, também são importantes a questão dos mandatos compartilhados e a necessidade de se conceber e efetivar espaços e fóruns de pactuação entre os segmentos envolvidos com a descentralização, a regionalização e a transformação do modelo, ou seja, com a consolidação do Sistema Único de Saúde. Entre os espaços já existentes, a Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde é um dos mais importantes.


— É preciso fortalecer os mecanismos de articulação com outros

# curriculares

qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades". Guardadas as especificidades de cada curso, as diretrizes curriculares na área da Saúde determinam que a formação, geral e específica, dos profissionais deve enfatizar a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando ainda as competências comuns gerais para o perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Segundo as diretrizes curriculares, a área da saúde requer profissionais com competências gerais referentes à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e ao gerenciamento, e à educação permanente.

Na atenção à saúde, todo profissional deve ser capaz de: desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva; garantir que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do Sistema de Saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, levando em consideração que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde do indivíduo ou da coletividade. O profissional de saúde deve ser capaz de avaliar,

sistematizar e tomar as decisões mais adequadas, a fim de que a força de trabalho, os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos e as práticas sejam apropriados, eficazes e de menor relação custo-efetividade possível. No que se refere à comunicação, os profissionais devem ser acessíveis e capazes de manter o sigilo das informações a eles confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Além disso, devem ter habilidades de escrita e leitura, e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e das tecnologias de comunicação e informação. Como no trabalho em equipe multiprofissional muitas vezes é preciso assumir posições de liderança, é necessário que ele tenha compromisso, responsabilidade, empatia e habilidade para tomar decisões, comunicar e gerenciar de forma efetiva e eficaz. As atividades de administração e gerenciamento, por sua vez, exigem que os profissionais atuem como empreendedores, gestores, empregadores e líderes, devendo estar aptos a tomar iniciativa, fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e das informações. Os profissionais devem ainda ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. 

Mais informações:

**Secretaria de Ensino Superior/  
Ministério da Educação (Sesu/MEC)**  
Site: [www.mec.gov.br/Sesu/  
diretriz.shtm](http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm)





Ministérios, como o do Trabalho e da Ciência e Tecnologia, com os Poderes Legislativo e Judiciário, que muitas vezes ordenam a formação de RH, e com a sociedade civil organizada, para que a ordenação estabelecida na Constituição possa ser concedida, reconhecida e legitimada coletivamente – diz Paulo, lembrando ainda que, em abril de 2002, com o objetivo de estabelecer as pactuações necessárias entre os três níveis de gestão, atualizar as demandas e os desafios e viabilizar a Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, foi constituído, com composição tripartite, o Grupo Permanente de Trabalho em Recursos Humanos.

### O PROMED

A aprovação das novas Diretrizes Curriculares para área da saúde permitiu uma importante articulação entre duas políticas de governo, provenientes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, e acabou gerando o desafio de se criar um sistema de incentivos às instituições acadêmicas que se dispusessem a adequar a formação profissional que oferecem às necessidades do SUS. Com base em propostas realizadas anteriormente, como o Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), e como resultado de articulações com a Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem), Rede Unida e OPAS, foi criado, em abril de 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em

Cursos de Medicina (Promed). O objetivo do Promed é reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, dando ênfase às mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica. O programa, que em sua primeira etapa está dirigido apenas às escolas médicas, já está sendo pensado

**A** Abem, fundada em 1962, é uma Associação civil de âmbito nacional, cujo objetivo é discutir e aprimorar a formação do médico por meio do aperfeiçoamento dos métodos de ensino, apoiando a produção de pesquisa e contribuindo para a educação continuada dos profissionais da área da saúde. Atualmente congrega 111 sócios institucionais – Centros, Faculdades, Escolas, Instituições e Cursos vinculados à educação médica –, além de sócios individuais, honorários e beneméritos.

Mais informações:

**Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem)**

Av. Brasil, 4036/1006

Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ

CEP 21040-361

Tel.: (21) 2260-6161 / 2573-0431

E-mail:

secretaria@abem-educmed.org.br

Site:

www.abem-educmed.org.br/index.html

para envolver, num próximo movimento, as escolas de enfermagem.

A idéia é que cada escola utilize os recursos recebidos do Promed para por em prática uma estratégia previamente construída. Para isso, a coordenação do Promed tem organizado oficinas regionais, cujo intuito é levar as instituições e as pessoas à reflexão e apoiar da melhor maneira possível o maior número de escolas na construção de seu projeto de mudança.

### OS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO

Algumas iniciativas governamentais são consideradas fundamentais para o processo de reestruturação do ensino médico.

A constituição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família pode ser vista como a principal iniciativa de um grande esforço que vem sendo desenvolvido para garantir aos profissionais o perfil adequado aos princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família. Funcionando em todos os estados, os Pólos permitem uma aproximação ensino-serviço inédita na definição de demandas e estratégias de capacitação. Além disso, eles representam a incorporação da responsabilidade pública com a educação permanente de seus profissionais.

Os Pólos foram criados para permitir a cooperação mútua entre instituições de ensino e órgãos gestores do serviço de saúde para a implementação de programas voltados ao pessoal atuante no PSF. Eles são formados por Instituições de Ensino Superior (IES) articuladas entre si e com as Escolas de Saúde Pública que se consorciaram ou fazem convênios com secretarias estaduais e municipais de saúde.

A implantação dos Pólos, financiados com recursos do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSus), começou em novembro de 1997. No primeiro processo seletivo, foi feita a acreditação de dez Pólos, seis projetos de capacitação e quatro projetos de cursos. Em 1999, em novo processo licitatório, o Ministério da Saúde selecionou mais dez projetos, todos na categoria Pólos. Atualmente estão em funcionamento 30 Pólos, distribuídos por todos os estados do Brasil.

Segundo o relatório final da Oficina de trabalho sobre a atuação dos membros da Rede Unida nos Pólos de Capacitação de Saúde da Família (Londrina, 2001), apesar de haver um grande reconhecimento da importância da linha de ação dos Pólos, o

impacto que eles exercem sobre a formação de graduação tem sido muito baixo. Alguns dos fatores responsáveis por isso seriam: participação no Pólo de Capacitação concentrada geralmente na área de Saúde Coletiva, que tradicionalmente pouca influência tem sobre os outros segmentos das faculdades de saúde; pouco conhecimento sobre o SUS dentro das escolas, gerando resistência e desconfiança sobre o Sistema e sobre a seriedade e a possibilidade de continuidade política da própria estratégia de Saúde da Família; e centralidade do trabalho dos Pólos nos cursos introdutórios para responder às demandas reprimidas do Sistema.

Para o coordenador da secretaria executiva da Rede Unida, Márcio Almeida, o 'divórcio' entre os segmentos da clínica médica e os da saúde coletiva favorecem a estagnação e, somente com a criação de pontes entre esses importantes segmentos da educação médica, seria possível reunir condições para promover mudanças significativas no ensino de graduação.

— Se estamos pensando em mudanças que alteram as relações técnicas e sociais entre professores, alunos, dirigentes, universidade, serviços de saúde e comunidades, com vistas à formação de novas competências profissionais, mais adequadas ao mundo de hoje e de amanhã, não haverá chance de sucesso enquanto esses dois segmentos não abandonarem posições corporativistas, preconceituosas e excludentes. Os clínicos e os profissionais da saúde coletiva detêm conhecimentos e competências que precisam estar juntos. Uns precisam reconhecer os méritos dos outros.

As principais sugestões dos membros da Rede Unida para potencializar o impacto dos Pólos sobre o ensino de graduação são: atrair a participação dos clínicos, aproximar os Pólos de Capacitação dos núcleos de poder das escolas e estabelecer espaços de diálogo com os estudantes.

### O PITS

Tendo sempre em mente que a questão da formação profissional está ligada diretamente às oportunidades educacionais e de acesso ao mercado de trabalho, outra forma de atuação do Ministério da Saúde nesse sentido é a intervenção na regulação da oferta de profissionais por meio do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).

O Pits, lançado em março de 2001, pretende atender, por meio da interiorização de equipes do PSF, mu-

Os cursos introdutórios têm a função de capacitar os profissionais, ensinando-os a lidar com os principais procedimentos e requisitos do Programa de Saúde da Família, como: trabalhar em equipe, identificando as atribuições de cada membro da equipe dentro do seu trabalho; realizar atendimento mais humanizado; identificar comunidades que necessitem de atenção especial, definindo áreas prioritárias; oferecer atendimento integral e contínuo; identificar as ações necessárias para a análise da situação do município; determinar as ações essenciais de uma equipe de Saúde da Família.

nicipios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e do norte de Minas Gerais, que apresentam comprovada carência sanitária e médica. A prioridade é para municípios com até 50 mil habitantes, com alto índice de mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, malária e outros indicadores de situação de saúde. Por conta do programa, quase 600 profissionais vêm atuando em 150 municípios do País, onde antes não havia nenhum profissional de saúde. Esses profissionais recebem treinamento prévio em atenção básica de saúde, que se complementa com um curso de especialização em saúde da família.

Os cursos de Especialização em Saúde da Família são oferecidos por Instituições de Ensino Superior (Universidades Federais, Estaduais e Núcleos de Saúde Pública) conveniadas com o Ministério da Saúde. O conteúdo mínimo do curso, que tem carga horária mínima de 360 horas presenciais e cuja parte prática é executada no município, foi definido pela Coordenação Nacional do Pits, juntamente com o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e com as entidades parceiras. A avaliação dos profissionais é feita por meio de um questionário estruturado, elaborado e analisado pelo Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (Cedess/Unifesp), e respondido tanto pelos alunos/profissionais quanto pelos tutores, docentes e Coordenadores de Curso. A razão da obrigatoriedade do curso é explicada por Regina Stella, Coordenadora Nacional do Programa de Interiorização

do Trabalho em Saúde:

— Embora a maioria dos cursos de graduação não forme profissionais com perfil adequado para a atenção básica, os cursos de especialização do Pits não são uma forma de corrigir os defeitos da formação de graduação. Eles são cursos de especialização com a característica de processo de formação aliado ao trabalho. São obrigatórios para os alunos que não tenham especialização na área. Para quem já tem especialização, são oferecidos cursos modulados de educação continuada a distância, com duração média de três meses. Para o segundo ano do Pits, serão oferecidos três cursos, ministrados pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), em parceria com a coordenação nacional do programa.

### A REDE UNIDA

A Rede Unida é formada por pessoas, projetos e instituições comprometidas com a mudança da formação dos profissionais de saúde.

A Rede existe desde 1985, quando surgiu para articular projetos de integração docente-assistencial (IDA), promovendo o intercâmbio de experiências entre seus membros, personagens importantes da Reforma Sanitária brasileira. Essas experiências tinham como principal objetivo alterar o modelo flexneriano de ensino, a partir das chamadas atividades extramurais, desenvolvidas principalmente pelos departamentos de medicina preventiva, de Saúde Pública e de Pediatria das escolas. Em meados dos anos 90, com a incorporação dos projetos UNI, que traziam a proposta de parceria Universidade/Serviços/Comunidade como um eixo fundamental de atuação, a Rede ganhou uma nova identidade e se transformou num espaço privilegiado de discussões sobre saúde e educação. Como conta Márcio Almeida:

— Nessa época, a Rede passou a ter condições de tratar todas as questões de uma forma conjunta.

Não se tratava mais de experiências que relacionavam somente a universidade com a comunidade ou a universidade com os serviços, mas sim a universidade com os serviços e com a comunidade. Com isso, a Rede teve força suficiente para romper as barreiras às mudanças nos cursos de graduação das universidades. Vale lembrar que a questão da formação foi deixada em segundo



FOTO: WANDREI SANCHES BRAGA

plano pelo movimento da Reforma Sanitária cuja crença, nos anos 70/80, era que as mudanças no ensino superior seriam decorrência automática das mudanças no modelo de atenção e no mercado de trabalho. Uma década depois, ficou claro que não é bem assim e que as mudanças não ocorrem de forma mecânica.

Hoje, a Rede Unida agrega pessoas e instituições que executam e articulam projetos cujo objetivo é o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, a partir da mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor. De acordo com Márcio Almeida, ela se organiza em núcleos dinamizadores, verdadeiros 'nós' nos quais são intensificados as relações e os intercâmbios.

— Não há uma estrutura formal ou hierárquica. Os membros individuais e institucionais têm total liberdade para tomar iniciativas e viabilizar projetos. As oficinas de trabalho e os Congressos, que são realizados periodicamente, funcionam como instrumentos de aprofundamento das análises e definição de rumos — explica ele.

O fato de a Rede Unida desempenhar atualmente um papel fundamental na questão da formação profissional ocorre, na opinião de Laura Feuerwerker, por quatro razões principais:

— Em primeiro lugar, porque imprime um caráter multiprofissional ao debate. Em segundo lugar, porque concentra experiências sobre a integração efetiva da universidade com os serviços de saúde e com a população organizada. Ou seja, há debate sobre metodologias de ensino e organização curricular, mas a questão principal é a mudança da relação da universidade com o contexto local e suas organizações, a da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e do compromisso da universidade com o enfrentamento dos problemas de saúde da população e com a construção do SUS. Em terceiro lugar, a Rede Unida promove o debate e a reflexão crítica em torno das experiências e, conseqüentemente, gera conhecimento sobre o tema. Em quarto lugar, porque a Rede é um ator político ativo, presente no cenário da formação profissional, contribuindo para uma articulação efetiva e fundamental



entre atores da saúde e instituições formadoras.

Para Laura, a comprovada atuação da Rede no debate e na definição das diretrizes curriculares e, mais recentemente, a contribuição efetiva para a elaboração dos fundamentos do Promed são exemplos muito claros do bom trabalho que vem sendo feito.

### O LONGO CAMINHO, DE FLEXNER AO MODELO DA INTEGRALIDADE

Em 1910, Abraham Flexner publicou um relatório sobre a realidade do ensino médico nos Estados Unidos. Mais tarde, esse relatório determinou os rumos que o ensino médico tomaria tanto nos Estados Unidos quanto no Canadá e na América Latina. O 'modelo flexneriano', implantado no Brasil a partir da década de 40, época em que foram criadas inúmeras escolas de Medicina, Odontologia e de Enfermagem e reformuladas as que já existiam, pode ser

caracterizado, entre outras coisas, pela valorização excessiva de uma sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso; pela centralidade na figura do professor; pela pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde, com especial atenção médica individual; pelo estímulo à aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, que influenciou a criação dos hospitais universitários com um corpo clínico próprio e permanente; e pela crescente especialização da assistência médica.

No final da década de 50, também por influência norte-americana, surge o 'modelo da Medicina Integral' que recomendava a integração dos alunos em programas médico-sociais de higiene e prevenção. Nessa época são criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas e, com a participação de alunos e professores, começam a ser desenvolvidas atividades de extensão ligadas a programas de assistência domiciliar e familiar. A criação dos Centros de Saúde-Escola pode ser vista como a materialização dessa proposta. Em 1978, a Conferência Mundial de Saúde, ao valorizar a Atenção Primária à Saúde, acabou reforçando o papel dos Departamentos de Medicina Preventiva e das atividades extramurais de extensão.

A partir de meados dos anos 70, no âmbito das políticas de saúde e como consequência das discussões sobre a Reforma Sanitária, começam a surgir inúmeras iniciativas, como a Lei nº 6.229 de Constituição do Sistema Nacional de Saúde, em 1975; a Rede Médico-Sanitária e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1977; a Prevsauúde, em 1980; o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social (Plano Conasp), em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987; e, finalmente, a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, em 1990. Todas as discussões apontam para o problema da formação de recursos humanos e para a necessidade de integração entre o sistema de ensino e sistema de saúde.

Nos anos 80, a Integração Docente Assistencial (IDA) surge como uma nova tentativa de se aumentar a articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, visando inclusive à possibilidade de se realizar alterações nos currículos das faculdades e de se estabelecer novas relações entre alunos e professores, e entre conhecimento e prática. O desenvolvimento dos serviços básicos de saúde ganha prioridade e são criados os Distritos Docentes Assistenciais (DDA). Por princípio, a IDA estimula a formação do médico generalista e a educação permanente do pessoal dos serviços de saúde. Além disso, ressalta a co-responsabilidade das diferentes instituições e da população no que se refere à atenção à saúde. Muitas coisas começam a mudar e, aos poucos, a universidade assume a responsabilidade de educação permanente dos profissionais do sistema de saúde e todos os serviços do sistema de saúde passam a ser reconhecidos pela universidade como locais de ensino. As mudanças relacionadas ao sistema de saúde, no entanto, foram muito mais efetivas do que as relativas à formação. Nas escolas médicas, ainda persistiu por muito tempo uma certa resistência à reformulação dos currículos tradicionais e dos princípios implantados pela reforma flexneriana dos anos 40.

Lentamente, no entanto, começaram a ser introduzidas novas unidades de conteúdo e novas disciplinas, enfatizando-se a dimensão social do conhecimento; e aumentaram as tentativas de adequar a formação profes-



sional à realidade da população e dos serviços.

As experiências IDA foram fundamentais para fortalecer o pensamento e as propostas para um novo sistema de saúde, pois serviram de base para um grande número de profissionais das universidades que, mais tarde, acabaram se dedicando à construção do SUS.

Em 1987, a Fundação Kellogg decidiu apoiar alguns estudos sobre as condições de desenvolvimento de quatro importantes profissões da saúde: Medicina, Enfermagem, Odontologia e Administração de Saúde. Um desses estudos, realizado pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), avaliava as experiências IDA e concluía que, para que houvesse real articulação do ensino médico com os serviços de saúde, era preciso "transcender o trabalho de um departamento, ou de

locais, e na participação comunitária nas decisões que afetassem a sua qualidade de vida; criar modelos de desenvolvimento desses três elementos para aperfeiçoá-los e disseminá-los através de uma estrutura de redes; e apoiar projetos que perseguissem os objetivos anteriores, desde sua formulação, implantação, avaliação e disseminação. O Programa UNI, de certa forma, lançava para as escolas de saúde o desafio de apresentar e implementar projetos de mudanças na formação médica. Entre as inúmeras expectativas de mudança, esperava-se desenvolver uma metodologia de ensino que valorizasse a diversificação dos locais de ensino-aprendizagem, o treinamento em serviço e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais. Mais tarde, a Rede IDA incorporou o Projeto Uni e virou Rede Unida.

tente, em graus crescentes de complexidade, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção; a capacitação docente deve voltar-se tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica e para a participação e comprometimento no sistema público de saúde; o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho é orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas; é construído um novo modelo pedagógico que integra excelência técnica e relevância social, sustentado pela integração curricular numa prática pedagógica mais interativa, em metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção do conhecimento. A mudança, como se vê, é radical. Na prática, poucas instituições estão aplicando o novo modelo de forma integral. Em algumas, no entanto, como a Faculdade de Medicina de Marília (Fanema), em São Paulo, e a Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, as experiências já viraram exemplo e estão se transformando em motivo de estudo.

### OS MECANISMOS DE AVALIAÇÃO

O Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) foi criado em 1991 por diversas entidades representativas ligadas ao ensino e à prática da medicina. Essas entidades chamavam atenção para a relação entre o contexto social, o contexto sanitário e a crise no ensino médico, se propondo a avaliar os componentes que pudessem melhorar a qualidade e transformar a realidade do ensino médico no Brasil.

Na primeira fase, o projeto enviou para as 80 escolas um questionário auto-aplicado elaborado pela Cinaem, e recebeu de volta 78 questionários respondidos. O objetivo era obter informações sobre a estrutura política e econômico-administrativa das instituições, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de extensão e pesquisa e sobre os graduandos.

A segunda fase envolveu a realização de debates e discussões sobre



uma profissão, para obrigatoriamente envolver equipes multiprofissionais de estudantes, professores e profissionais dos serviços durante todos os anos do curso de graduação". Além disso, o estudo alertou para a necessidade de se ampliar a participação da comunidade para fortalecer sua integração nos processos decisórios envolvidos na busca de uma melhoria do ensino e das condições dos serviços da saúde.

No início da década de 90, a Fundação lançou o que ficaria conhecido como Programa UNI, cujos propósitos eram: estimular projetos de base comunitária que buscassem mudanças concomitantes na educação dos profissionais da saúde, na reforma do setor saúde, com ênfase nos sistemas

Hoje, depois de muita discussão, muito estudo e muita pesquisa, já é possível se falar de um outro modelo de educação médica: o chamado 'modelo da integralidade' que, segundo Jadete Lampert, em seu livro *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*, "visa a uma formação mais contextualizada, que leva em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população". Pelo novo modelo, no processo saúde-doença, a saúde recebe mais ênfase do que a doença; o processo ensino-aprendizagem está centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação; o ensino da prática deve acontecer no sistema de saúde exis-

os resultados da primeira etapa. Foram organizadas oficinas de trabalho com representantes do corpo discente e docente das escolas. Discutiuse também a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica.

A terceira fase do projeto teve por objetivo a 'construção' das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico. Na quarta fase, esperava-se que as escolas apresentassem suas propostas de mudanças, mas isso não aconteceu. De acordo com Laura Feuerwerker, o projeto perdeu força devido a divergências entre alguns dos atores envolvidos na condução do processo. Outro ponto que, segundo Laura teria contribuído para enfraquecer o projeto e impossibilitar que a avaliação realizada pela Cineaem servisse para substituir os mecanismos de avaliação propostos pelo MEC — o Exame Nacional de Cursos (Provão) e Avaliação das Condições de Ensino — foi a decisão de manter em sigilo o resultado das avaliações feitas pela comissão, uma vez que as avaliações do MEC tinham justamente o objetivo de tornar públicos os resultados, como forma de pressionar as Escolas a realizarem mudanças.

De acordo com o MEC, o Exame Nacional de Cursos de Graduação (Provão) foi criado com o objetivo de alimentar os processos de decisão e de formulação de ações voltadas para a melhoria dos cursos de graduação, funcionando apenas como um dos indicadores a ser utilizado na avaliação das escolas. Os outros indicadores que constituem o Sistema de Avaliação da Educação Superior seriam o Censo da Educação Superior, a Avaliação das Condições de Ensino e a Avaliação Institucional. Na área da saúde, foram os alunos de Odontologia os primeiros a serem avaliados, já em 1997. O Provão para a Medicina foi realizado pela primeira vez em 1999 e o de Enfermagem em 2002. O conteúdo do Exame para cada curso é definido por comissões específicas, compostas por especialistas atuantes na área e constituídas após consulta às Comissões de Especialistas de Ensino da Secretaria da Educação Superior (Sesu), ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Crub) e aos conselhos federais e associações nacionais de ensino de profissões regulamentadas. As Comissões de Cursos também são responsáveis pela definição dos objetivos, do perfil desejado para o formando e das habilidades e conteúdos programáticos a serem avaliados.

Os relatórios do Provão são encaminhados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) à Sesu, órgão do Ministério da Educação responsável pela política e gestão do sistema nacional de ensino de graduação.

'Satanizado' por muitos, o Provão tem, no entanto, alguns defensores. Entre eles, Tânia Nunes:

— Eu nunca fui contra o Provão. De certa forma, as Escolas, principalmente as privadas, se viram constrangidas com o resultado obtido e tiveram que investir em melhorias. O problema é que, se por um lado o governo foi intransigente e não acolheu as críticas que recebeu para aperfeiçoar o exame, por outro, a comunidade universitária teve um comportamento reativo, sem a devida avaliação. Para mim, o Provão pode não ter sido a melhor idéia, mas foi um bom começo. Pena que parou no começo, e virou uma questão política — justifica.

Se o Provão avalia os formandos, a Avaliação das Condições de Ensino verifica a situação dos cursos de graduação, levando em conta a qualificação do corpo docente, a organização didático-pedagógica e as instalações físicas, com ênfase na biblioteca. A avaliação é feita por uma comissão de professores e serve como instrumento para o MEC reconhecer ou renovar o reconhecimento de um curso, medida necessária para a emissão de diploma ao aluno. Além disso, a avaliação, realizada anualmente, tem o objetivo de garantir a qualidade do ensino de graduação, cumprindo determinação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Eficientes ou não, limitados ou não, os mecanismos de avaliação acabam provocando, de uma forma ou de outra, um movimento positivo na busca de soluções para os problemas. "O Provão e a Avaliação das Condições de Ensino converteram-se em combustível para acelerar e alimentar os movimentos de mudanças na graduação", acredita Laura Feuerwerker.

## DIFICULDADES E NOVAS ENERGIAS

A discussão sobre mudanças no ensino de graduação médica está longe de terminar. Muitos problemas ainda precisam ser resolvidos. Um de-

les, segundo Tânia Nunes, diz respeito à condição dos docentes:

— Movimentos como esse exigem uma formação maciça de docentes para a nova realidade, com investimentos e políticas públicas exclusivas para isso. O conceito de diretrizes curriculares traz muita liberdade ao professor. É preciso que haja mecanismos de vigília para que essa liberdade não afete a formação que deve ter, no mínimo, um nível de padrão bom, em todo o país.

Mas as dificuldades não param por aí. Um exemplo disso é dado por Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Ufba, ao lembrar um pouco da história do grupo de professores da Bahia que vem trabalhando com essa questão desde 1970, com a criação do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) na Faculdade de Medicina da UFBA. O grupo, do qual, em 1995, saíram os fundadores do ISC, sempre procurou alternativas para vencer, segundo ele, "o

desafio de se problematizar e ensinar um conjunto de conteúdos e práticas contrários ao modelo médico hegemônico e às políticas de saúde que reproduzem o modelo médico-assistencial privatista, reatualizado por meio do sistema de assistência médica supletiva". Infelizmente, na opinião de Jairnilson, no âmbito da graduação, houve mais fracassos do que sucessos. "Ao longo do tempo, no entanto, produzimos estudos, conferências, cursos e publicações sobre o ensino de graduação. Ou seja, como diria um poeta baiano, botamos todos os nossos fracassos nas paradas de sucesso", diz ele, completando com otimismo:

— Felizmente, o movimento continua. A Rede Unida, a Abrasco, a Abem, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), entre outros, representam forças político-ideológicas que, mesmo em conjunturas adversas, têm conquistado vitórias não desprezíveis. Atualmente, novas energias e mobilização de vontades se fazem necessárias para responder com dignidade e efetividade às esperanças e às mudanças apontadas pelo povo brasileiro em outubro de 2002. No final, é como diz Milton Nascimento: "Se muito vale o já feito, mais vale o que será".



## GESTÃO DO SUS

# Normas Operacionais: O que são? Como funcionam?

Daniela Sophia

A primeira idéia que vem à cabeça dos profissionais de saúde quando o assunto é Norma Operacional é a de um conjunto de termos técnicos, de difícil entendimento. No entanto, todos percebem que elas são primordiais para o processo de organização e gestão do Sistema Único de Saúde. Entender o contexto em que as Normas foram criadas e seus mecanismos e expressões mais freqüentes ainda é uma grande dificuldade. Sabendo disso, o Radis debruçou-se sobre a extensa documentação existente para desvendar os segredos da regência dessa grande orquestra, que é o sistema de saúde brasileiro. Mas toda orquestra necessita de partituras para a execução de sua música em conjunto, com cada músico executando sua parte em harmonia com os outros. Assim, não seria equivocado dizer que a 'partitura' dessa 'sinfonia nacional' são elas, as normas operacionais.

Nos anos 80, após quase duas décadas de ditadura militar, teve início no Brasil o processo de redemocratização, que se intensificou a partir de 1982 com as eleições para governador. Este processo, marcado na área da saúde pela Reforma Sanitária e pela luta dos diversos setores da sociedade, culminou com a promulgação da Constituição de 88 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de a descentralização apresentar avanços ligados ao fortalecimento da capacidade de gestão e à incorporação de novos atores na construção do Sistema, alguns desafios ainda precisam de ser enfrentados, e entre eles estão: definir melhor a divisão de responsabilidades entre a esfera estadual e municipal, definir critérios para alocar recursos segundo as necessidades da população e integrar os sistemas municipais.

Para enfrentar esses desafios, foram implementadas na década de 90 as Normas Operacionais Básicas 91, 93,



96 e, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), que são orientações específicas e pactuadas para reorganizar o modelo de gestão, alocar recursos, promover a integração entre as três esferas de governo e promover a transferência para estados e municípios das responsabilidades do SUS.

Os conceitos que envolvem as Normas Operacionais nem sempre são claros para os gestores. Criou-se, a partir das Normas, um conjunto de terminologias e conceitos que fazem parte do 'vocabulário' do SUS, ainda em processo de construção. Abaixo, uma descrição resumida de cada edição das Normas:

♦ **Nob 91** — A Norma cria a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviço no país; o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), que são re-

passes do Governo Federal aos municípios; e os Conselhos estaduais e municipais de saúde (CES e CMS), que são órgãos deliberativos envolvendo setores da sociedade e técnicos com o objetivo de formular estratégias e controlar a política de saúde.

♦ **Nob 93** — Essa norma, que representou um avanço no processo de descentralização, criou as Comissões Intergestoras, que são fóruns de negociação compostos por gestores das esferas federal, estadual e municipal — Comissão Intergestores Tripartite — e pelos gestores estaduais e municipais — a Comissão Intergestores Bipartite. Com a Nob/93, foi criado o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que são repasses do Governo Federal aos Estados, e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que oferece aos gestores um instrumento para cadastro e controle do orçamento.



♦ **Nob 96** — A Norma tem como objetivo dividir a responsabilidade entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais, organizar o sistema e definir os critérios de alocação de recursos. Essa Norma implementou o Piso de Atenção Básica (PAB), estabelecendo um valor *per capita* para financiamento das ações de atenção básica, criou a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de organização do Sistema e definiu o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa Saúde da Família (PSF) como estratégias de mudança do modelo assistencial. Com a Nob 96, 99% dos municípios foram habilitados a um dos tipos de gestão e 60% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde foram repassados fundo a fundo para estados e municípios, fortalecendo assim a responsabilidade dos municípios pela gestão do SUS.

### PROBLEMAS

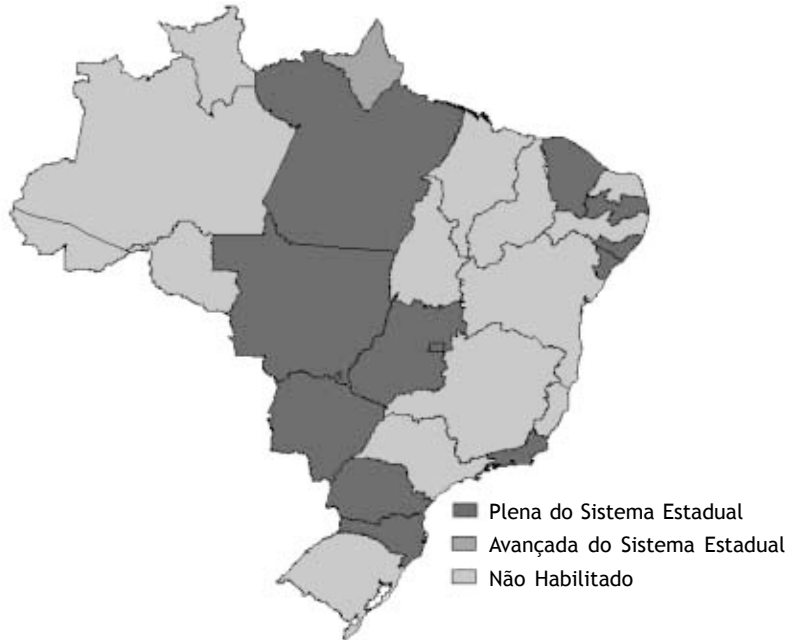
Em 1999, o processo de descentralização passou por uma avaliação. Na ocasião, os principais problemas identificados foram:

- ♦ 89,44% dos municípios brasileiros encontravam-se habilitados na Gestão Semiplena de Atenção Básica (GSAB), mas esse índice não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos os municípios e não garantiu o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.
- ♦ Apesar de apenas 10,14% dos municípios encontrarem-se em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) dispondo de maior autonomia de gestão, esses municípios ainda não asseguraram a inserção e papel de referência nas redes estaduais de serviços e isso está relacionado à imposição de barreiras de acesso à população que mora em outros municípios.
- ♦ Em relação ao financiamento do Sistema de Saúde, a alocação dos recursos humanos permanece vinculada à lógica da oferta de serviços, tendo como referência a série histórica de gastos e de produção e a capacidade instalada.

### A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (NOAS)

A necessidade de definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais e criar critérios para alocar recursos, levou os gestores e profissionais a iniciarem uma discussão sobre as estratégias que poderiam dar conta dessas questões. Em 2001, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde

### Situação dos estados brasileiros na habilitação à Noas



(Noas), com os seguintes objetivos específicos:

- ♦ Definir o processo para regionalização da assistência.
- ♦ Atualizar os critérios de habilitação dos municípios.
- ♦ Ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica Concluindo a habilitação de 100% dos municípios.

### A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA

A Noas tem como estratégia principal o processo de regionalização, que é um planejamento por meio do qual os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados com populações definidas para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços que não estão disponíveis em seus municípios. Com a regionalização, os Estados dividiram seu território em microrregiões de saúde para garantir que a população tenha acesso aos serviços o mais próximo possível de sua residência.

### OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO: O QUE MUDA COM A NOAS

A palavra gerir, do latim *gerere*, significa, segundo os Dicionários, administrar. A administração do Sistema de Saúde é exercida pelos gestores das esferas municipal, estadual e Federal, cada qual com a sua responsabilidade, função e com-

petência, mas todos tendo em mãos os instrumentos de gestão, que são a garantia do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Para discutir os avanços e retrocessos trazidos com a Norma, é necessário primeiramente compreender os principais conceitos de gestão criados pela Noas, que são importantes não só para aqueles que trabalham na gerência do Sistema, mas para a capacitação de todos os profissionais e usuários do SUS no exercício do controle social.

Os instrumentos de gestão aumentam a articulação entre os gestores do SUS, aprimoram a qualidade da gestão, de planejamento e de organização dos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde. Os instrumentos de gestão são requisitos obrigatórios para a habilitação dos Estados e municípios. São eles:

- ♦ **Agendas de Saúde** — Primeira etapa do processo de planejamento de gestão, a Agenda é um instrumento onde estão descritos os eixos prioritários de intervenção elaborados pelo governos Federal, estadual e municipal. Criada por meio da Portaria n° 393/GM/MS, o processo de elaboração da Agenda é feito anualmente, de forma participativa, por meio de negociação nas Comissões Intergestores e nos Conselhos de Saúde.
- ♦ **Planos de Saúde** — Etapa seguinte do processo de planejamento, o Plano

de Saúde é um documento que consolida o processo de planejamento por um período de quatro anos e onde estão descritos diagnósticos, estratégias e metas que são as bases das atividades que serão desenvolvidas pelas secretarias de saúde.

♦ **Quadro de Metas** — Elaborado anualmente, o Quadro de Metas é parte integrante do Plano de Saúde e tem como objetivo estabelecer as metas prioritárias das esferas municipal, estadual e federal.

♦ **Relatório de gestão** — É uma espécie de 'prestação de contas' elaborado anualmente, para sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos, permitindo o acompanhamento da aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

♦ **Plano Diretor de Regionalização (PDR)** — Tem como objetivo principal organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde e organizar o estado em microrregiões de saúde, que são estabelecidas a partir de níveis de complexidade dos serviços. Ao dividir por nível de complexidade, os serviços deixam de ser pensados sob uma ótica municipal para serem pensados a partir de uma ótica regional. Além disso, o PDR é usado para a elaboração da Programação Pactuada Integrada e dos Planos de Saúde Municipais. O processo de discussão e aprovação, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, é baseado em um pacto entre os gestores de municípios que pertencem a uma microrregião de saúde.

♦ **Programação Pactuada Integrada (PPI)** — Integra as ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar e tem como proposta organizar os modelos de atenção e gestão do SUS, alocar recursos entre municípios, explicitar a distribuição de competência entre as três esferas do governo e orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência das microrregiões. A PPI, ao descrever as responsabilidades de cada gestor do sistema, programa as ações que serão realizadas com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde que podem existir no próprio município ou em um município vizinho ou de referência. A elaboração da Programação é feita a partir de uma negociação entre os gestores sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde.

## RESPONSABILIDADES

Os gestores, ao terem em mãos os instrumentos de gestão, têm as seguintes responsabilidades:

Na esfera Federal, o gestor é responsável pela elaboração da Agenda Nacional de Saúde, pela análise dos Planos de Saúde, dos Quadros de Metas e dos relatórios de gestão dos Estados, pela elaboração do relatório de Gestão e da Programação Pactuada Integrada Nacional.

Na esfera estadual, o gestor é responsável pelas seguintes funções: elaboração da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas, do Relatório de Gestão, do Plano Diretor de Regionalização, da Programação Pactuada Integrada estadual e análise dos Planos de saúde e relatórios de Gestão dos Municípios.

Nas secretarias municipais, os gestores têm como função a elaboração da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, do Quadro de Metas, do Relatório de Gestão Municipal e da Programação das Ações de Saúde Municipais.

## AVALIAÇÃO

A implantação da Noas, marcada por muita discussão nos diversos setores, foi avaliada pelo Coordenador do Departamento de Administração Médica do Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo, Erik Oswaldo Von Eye e pelo médico e consultor em saúde Gilson Carvalho. De acordo com eles, a avaliação pode ser descrita por meio dos seguintes pontos:

— É necessária uma racionalização na estrutura da gestão, pois a exigência de um grande número de documentos, como planos de saúde e quadros de metas, torna a gerência complexa e, com isso, muitos municípios, principalmente os pequenos, acabam não conseguindo seguir a nova Norma.

— Com a Noas, os municípios têm menos autonomia na gestão do sistema, apesar de aumentar sua responsabilidade na gestão.

— Os novos critérios de habilitação, marcados pela rigidez, não só dificultam a integração dos novos municípios ao Sistema, como também

possibilita que muitos municípios possam perder a habilitação por não conseguirem atendê-los.

— A obrigatoriedade de adequação às novas regras em curto prazo pode gerar uma adaptação apenas com o objetivo de cumprir as novas diretrizes sem que haja melhora no atendimento da população.

Apesar dos desafios expostos na avaliação, eles consideram a regionalização um avanço no processo de descentralização, mas acreditam que esse processo tem que ser permanentemente avaliado e discutido pelos diversos setores da sociedade para que seja exercitado o controle social. ■

Saiba mais

Para os interessados em saber mais sobre os instrumentos de gestão do SUS, há um conjunto de Normas e Portarias para a área, que são:

♦ **Portaria/MS n° 2.203/GM de 6.11.1996** — Aprova a Norma Operacional Básica (Nob/96).

♦ **Portaria/MS n° 95/GM de 26.01.2001** — Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas).

♦ **Portaria/MS n° 483/GM de 06.04.2001** — Estabelece e aprova os objetivos e diretrizes gerais de Programação Pactuada e Integrada (PPI).

♦ **Portaria/MS n° 548/GM de 12.04.2001** — O documento 'Orientações Gerais para a elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão como instrumento de Gestão do SUS' é aprovado por meio dessa Portaria.

♦ **Instrução Normativa GM/MS n° 01, de 9.4.2001** — Regulamenta o processo de habilitação criado pela Noas.

♦ **Instrução Normativa GM/MS n° 02, de 6.4.2001** — Regulamenta a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação em microrregiões. ■



## O RADIS ADVERTE:

O contínuo aprimoramento do Sistema Único de Saúde requer mais e melhores diretrizes e regulamentos. Mas é preciso não esquecer que, como diria Sérgio Arouca, o excesso de normas pode fazer mal à Reforma Sanitária.

## MEDICAMENTOS

# Objetivo do Acordo Trips deve ser tornar medicamentos mais acessíveis



FOTO: GUTEMBERG BRITO

Jorge Bermudez e German Velasquez

Daniela Sophia

A Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) foi sede do Seminário 'Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado', realizado entre os dias 20 e 25 de outubro no Rio de Janeiro, reunindo representantes de 19 países da América, Europa, África e Ásia para discutir temas ligados ao acesso a medicamentos. Um dos debates envolveu a questão da patente de medicamentos e sua ligação com o monitoramento feito a partir do Acordo Trips (sigla em inglês que se refere aos aspectos de propriedade intelectual relacionados ao comércio) da Organização Mundial do Comércio (OMC). O tema foi debatido pelo coordenador da área de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), German Velasquez, e o diretor da Ensp, Jorge Bermudez.

A OMC formula e regulamenta normas que regem o comércio entre os países, entrou em funcionamento em 1995 e possui atualmente 144 membros que juntos representam 97% da economia mundial, segundo informações do site da Organização ([www.wto.org/indexsp.htm](http://www.wto.org/indexsp.htm)). Criado a partir de negociações entre os países participantes da OMC, o Acordo Trips estabelece os padrões mínimos de Direito de Propriedade Intelectual na área comercial e é um documento importante sobre patentes de medicamentos, apresentando normas e diretrizes para o comércio desses produtos.

Ao falar sobre o Acordo Trips, Jorge Bermudez e German Velasquez ressaltaram que esse é ainda um

tema difícil e, se por um lado poucas pessoas estão familiarizadas, por outro há uma grande necessidade, hoje, de incluí-lo na pauta das discussões dos profissionais que trabalham com medicamentos na Saúde Pública. Para os dois conferencistas, a solução está não só na elaboração de estudos para a construção de estratégias de políticas públicas, mas também na criação de fóruns de debates para a divulgação de informações sobre a importância do tema para a Saúde Pública.

O grande desafio do Acordo, segundo os dois, está na capacidade de cada país fazer a sua interpretação, não a partir dos interesses comerciais das empresas, mas dos interesses da saúde pública da população. Para German Velasquez, o surgimento de novos atores nos movimentos sociais como, por exemplo, os ativistas da luta contra a Aids e a Organização Médicos sem Fronteiras, está contribuindo para consolidar uma nova visão acerca do Acordo Trips, centrada nos interesses da saúde pública.

Para Velasquez, o núcleo das discussões que cercarão o tema nos próximos cinco anos encontra-se nos debates acerca das patentes de medicamentos. "Ao considerar que o acesso aos medicamentos é um direito humano, é necessário orientar o Acordo Trips para esse objetivo e questionar se produtos que envolvem os direitos humanos são realmente patenteáveis" disse. Segundo ele, o Acordo trata os medicamentos como qualquer outro bem de consumo, mas um medicamento que


pode salvar vidas não pode ser considerado como qualquer mercadoria.

Além disso, outras questões têm que ser discutidas e uma delas é o fato de que, nos países que não possuem sistema de patentes, os novos medicamentos chegam no mercado com um alto preço. "Essa questão tem que ser discutida tendo às mãos o Acordo Trips", diz Velasquez. Outra questão importante está ligada ao atraso na entrada de genéricos nos países que têm menos de 20 anos de proteção de patentes. Com isso, o acesso aos medicamentos mais baratos fica prejudicado pelo Acordo.

Foram ainda abordados durante o Seminário os avanços e retrocessos que precisam ser discutidos pelos países para adaptar o Acordo aos problemas e desafios de saúde nas localidades. Apesar dos problemas, para Velasquez e Bermudez o Acordo precisa ter, como principal objetivo, tornar os medicamentos mais acessíveis, respeitando-se as especificidades de cada local.

Segundo o coordenador da OMS, para uma melhoria do acesso aos medicamentos, os países devem prestar atenção aos seguintes pontos:

- ♦ Introduzir uma perspectiva da Saúde Pública nos Sistemas de proteção de propriedade intelectual para os medicamentos.
- ♦ Usar a flexibilidade permitida pelo Acordo Trips.
- ♦ Implementar a Declaração de Doha (elaborada na cidade de Doha, no Catar, em 2001), que introduz novas negociações comerciais multilaterais com o objetivo de criar um sistema de comércio agrícola voltado para o mercado.
- ♦ Acompanhar o impacto dos novos acordos comerciais na saúde pública.
- ♦ Implementar políticas públicas que promovam o controle de preços.
- ♦ Facilitar o acesso à informação e melhoria na eficiência na distribuição de medicamentos.

Com essas medidas, os dois pesquisadores acreditam que, se hoje as maiores beneficiadas com o Acordo são as empresas transnacionais, este quadro pode ser revertido se houver vontade política para implementar as mudanças. 



## AIDS E ÉTICA EM PESQUISA

# “A solução mais justa e inovadora é produzir vacina barata e eficaz”

Katia Machado

“**S**e a Aids representa o maior tormento do milênio, a África é o centro de atenção do globo”. Com essas palavras, o professor Godfrey Tangwa, da Universidade de Yaounde, em Camarões, ex-presidente da Associação Internacional de Bioética (*International Association of Bioethics* – IAB), iniciou sua palestra a ‘Aids e a ética na pesquisa com vacinas na África’, durante o VI Congresso Internacional de Bioética. Ele chamou a atenção para a propagação da Aids na região africana, que vem levando à morte grande parte da população e deixando órfãs milhares de crianças.

Segundo o pesquisador, até 2001, dos 40 milhões de casos de Aids constatados no mundo, 28,5 milhões surgiram na África, representando mais de 70% do total. Nesse mesmo ano, surgiram 3,5 milhões de novos casos na região, um número espantoso se comparado aos 5 milhões surgidos no mundo. Paralelamente, cerca de 2 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença que deixou 11 milhões de crianças órfãs. Como esclareceu Godfrey, “a epidemia de Aids na África toma proporções ainda maiores, pois vem acompanhada da pobreza e da dificuldade de acesso à saúde, à comunicação, à locomoção; da falta de compromisso das autoridades públicas e da persistência de práticas e hábitos de riscos na população, como a resistência ao uso de preservativos”.

Nascido em Camarões, o ex-presidente da IAB relatou ainda como a Aids está avançando em seu país. Até 2001, havia cerca de 15 milhões de soropositivos, elevando o índice de infecção no país que, em 1987, era de 0,05%, para 11,8%. O ano de 2001 apresentou mais de um milhão de pessoas infectadas pelo HIV, incluindo mais de 50 mil crianças. A doença deixou também outras 210 mil crianças órfãs.

A solução mais justa e inovadora, segundo Godfrey, é a produção de uma vacina eficaz e barata, pois “as maiores epidemias, como poliomielites, febre-amarela e cólera, têm sido eliminadas ou controladas por meio dessa ação”. O problema, portanto, é a carência de recursos adequados que deveriam ser aplicados na África. Para ele, os recursos existentes estão sendo usados apenas em outras partes do mundo, principalmente no ocidente.


“**Alterar o trecho da Declaração de Helsinque que garante às cobaias o ‘melhor método comprovado’ de tratamento para ‘melhor método disponível’, como sugerem cientistas de países desenvolvidos, principalmente dos Estados Unidos, seria liberar oficialmente as pesquisas com placebo em regiões pobres.**”

## PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS

“As pesquisas para descobrir uma vacina, portanto, têm que estar acompanhadas de princípios éticos”, disse Godfrey. Como princípio norteador, ele cita o artigo 5º da Declaração de Helsinque (documento que busca regulamentar as pesquisas com seres humanos adotada na 18ª Assembléia Médica Mundial, em Helsinki, na Finlândia, em 1964, e alterada em 1975, em Tóquio, em 1983, em Veneza e em 1989, em Hong Kong).

A Declaração explicita: “O bem-estar do sujeito deve ter precedência sobre interesses da ciência e da sociedade”. Afinal, de acordo com Godfrey, a ciência e a sociedade foram inventadas pelo homem e não vice-versa. “Por isso, uma pesquisa deve seguir os seguintes princípios: o não-dano, a não-exploração, e a não-injustiça. Além disso, a participação de seres humanos em pesquisas deve acontecer a partir de um consentimento voluntário e esclarecido”, completou.

Para o professor de Infectologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Dirceu Greco, que apresentou a conferência ‘Poder e injustiça na pesquisa com seres humanos’ no VI Congresso Mundial de Bioética, a Declaração de Helsinque deve ser a ponta de lança para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, permitindo que todos sejam beneficiados pelas pesquisas. Segundo ele, foi por isso que o governo brasileiro se manifestou contra as propostas de alterações no documento. Uma delas, sugerida por cientistas de países desenvolvidos, principalmente dos Estados Unidos, visaria alterar o trecho que garante às cobaias o ‘melhor método comprovado’ de tratamento para a expressão ‘melhor método disponível’. “Isso liberaria oficialmente as pesquisas com placebo em regiões pobres”, explicou o infectologista.

Para Greco e Godfrey, favoráveis às pesquisas com seres humanos, o problema surge ao se estabelecer os objetivos e os limites dessa prática. Segundo Godfrey, todas as pesquisas com seres humanos seguem um mercado orientado e, por isso, estão sempre em busca do lucro dirigido, sustentando uma moral cega e um alto grau de racionalidade. “Surgem como conseqüências possíveis os argumentos econômicos e pragmáticos que podem ser facilmente apresentados sob uma falsa roupagem de ética”, esclareceu o professor. Para ele, a ética deve ser entendida segundo a chamada ‘regra áurea’, de não fazer aos outros o que não gostaríamos que fizessem a nós mesmos. 

## SERVIÇOS

**EXPOFAR 2003** DISCUTIRÁ ATUAÇÃO DOS FARMACÊUTICOS

O Palácio de Convenções Anhembi, em São Paulo, sediará o V Seminário Internacional de Farmacêuticos e o XIII Congresso Paulista de Farmacêuticos, que acontecerá entre os dias 17 e 20 de maio de 2003. Tendo como tema central 'Assistência Farmacêutica: a Saúde em nossas mãos', os debates discutirão as várias áreas de atuação do farmacêutico, seu papel dentro da equipe multidisciplinar de saúde e sua responsabilidade no cumprimento da Atenção e Assistência Farmacêutica.

Mais informações:

Tel.: (11) 3067-1468

E-mail: [congres@crfsp.org.br](mailto:congres@crfsp.org.br)

**XVI CONGRESSO MUNDIAL DE SEXOLOGIA**

Com o tema 'Sexualidade e Desenvolvimento humano: do discurso à ação', o Palácio das Convenções, em Havana, Cuba, será a sede do XVI Congresso Mundial de Sexologia. O evento, que ocorrerá entre os dias 10 e 14 de março, está aberto para assistentes sociais, médicos, pesquisadores, comunicadores, entre outros que desenvolvem trabalhos afins. O encontro, que tem como um dos objetivos a discussão da saúde sexual conquistada por meio da educação, tem o apoio da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Associação dos Psiquiatras de Cuba. O prazo para envio de trabalhos já terminou, mas as inscrições podem ser feitas até março.

Mais informações:

E-mail: [cenesex@infomed.sld.cu](mailto:cenesex@infomed.sld.cu)

Site: [www.cubasexologia.com](http://www.cubasexologia.com)

**CONGRESSO DA REDE UNIDA: MUDANÇA DE DATA**

O IV Congresso da Rede Unida, que acontecerá em Londrina/PR, foi antecipado para o dia 24 de maio e irá até o dia 27. O Congresso tem como tema 'Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança'. Acontecerão ainda, durante o evento, o I Fórum Nacional de Redes em Saúde e a II Mostra Paranaense de Produção em

saúde da Família. O prazo para envio de resumos termina no dia 15 de dezembro, mas as inscrições continuarão abertas para todos os interessados.

Mais informações: **Rede Unida**

Rua Souza Neves 9/110 — Londrina/PR  
CEP: 86010-921

Tel.: (43)324-2340

E-mail: [redesunida@uol.com.br](mailto:redesunida@uol.com.br)

Site: [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

**PUBLICAÇÕES**

**LANÇADO MANUAL DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A AGROTÓXICOS**



Foi lançado recentemente pela Organização Pan-Americana da Saúde o Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. O documento, ao apresentar as experiências de projetos desenvolvidos no Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Paraná e Minas Gerais, tem como proposta orientar os estados na implantação do Sistema de Vigilância da Saúde de populações Expostas a Agrotóxicos. Dentre as questões abordadas pelo manual, destacam-se orientações sobre coleta de dados e sistema de notificações.

Mais informações: **Organização Pan-Americana de Saúde**

Site: [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)

**BIOÉTICA É TEMA DE PUBLICAÇÃO**

Foi lançado recentemente pela Editora Interciência o livro organizado por José Lins Telles e Silvio Valle, 'Bioética & Biorrisco: Abordagem

Transdisciplinar' que aborda questões como o desenvolvimento de plantas transgênicas, segurança dos alimentos transgênicos, bioética e clonagem humana. A publicação tem o apoio da Universidade Federal do Amazonas, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq).

Mais informações: **Editora Interciência**  
E-mail: [editora@interciencia.com.br](mailto:editora@interciencia.com.br)

**NA INTERNET****MANUAL DO PROGRAMA BOLSA ESCOLA**

Criado pela Medida Provisória 2.140, de 13 de fevereiro de 2001, o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação — 'Bolsa Escola' —, tem como proposta a concessão de incentivo financeiro mensal às famílias em situação de risco. O Ministério da Educação criou um Manual do Programa para os interessados em saber mais sobre a proposta.

Mais informações:

**Ministério da Educação**

Site: [www.mec.gov.br/home/bolsaesc/manual/index.htm](http://www.mec.gov.br/home/bolsaesc/manual/index.htm)

**CURSOS****ABERTAS INSCRIÇÕES PARA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ÉTICA APLICADA E BIOÉTICA**

Estão abertas as inscrições para o Curso de Especialização em Ética Aplicada e Bioética, que vão até o dia 31 de janeiro. Organizado pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), o Curso tem como objetivo não só a ampliação do conhecimento sobre Ética, Ética Aplicada e Bioética, mas também a formação de uma massa crítica de profissionais capazes de debater o tema. Para concorrer às vagas, o candidato terá que ter formação universitária completa em qualquer área do conhecimento e uma carta de recomendação de professores. O curso começará no dia 10 de março de 2003 e terminará no dia 17 de dezembro de 2004.

Mais informações:

**Secretaria Acadêmica do IFF/FIOCRUZ**

Av. Rui Barbosa, Nº 716, 4º andar  
Flamengo, Rio de Janeiro / RJ

CEP: 22250-020

Tel.: (21) 2553-0052



## PÓS-TUDO

## História de Ano Novo

Caco Xavier

Era a passagem de ano de 1974 para 1975, e eu tinha dezesseis anos. Menino carioca e suburbano, ouvia tardiamente os Beatles e os Rolling Stones, docemente miscigenados com o som dos bárbaros baianos. Pela primeira vez, a família saiu de Vista Alegre para romper o ano em Copacabana, a convite de um 'tio-que-deu-certo'.

Sentado sozinho na imensa praia – vazia da multidão de hoje em dia –, senti chegar meu momento ("ponteió!"). Roupa totalmente branca, o mais próximo da postura do lótus que meus joelhos ralados de futebol de várzea permitiam, eu fitava o céu negro, murmurava preces de menino, misturando o *maha-mantra* recentemente aprendido com catolicismos crônicas, e me encantava com os algarismos ímpares e díspares do novo ano: 1975. "Vai ser o meu ano", pensei, "o meu ano". Vou conseguir tudo o que desejo, tudo de bom.

Sensação de poder recomeçar, de poder esquecer 'o que passou' e tornar-se um outro, um pouco mais parecido com a imagem ideal que fazemos de nós mesmos. Fazer dieta, deixar de fumar, ganhar dinheiro, ter



mais tempo pro prazer, mais tempo pros filhos, pros amigos, pro amor. Chega de mentiras, basta de covardia e omissão, mais disciplina, mais coragem, menos preguiça. Mais preguiça, menos tensão. Mais tesão, em todos os sentidos. Pega o velho, embrulha na retrospectiva do último jornal de domingo e joga no lixo. Hoje, a partir da meia-noite, é um novo ano, de um novo tempo, de um novo mundo, de um novo-eu.

Uma longínqua estrela, a gigante vermelha Betelgeuse, por exemplo, não sabe disso. A pequena drosófila que sobrevoa essas bananas podres de Ferreira Gullar –

símbolos do velho e corrompido – também não tem a menor idéia de que, num átimo, tudo se fez novo, porque nossos relógios marcaram a hora zero e porque em (quase) todo o mundo pessoas contaram regressivamente e explodiram em berros de artifício e se abraçaram com força e se beijaram e choraram e fizeram as pazes e desejaram umas às outras sorte, muita saúde, muita paz. Pior para a imensa Betelgeuse e para a minúscula mosquinha, condenadas a permanecerem as mesmas, perpetuamente. Nós, porém, viramos novos de uma noite para o dia, e podemos recomeçar.

Aquele 1975 não foi um ano bom, não mesmo, nem chegou perto disso. Não me lembro direito dele, parece até que passou em branco. Mas jamais esqueci aquela sensação de, sentado na areia e mirando um infinito negro, inspirar fundo e repetir pra mim mesmo: "Vai ser o meu ano". O que seria de nós se não fosse a possibilidade de acreditar que, nós e o mundo, podemos ser outros a cada ano novo? O que seríamos? Uma bola de gás ou inseto de fruta.

ora, pitulas...

