

RADIS

comunicação em saúde



N° 22 ♦ Junho de 2004

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

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

050200462-2/2001-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



Terra é saúde

Povos indígenas exigem demarcação já de suas reservas

EPIDEMIOLOGIA: PRIMEIROS DADOS DA PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE NO BRASIL

Para que serve a comunicação?



Aristides Dutra

A revista *Veja* publicou em 7 de abril matéria sobre a discrepância entre os conselhos alimentares que os médicos dão a seus pacientes e os que eles mesmos seguem. As pessoas, especialmente as que estão acima do peso, são orientadas a equilibrar os diferentes grupos alimentares, evitar frituras, doces e refrigerantes e, nas palavras da reportagem, "contentar-se com aquela miséria de calorias diárias". Enquanto isso, uma pesquisa liderada pelo endocrinologista John La Puma – do Institute for Medical Nutrition and Healthy de Santa Bárbara, Califórnia (EUA) – sobre o comportamento alimentar de mais de 250 mil médicos americanos mostrou que muitos deles, freqüentemente, consomem alimentos com altos teores calóricos.

A matéria usa essas informações para ressaltar a ironia da situação, concluindo que os médicos, no fim das contas, são apenas humanos.

A pergunta é: o fato de se ter uma informação correta é o bastante para determinar o comportamento correto? Concretamente, quais são os limites do poder da comunicação em saúde? Se os médicos – que conhecem a fundo o que é melhor para a saúde – não seguem os pró-

prios conselhos à risca, devemos concluir que o simples conhecimento talvez não seja, por si só, suficiente.

Tome-se como exemplo o problema do tabagismo. É provável que a maioria esmagadora dos fumantes conheça muito bem os males que o fumo provoca no organismo. Em alguns países, entre os quais o Brasil, fumantes são lembrados constantemente desses males nos próprios maços de cigarro, que trazem no verso alertas antitabagistas acompanhados de imagens muitas vezes chocantes de pessoas doentes ou de órgãos lesados. Mas, por quanto tempo uma imagem pode permanecer chocante? Em seu livro *Diante da dor dos outros* (Companhia das Letras), a escritora e ensaísta americana Susan Sontag pondera que, com o passar do tempo, esse choque pode tornar-se familiar e enfraquecer, pois as pessoas têm meios de se defender do que é perturbador. "Os que, daqui a cinco anos, continuarem a fumar ainda se sentirão abalados?", pergunta.

Qual seria, então, a solução? Produzir-se progressivamente imagens cada vez mais chocantes? Até que ponto? No site da OMS há um pôster que leva essa idéia ao limite. Uma montagem fotográfica (desaconselhável para pessoas sensíveis) imagina uma vítima absoluta do tabagismo compondo esse ser hipotético a partir de

fotos de partes extremamente deformadas de diversos doentes. O resultado é um monstro repulsivo. Se daqui a alguns anos essa imagem tiver sua força atenuada pela familiaridade, contudo, o que será tentado depois? Algo ainda mais chocante?

É óbvio que a comunicação em saúde é indispensável para a construção de um mundo mais saudável. Mas ela deve ser entendida como parte de um processo mais amplo, e não um fim em si mesma. Pesquisa, ensino, atenção, vigilância, atendimento, intercâmbio e desenvolvimento tecnológico são alguns dos muitos pares indissociáveis da comunicação no conjunto amplo de ações que integram a área da saúde.

A comunicação é indispensável, mas não é nem auto-suficiente nem onipotente. O velho Chacrinha dizia que quem não se comunica se trumbica. A experiência mostra que quem só se comunica não vai muito mais longe que isso. ■

Nesta página vale tudo: análises de campanhas de saúde nas mídias, comentários sobre as mais recentes teses acadêmicas, mosaico de experiências exitosas (e também de experiências "hesitas") da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.

Povos da floresta e da cidade

Marginalizados nas periferias das cidades, espremidos entre propriedades do campo ou acossados dentro das vastas matas, os descendentes dos primeiros ocupantes das terras brasileiras clamam por terra, direitos e saúde. Terra, que para eles é fonte de sobrevivência física e cultural, sinônimo da própria vida. A Constituição é clara em assegurar-lhes esse direito.

A decisão ministerial e a deliberação da Plenária final da 12ª Conferência Nacional de Saúde de reforçar o papel da Funasa na atenção à saúde indígena são auspiciosas. Analistas defendem, porém, correções no modelo de terceirização da assistência e nos processos de tomada de decisão em esferas distritais, que não contemplem a tradição indígena do poder local.

Lideranças indígenas que romperam o isolamento e se apropriaram da educação formal para defender suas culturas originais criticam a política dúbia do atual governo, que pode retroceder décadas caso abra mão da contigüidade em terras demarcadas ou retome o conceito de calha de fronteira da ditadura militar.

Deputados da base do governo, reunidos na frente parlamentar indígena, apóiam as reivindicações dos povos indígenas e a aceleração do processo de demarcação de reservas, o que protege não apenas existência e cultura indígenas, como também um valioso patrimônio natural. Como foi dito nas comemorações do

Dia do Índio no Congresso Nacional, o território brasileiro não deve servir somente à reprodução de cinco séculos de monocultura, trabalho escravo e latifúndio. A biodiversidade e o conhecimento ancestral de suas potencialidades podem contribuir de forma limpa e sustentável para a produção de ciência e saúde.

No fim deste mês, em Recife, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva reúne pesquisadores, estudantes e profissionais de diversas especialidades para aprofundar o debate sobre as condições de vida e saúde da população brasileira. O foco desse olhar epidemiológico da Abrasco está nas grandes e pequenas cidades, onde vive hoje a maioria da população.

A percepção que os cidadãos brasileiros têm de sua saúde e da atenção à saúde de que dispõem foi analisada em pesquisa realizada pela Fiocruz, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde. Antecipamos nesta edição os primeiros resultados dessa investigação, que serão apresentados e discutidos em profundidade no encontro de Recife.

O início de julho reúne em Brasília duas conferências nacionais: Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Nas próximas edições, esperamos poder oferecer aos leitores da *Radis* uma cobertura abrangente dos temas abordados nesses três eventos.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis



Comunicação em Saúde

- ♦ Para que serve a comunicação? 2

Editorial

- ♦ Povos da floresta e da cidade 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4



Súmula

- 5

Toques da Redação

- 7



Saúde dos povos indígenas

- ♦ A terra é nossa vida 8
- ♦ Por trás dos conflitos, a cobiça 11
- ♦ Manifesto do Acampamento Terra Livre 12

Entrevista: Florêncio Almeida Vaz

- ♦ "É uma luta desigual" 13

Três encontros decisivos

- ♦ 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia ampara nossa pesquisa 14
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal examina nossos dentes 14
- ♦ 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia visita nossas cidades 15

Pesquisa Mundial de Saúde

- ♦ A percepção dos brasileiros sobre a saúde 16

Serviços

- 18

Pós-Tudo

- ♦ Compromisso de honra 19

CARTUM



(*) TRADUZIDO DO TUPI

FOTOFOTOCÁ DE ARISTIDES DUTRA SOBRE ILUSTRAÇÃO DE DEBRET

Capa e ilustrações Aristides Dutra

Agradecimentos ao Departamento de Comunicação e Saúde / CICT / Fiocruz

Agradecimentos especiais a Cibele Verani, pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde dos Povos Indígenas, da Fiocruz

CARTAS

PASTORAL DA CRIANÇA

Parabenizo pelo artigo "Um novo partido sanitário?", da revista Radis-Fiocruz, sobre a Pastoral da Criança, que reflete vários anos de esforço para construir nossa participação no Controle Social e no SUS. A reportagem, sem dúvida, é um registro histórico. Vamos divulgar em nosso site. Gostaria apenas de sugerir uma correção, em relação aos dados sobre a Pastoral da Criança de 2003, na 3ª coluna da página 13. A abrangência correta de 2003 segue abaixo:

A Pastoral da Criança é uma rede de solidariedade formada por mais de 242 mil pessoas capacitadas, trabalhando voluntariamente em todo o Brasil. Deste total, 134.972 são líderes que atuam na própria comunidade. No ano de 2003, foram acompanhadas, em média, 83.993 gestantes e 1.815.572 crianças pobres menores de 6 anos de idade. Foram 1.329.262 famílias acompanhadas em 36.422 comunidades organizadas em 3.757 municípios de todos estados brasileiros; 2.080 rádios transmitem o programa *Vida a vida* semanalmente.

♦ Clóvis Boufleu, gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança, Curitiba



É com grande satisfação que escrevo para elogiar a maravilhosa revista e parabenizar pela grande extensão de assuntos abordados, que nos trazem esclarecimento sobre saúde, cidadania etc. Tenho 19 anos, sou estudante do curso de Auxiliar de Enfermagem. (...) Todos os agentes de saúde levam a revista para a sala de aula, pois sempre encontramos algo relacionado ao que está sendo discutido na sala. (...)

Sou a menos experiente da turma. Não sou agente de saúde, mas tive direito ao curso por ser líder comunitária da Pastoral da Criança. E quando li a revista foi amor à primeira vista: sei que quanto mais informação sobre saúde eu tiver, melhor.

♦ Ana Paula de Medeiros, Jardim do Seridó, RN

RADIS BRASIL AFORA

Solicito a esta respeitável instituição a gentileza de ser cadastrado para receber a revista Radis mensalmente. Sou conselheiro municipal da cidade do Recife, Pernambuco, representante dos usuários segmento Homossexual. A Radis tem contribuído muito para mim, enquanto conselheiro, pois esclarece, informa e educa.

♦ Alexandre Magno, Recife

Olá, pessoal da Radis, bom dia! Aqui no Cerrado o Sol está brilhando e o clima está ameno, próprio para comer galinhada. Escrevo para agradecer, recebi as revistas, que serão muito úteis para a construção do nosso conhecimento. Um abraço a todos da família Fiocruz/Radis. Venham conhecer as cachoeiras de Goiás!

♦ Ivanilde Vieira Batista, Goiania

Conheci esta excelente publicação ao visitar o Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz, em Salvador. Fiquei muito contente com o que li e achei que ela seria indispensável na minha vida como profissional da saúde. Sou biólogo formado pela UFMG e estou cursando mestrado. Trabalho com genética humana e acho que as informações da revista serão de vital importância na minha vida acadêmica e profissional.

♦ Bruno Luiz Fonseca Schamber Reis, Vespasiano, MG

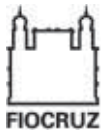
Sou assistente social, e aproveito a oportunidade para parabenizar a equipe da Radis pelo conteúdo desta revista, muito utilizado por mim junto aos conselheiros do Conselho Local de Saúde onde trabalho.

♦ Patrícia Regina Cruz da Silva, Salvador

Prezados amigos, gostaria imensamente de receber a revista Radis, através da qual comecei a minha paixão pela saúde pública. Primeiro fiz um curso a distância pela EAD/Ensp, depois especialização em saúde coletiva, e hoje em dia tenho um orgulho muito grande de dizer que sou uma dentista sanitária.

♦ Maria Inês Santos Silvério, Unaí, MG

EXPEDIENTE



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

Periodicidade Mensal
Tiragem 42 mil exemplares
Assinatura Grátis

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Jesuan Xavier (subeditor) e Katia Machado

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Hélio Nogueira

Estudos e Projetos Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Secretaria de Administração e Infra-Estrutura Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Cícero Carneiro, Cleonice Vieira, Osvaldo José Filho (informática) e Ita Goes (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ – CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

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

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o Radis um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

Sou jornalista, com especialização em Saúde Pública pelo CPqAm e setorista de Saúde. Gostaria de receber a Radis. Além de fonte de informação importante para meu trabalho de repórter, ajudará na minha formação (permanente) de comunicadora em saúde.

♦ Veronica Almeida, repórter do Jornal do Commercio, Recife

Venho declarar meu imenso prazer em receber a Radis. Suas informações e conteúdo são muito interessantes e nos deixam antenados com o que acontece na área da saúde do nosso país e também nos mostra um pouco do rico trabalho da Fiocruz.

♦ Talita Lisa de Lucena Santos, Rio de Janeiro

Lendo a Radis descobri que apresenta um leque de informações de interesse dos profissionais de saúde. Gostaria de receber a revista, que vai me auxiliar nos trabalhos da Secretaria Municipal de Saúde de Riacho de Santo Antônio, Paraíba.

♦ Porcina Gomes Trigueiro, Campina Grande, PB

CONTRATOS DO PSF

Estou estudando profundamente o Fundo Estadual e Municipal da Saúde, e percebendo que os Conselhos Estaduais e Municipais não têm treinamento sobre assuntos de finanças. Gostei muito da revista Radis, e queria saber mais sobre os modelos de contrato do Programa Saúde da Família, pois a maioria que analisei é de nove meses, com prorrogação de acordo com a Lei 8.666/93, a maioria sem direito a férias e 13º salário. Como os municípios recebem os recursos do PSF em janeiro, alguns não estão empenhando as despesas de dezembro, e considerando regime de caixa.

♦ Antonio Elias N. Ferreira de Moraes, auditor contábil do Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, Campo Grande

♦ *Entraremos certamente no assunto (com atenção para os contratos), porque o PSF completa 10 anos em 2004.* ■

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

MALÁRIA ESTUDADA DO ESPAÇO



Engenheira paulista Cíntia Honório Vasconcelos decidiu investigar se as imagens de satélite podem ser úteis para estudar a expansão da malária no território amazônico. As grandes hidrelétricas, como a de Tucuruí, no Pará, surgiram nos anos 80, e os reservatórios exigiram a derrubada da floresta, criando o cenário ambiental propício para o desenvolvimento de epidemias como a da malária (o mosquito transmissor da doença, em sua fase larval, necessita de ambiente aquático).

Pois Cíntia conseguiu gerar mapas de áreas de risco de malária nas cidades paraenses de Jacundá, Tucuruí e Novo Repartimento, e ficou clara a relação direta entre a doença e desmatamento. O trabalho foi apresentado como tese de doutorado na Escola de Engenharia de São Carlos (USP), com orientação da professora Evlyn Novo, do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe). "A comparação das duas gerações de mapas mostra que a área de risco aumentou de 83,75 quilômetros quadrados, em abril de 1996, para 161 quilômetros quadrados, em abril de 2001", disse Cíntia à Agência Fapesp (3/5/2004).

HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O *Correio Braziliense* do dia 19/4/2004 noticiou a assinatura, no Ministério da Saúde, do Pacto Nacional

pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e informou que 2 mil mulheres e 38 mil crianças morrem anualmente por problemas relacionados a gravidez, aborto, parto e pós-parto. Pelo pacto, União, estados e municípios se comprometem a focalizar a atenção na saúde de grávidas e bebês de até 28 dias, quando ocorre o maior número de mortes de crianças. O ministro Humberto Costa disse que, embora 95% das mulheres tenham filhos em ambiente hospitalar, o índice de mortalidade "é alto porque o atendimento nesses hospitais está ruim e deve haver investimento para melhorá-lo". O jornal observou que o governo não criará linha específica de financiamento para fortalecer o atendimento materno-infantil: vai liberar verbas do Banco Mundial para municípios com mais de 100 mil habitantes, mediante projetos de humanização do atendimento do SUS.

HOMENS SÃO MAIORIA NA PÓS-GRADUAÇÃO

As mulheres são maioria na população com instrução fundamental, média ou superior. Na pós-graduação, porém, os homens formam o maior contingente de brasileiros com mestrado ou doutorado. Os dados constam no Caderno Educação do Censo Demográfico de 2000, do IBGE, informa o *Jornal da Ciência* (6/5/2004), da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

Segundo o levantamento, 173.716 homens e 131.080 mulheres concluíram a pós-graduação no país. A população masculina com mestrado ou doutorado é maioria em sete das nove áreas de conhecimento relacionadas pelo Censo, que informa também que 6,8% da população brasileira com 25 anos ou mais terminaram o curso superior — ou seja, o Brasil tem 5,8 milhões de pessoas com diploma universitário.

Em setembro do ano passado, ao empossar o novo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia, o presidente Lula classificou-o de "Clube do Bolinha", por ter uma mulher — Wrana Maria Panizzi, reitora da UFRGS — entre seus 24 integrantes. "É uma coisa que vamos ter que reparar, a não ser que alguém prove que não tem mulher cientista", disse.

ANVISA QUER ALTERAR COLA DE SAPATEIRO

Nas grandes cidades, até 80% das crianças que vivem nas ruas já experimentaram a cola de sapateiro: os solventes inaláveis são a segunda droga ilícita mais consumida, atrás apenas da maconha. Seu uso pode causar danos irreversíveis ao sistema nervoso, fora os óbvios problemas sociais.

Para tentar coibir tais danos a Anvisa lançou a Consulta Pública nº 32 (www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B7119-1-0%5D.PDF), para discutir com a sociedade a resolução que prevê que os produtos não mais contenham substâncias com características neurotóxicas. Na impossibilidade da retirada de tais substâncias da fórmula, deve o produto ser "desnaturado" (ou seja, a ele devem ser adicionadas substâncias estranhas, de odor repugnante), a fim de impedir sua inalação de forma abusiva.

As sugestões devem ser encaminhadas à Anvisa, SEPN 515, Bl. B, Ed. Ômega, Asa Norte, Brasília-DF, CEP 70770.502, por fax (61) 448-1197 ou e-mail: saneantes@anvisa.gov.br

EC 29 DESCUMPRIDA EM 2003

Sob o título "Governo federal não investiu o obrigatório em 2003", a *Folha de S. Paulo* de 30/4/2004 publicou matéria dizendo que o governo Lula está em débito com a Saúde. "Em 2003 não cumpriu a Emenda Constitucional número 29, que determina quanto a União deve aplicar em saúde. Terá de empenhar R\$ 600 milhões neste ano para regularizar a situação." Pela emenda, a União deve aplicar o valor do ano anterior, acrescido da variação nominal (sem descontar a inflação) do PIB do ano em que é elaborado o Orçamento.

Segundo o MS, o descumprimento ocorreu porque o governo foi surpreendido, em 9 de dezembro do ano passado, com um novo resultado da variação nominal do PIB de 2002, 12,29%. Até ali, esperava-se 10,12%. "Daremos o cumprimento quando esse valor for pago", disse à *Folha* o ministro da Saúde. Só será possível saber se a emenda foi cumprida no fechamento das contas deste ano, informa o jornal, que acrescenta: "Os R\$ 600 milhões equivalem a duas vezes o que o governo promete gastar neste ano com o Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgên-

cia)". Em janeiro, diz, o Ministério da Saúde deu manchete em seu jornal, o *Saúde Brasil*, para o cumprimento da emenda pela primeira vez.

CARIOCAS CHORAM COM A CONJUNTIVITE



Além de abalados pela violência urbana, os cariocas choraram de dor nos dois últimos meses, assolados por uma epidemia de conjuntivite. Famílias inteiras procuraram hospitais com os olhos vermelhos, inchados e a sensação de grãos de areia sob as pálpebras. A coordenadora de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, Meri Baran, estimava em 50 mil o número de afetados pela epidemia, que deu os primeiros sinais em janeiro, estendeu-se além do verão e atingiu seu ápice em maio.

Meri não hesitou em recomendar que os pacientes fossem afastados do trabalho (ou da escola) por até 15 dias, para que se quebrasse a cadeia de transmissão. O secretário de Saúde, Mauro Marzochi, propôs um pacto à sociedade: que não se cobrasse atestado médico empregados até que a epidemia fosse superada.

As recomendações da Secretaria de Saúde: 1) Não passar as mãos nos olhos. Não compartilhar toalhas, soro fisiológico ou objetos de limpeza que, de preferência, devem ser descartáveis; 2) Evitar ao máximo ambientes coletivos; 3) Afastar o paciente do trabalho ou da escola por 15 dias, em média; 4) Não usar remédios, apenas soro fisiológico na limpeza dos olhos e em compressas frias, que aliviam o desconforto.

O SOM DO FOME ZERO

A campanha do governo contra a fome já tem um hino. Personalidades da música popular brasileira

como Gilberto Gil, Zé Ramalho, Frejat, Jorge Ben Jor, Oswaldo Montenegro, Carlos Lyra, Geraldo Azevedo, Beto Guedes, Leila Pinheiro, Jorge Vercilo, entre outros, se uniram para cantar que a solidariedade é a solução para um problema que atinge milhões de pessoas no Brasil. A música, composta por Roberto Menescal e Abel Silva, chama à responsabilidade toda a sociedade.

Produzido por alunos e professores da Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, o CD está à venda por R\$ 10 nas livrarias Argumento ou no próprio campus da universidade. Toda a renda será destinada ao Programa Fome Zero.

C&T NOS EUA NÃO É MAIS AQUELA

O jornal americano *The New York Times* informou em 3/5/2004 (a matéria foi reproduzida no dia 4 pelos jornais brasileiros) que os Estados Unidos vêm, pela primeira vez, cedendo espaço a outros países, especialmente asiáticos, em áreas importantes das ciências e das invenções. Em 1980, americanos detinham 60,2% das patentes concedidas pelos EUA. Em 2003, são 51,8%.

A pesquisa estrangeira já se iguala ou ultrapassa a dos EUA. "O resto do mundo está recuperando o atraso", resumiu John Jankowski, da Fundação Nacional para a Ciência. Também em divulgação científica a participação americana caiu. A *Physical Review* constatou que trabalhos de físicos americanos nas revistas de prestígio baixou de 61% em 1983 para 29% em 2003.

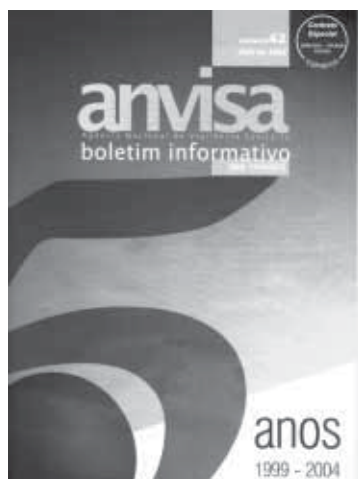
ASMÁTICOS SÃO 19 MILHÕES

Serão divulgados em junho, no 23º Congresso da Academia Européia de Alergologia e Imunologia Clínica, em Amsterdã (Holanda), os resultados de um estudo sobre a asma realizado em 44 países. A *Folha de S. Paulo* antecipou em 6/5 que a pesquisa acompanhou 3.400 pacientes, dos quais 80 brasileiros. No ranking de populações mais atingidas, o Brasil está em 14º lugar, com cerca de 19 milhões de asmáticos, 90% deles com asma persistente de leve a moderada.

A maioria só procura tratamento em caso de crise. A pesquisa, coordenada pelo médico sul-africano Eric Bateman, presidente do Comitê Global de Iniciativa contra a Asma, conclui que asma é para ser tratada diariamente.

"Há tanta desinformação que muitos não sabem que bronquite é sinônimo de asma", disse ao *Jornal do Brasil* a alergista Yara Mello, presidente da Regional SP da Sociedade Brasileira de Asmáticos, no Dia Mundial da Asma (4/5). "As pessoas dizem que têm bronquite ou bronquite asmática, para não dizer que têm asma — afinal, asma é para a vida inteira, mas bronquite, como afirma, é passageira."

CINCO ANOS DA ANVISA



O Boletim Informativo de abril da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é inteiramente dedicado aos cinco anos de existência da instituição, criada em 1999. A história da agência é contada em duas páginas. Há ainda entrevistas e depoimentos de funcionários antigos e ex-dirigentes. A versão eletrônica do boletim pode ser lida em formato pdf no site www.anvisa.gov.br/.

DE OLHO NO ÓLEO TRANSGÊNICO

A organização ambientalista Greenpeace promoveu em 11/5 inspeção de biossegurança na unidade de processamento de soja da Bunge Alimentos, em Passo Fundo (RS), mas seus ativistas foram retirados da empresa por policiais. Por telefone, o diretor de Comunicação da empresa, Adalgiso Telles, admitiu que a unidade recebe soja transgênica das plantações gaúchas.

Como não é possível detectar o DNA geneticamente modificado em produtos como óleo de cozinha, a única forma de se garantir a rotulagem do óleo de soja transgênico é identificando a origem da matéria-prima. A fábrica produz os populares Soya e Primor. O objetivo do Greenpeace é que os produtos à base de transgênicos sejam devidamente rotulados, como determinam o

Decreto 4.680/03 e a Portaria 2.658/03. Passo Fundo está na região de maior incidência de plantios transgênicos no RS, estado que concentra o grosso das plantações de transgênicos no país.

"Isso fere diretamente o direito do consumidor brasileiro de saber o que está comendo", disse Mariana Paoli, do Greenpeace. "A Bunge, que na Europa garante produtos livres de transgênicos até para a alimentação animal, deveria respeitar o direito e a vontade dos consumidores brasileiros e garantir produtos livres de transgênicos também aqui".

MS ATENTO AOS HOSPITAIS-ESCOLA

O secretário de Assistência à Saúde do MS, Jorge Solla, disse que muitos hospitais de ensino deverão perder esse status até o fim do ano, quando será concluído o processo de certificação das instituições. "Há hospitais com curso de residência e um número ínfimo de alunos", informou *O Estado de S. Paulo* de 4/5/2004. O Brasil tem 160 hospitais-escola — a maioria com problemas crônicos de financiamento. Por isso, os ministérios da Saúde e da Educação preparam medidas como a mudança na forma do pagamento dos procedimentos. Em vez do repasse por serviço prestado, os hospitais receberão uma quantia mensal, definida anualmente.

Mas, para serem classificados como de ensino, terão de atender a metas — tipo de serviços prestados, desenvolvimento de recursos humanos e pesquisa. "Estes hospitais têm tratamento diferenciado. Assim devem prestar um serviço diferente", disse Solla. Ele aposta que as contratações — o MEC abriu 11 mil vagas em 2003 — trarão folga de caixa. No primeiro semestre do ano passado, havia déficit de 20 mil funcionários — cujo salário é custeado pelo MEC. Muitos profissionais, então, eram terceirizados — e bancados com dinheiro do SUS. "Dinheiro de assistência médica vai para pagar pessoal. É claro que as contas não fecham", disse. "Quando um concursado for admitido, o contratado será dispensado. Assim ampliaremos recursos destinados só para a saúde." ■

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

toques da
redação



FIOCRUZ PRA VOCÊ — Neste 2004 o evento "Fiocruz pra você" acontece mais cedo: 5 de junho, sábado, Dia Nacional de Vacinação. Cariocas invadem o campus de Manguinhos das 8h às 17h, para um dia dedicado à saúde, com atrações culturais, artísticas e esportivas na ampla área verde da Fiocruz.

DEMISSÃO POLÊMICA — O Conselho Federal de Farmácia e mais dezesseis entidades de profissionais farmacêuticos e estudantes de Farmácia manifestaram, em documento enviado em 1º de maio aos gabinetes do poder, em Brasília, apreensão com os rumores sobre a "substituição política" do secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, José Alberto Hermógenes de Souza, por um representante do PP, partido liderado por Paulo Maluf. Dois dias depois, em 3/5, confirmou-se a troca. Hermógenes, um dos artífices da Reforma Sanitária, comandava a construção de uma nova política de assistência farmacêutica, pela qual o medicamento vinha sendo visto como "bem de saúde, e não instrumento de dominação do grande capital" — nas palavras do manifesto. Os signatários temem um retrocesso lastimável caso essa política seja descontinuada.

APELO À PAZ — A emoção tomou conta dos funcionários da Fiocruz na manifestação pela paz realizada em 7 de maio. Em frente ao tradicional Castelo de Manguinhos, cerca de 300 pessoas vestiram branco num ato público pelo fim da violência no Rio de Janeiro. No sábado anterior, a morte de dois vigilantes da instituição, Armando Mário Batista de Sá e Aldenir Diniz da Silva, e de dois policiais militares, Rogério Messiba Azevedo e Luís Felipe Gomes Vieira —, chocou o país. Na noite de 1º de maio, traficantes invadiram o campus da Expansão da Fiocruz, onde fica a redação da Radis. "Nós, que trabalhamos com saúde, não podemos aceitar que o povo brasileiro esteja morrendo de forma tão estúpida", disse o presidente da Fiocruz, Paulo Buss. Para encerrar o ato, os manifestantes, entre eles a mãe de Aldemir, Zuleide da Silva, soltaram pombas brancas. ■



A terra é nossa vida

Katia Machado

Falar da saúde dos povos indígenas é tratar, obrigatoriamente, de uma enorme diversidade. Pouco sabemos sobre a população indígena brasileira, que compreende hoje aproximadamente 411 mil pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, que falam mais de 170 línguas. De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde indígena, os índios ocupam cerca de 12% do território nacional e estão em quase todos os estados brasileiros, exceto Piauí e Rio Grande do Norte, distribuídos em 3.442 comunidades, 60% delas concentradas nas regiões Centro-Oeste e Norte, onde ficam 98,7% das terras indígenas.

São muitas as diferenças entre os vários grupos indígenas.

Atualmente temos desde populações vivendo em grandes centros urbanos, como os pancararus, que saíram de Pernambuco para habitar a periferia de São Paulo, até grupos com pouco ou nenhum contato com a sociedade, como os grupos que moram no Vale do Javari, no Amazonas. No entanto, como avalia a antropóloga Luiza Garnelo, pesquisadora da Fiocruz especializada em saúde dos povos indígenas, a imagem do índio brasileiro é muitas vezes preconceituosa. "O índio é normalmente visto como um indivíduo ligado à natureza, que vive num universo oposto ao das sociedades modernas, e que, por isso mesmo, não é capaz de lidar com outras culturas", diz.

Se a diversidade entre os vários grupos indígenas é grande, incluindo uma pequena quantidade de índios classificados pela Fundação Nacional do Índio (Funai) como "isolados", ou seja, sem contato com a sociedade, políticas voltadas para esses povos deveriam ter tratamento especial e cuidadoso: "Vivemos situações muito desiguais", diz Luiza. "Por um lado, há grupos indígenas com certa capacidade de intervir no Estado, e por outro,

populações que não têm noção alguma da dinâmica da sociedade brasileira". Para ela, entender a diversidade indígena e dar uma atenção digna à saúde dos índios é reconhecer que é necessário um trabalho interdisciplinar, respeitando tradições e peculiaridades indígenas.

A SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE

Na verdade, desde 1999, quando foi criado o Subsistema de Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde dos índios ganhou tratamento especial e peculiar, pelo menos no planejamento das políticas. O novo modelo traz avanços, mas também problemas. Para Ricardo Chagas, diretor do Departamento de Saúde Indígena da Funasa, o primeiro grande avanço foi a própria implantação do subsistema, organizado em 34 DSEIs, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (ver mapa na página 10). Segundo ele, cada distrito tem uma rede interiorizada de serviços da atenção básica, os 279 pólos-base. Essas unidades servem de apoio à atuação das equipes multidisciplinares de saúde formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos. Há ainda 2.800 agentes de Saúde Indígena (AIS) e 600 agentes Indígenas Sanitários (Aisans), índios treinados pela Funasa. "Por falarem a língua materna e o português, AIS e Aisans servem muitas vezes de intermediários entre os povos indígenas e os profissionais de saúde", esclarece a chefe do Dsei Manaus, Nancy Filgueiras da Costa.

O segundo grande avanço diz respeito às Casas de Saúde Indígena (Casai), uma espécie de abrigo para os índios que saem de suas comunidades para serem atendidos em unidades do SUS: eram 12 e agora são 65; também houve redução da mortalidade infantil — que de 85 casos por mil nascidos vivos caiu para 57 por mil nascidos vivos. "Além da implantação do sistema de comunicação e transporte nas aldeias e dos programas de promoção da saúde da mulher, de saneamento, saúde bucal e combate ao álcool, houve dimi-



nuição progressiva dos indicadores de malária e tuberculose e aumento da taxa de natalidade”, informa Ricardo Chagas.



Na opinião do frade franciscano Florêncio Vaz, mestre em Sociologia e índio do povo maitapu (ver entrevista na página 13), os avanços ainda são pequenos: na região do Baixo Tapajós, onde ele vive, ainda não foi implantada uma política digna de atendimento

à saúde indígena. “Os índios são atendidos como qualquer outro brasileiro, ou seja, muito mal”, diz Florêncio.

“O que os parentes de Jacareacanga e Oriximiná (municípios próximos onde há DSEIs) falam é que esse novo modelo beneficiou mais a prefeitura de Jacareacanga e uma ONG criada para prestar serviço à Funasa do que os índios”, reclama.

Hoje indígenas não morrem de gripe como há 500 anos, mas sofrem ainda com a falta de atendimento, que muitas vezes precisa ser imediato. “Uma das maiores causas de morte entre nossos índios é a picada de cobra”, diz Florêncio. “Como não têm atendimento imediato em postos locais, e o tempo de viagem para as cidades mais próximas é de 12 a 15 horas de barco, as vítimas acabam morrendo da forma mais absurda”.

A Funasa não nega os problemas e busca um sistema de saúde indígena de fato universal, equitativo e integral. De acordo com Ricardo Chagas, do ponto de vista da ocupação geográfica há na Região Norte, por exemplo, malária, tuberculose e subnutrição. No Nordeste e no Sudeste, já aparecem casos de doenças crônico-degenerativas, como câncer, diabetes e pressão alta, doenças sexualmente transmissíveis e problemas de alcoolismo. “Estas enfermidades são acarretadas pelo contato e pela proximidade com a população não-indígena, que está se agravando por todo o país”, diz.

A falta de comida está relacionada principalmente à redução da caça e da pesca, em consequência do desequilíbrio ambiental provocado pelo aumento da área cultivada perto das reservas indígenas, denuncia Ricardo. É o caso da expansão das plantações de soja. Além da escassez de alimentos, há também os problemas de saúde provenientes da má alimentação. Doenças estomacais e diarreias, por exemplo, estão ligadas à mudança de hábitos alimentares, com a introdução de açúcar, sal, refrigeran-

tes, biscoitos e salgadinhos industrializados na alimentação tradicional. Para amenizar esse problema, os índios brasileiros foram incluídos no ano passado no Programa Bolsa-Alimentação — por enquanto, o auxílio é de apenas R\$ 20 — do Ministério da Saúde.

A saúde dos povos indígenas está também intimamente ligada à questão da demarcação das terras. O reconhecimento oficial de um território como Terra Indígena (TI) é fator importante para garantia e manutenção de uma etnia e, conseqüentemente, de sua saúde. Até 2002, 337 terras haviam sido registradas como indígenas, 116 estavam em processo de registro e 133 esperavam identificação. Mas este não é um processo simples, porque poderosos interesses econômicos ameaçam as terras de muitos povos. As terras indígenas são ricas em minérios raros e metais preciosos, além da grande biodiversidade que atrai a coíça internacional.

Daí os conflitos nas áreas indígenas, como o da reserva Roosevelt, em Rondônia (ver box na página 11). A antropóloga Cibele Verani, pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde dos Povos Indígenas, da Fiocruz, lembra que, em nome da exploração de terras muitos índios foram massacrados. “No período militar, aviões jogavam roupas contaminadas com varíola para matar os índios de uma região de mineração”, diz.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Desde o Descobrimento o contato com não-índios traz doenças que matam muitos índios brasileiros. “As doenças foram, sem dúvida, a causa primeira de uma enorme redução da população indígena”, afirma o jornalista e antropólogo José Ribamar Bessa, do Programa de Estudos de Povos Indígenas da Faculdade de Educação da Uerj. A grande mortalidade provocada principalmente pela varíola e pela tuberculose levou o Estado a assumir, no início do século 19, as políticas de pacificação e assistência aos povos indígenas. O índio passou a ter assistência em saúde, basicamente dependente, no entanto, da política de catequese religiosa.

No início do século 20, a situação se agravou. A expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferroviárias provocaram numerosos massa-

cras indígenas e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis. Esse quadro culminou na criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), idealizado pelo marechal Rondon. O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, tinha como objetivo proteger os índios, inclusive sua saúde. Com o SPI, surgiram as primeiras Casas do Índio. Hoje, elas são intermediárias entre os serviços básicos de saúde e os de média e alta complexidade. Da casa, os índios são encaminhados aos hospitais do SUS.

Devido à necessidade de uma estrutura específica para o atendimento aos problemas dos índios, em particular os de saúde, na década de 50 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), ligado ao Ministério da Saúde, para levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais localizadas

em área de difícil acesso. Limitava-se a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. O Susa parte da experiência do sanitarista Noel Nutels, responsável pela assistência à saúde na Expedição Roncador-Xingu (1943), liderada pelos irmãos Villas-Boas. Na época, Nutels, adotou um modelo de assistência aérea, levando equipes volantes, formadas por médicos sanitaristas, enfermeiros e técnicos em saúde, a áreas de difícil acesso.

Em 1967, o SPI deu lugar à Funai, ainda baseada no modelo do Susa. Nesse período, criaram-se as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que realizavam atendimento esporádico às comunidades indígenas em sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, ou seja, dos Postos Indígenas (PIN). Essas unidades contavam com um auxiliar de enfermagem que prestava socorro de emergência e garantia a continuidade de tratamentos prolongados.

Na década de 70, só restava Funai, que seguia um modelo de serviço de saúde estritamente assistencial. Cibeli conta que essa época foi marcada pelo massacre de índios — eles morriam de doenças que lhes eram estranhas, pela remoção e em conflitos com garimpeiros e madeireiros. “Por conta de um pretenso desenvolvimento e alegando a necessidade de expansão e modernização de terras indígenas, o governo militar incentivava projetos de desenvolvimento agrícola e de mineração e a criação de estradas”, diz. Para tanto, comunidades



indígenas eram retiradas de suas áreas.

A partir de 1982, no rastro da crise do petróleo, a Funai sofreu estrangulamento financeiro progressivo. "Sem dinheiro, as EVS sentiam falta de pessoal técnico, de recursos para deslocamento, enfrentando o duplo emprego, a rotatividade de pessoal, o desmonte dos PIN e das Casais, e a falta de manutenção da infra-estrutura material", lembra Cibeli. Os índios voltaram a morrer de doenças simples, como a gripe.



O NOVO MODELO

Nos anos seguintes, o movimento sanitário, que lutava pela democratização da saúde, o que resultou na Reforma Sanitária e na criação do SUS, incluiu em sua agenda a saúde das populações indígenas. A Constituição de 1988 determinou o reconhecimento e o respeito aos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena, atribuindo à União a competência de legislar sobre a questão indígena.

A Funai perdeu as funções assistenciais aos índios, entre elas a de

saúde, repassada, pelo Decreto nº 23/1990, ao Ministério da Saúde. Foram criados então os DSEIs, sob responsabilidade da Coordenação de Saúde do Índio, subordinada ao Departamento de Operações da Funasa. Para Luiza Gamelo, o modelo não foi suficiente. O único distrito então formado foi o lanomâmi, localizado em Roraima.

Com a 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 1993 (a primeira ocorrera em 1986), as discussões sobre modelos de atenção à saúde do índio vieram novamente à tona. A conferência serviu para o aprimoramento do modelo de distritalização sanitária, para a recomendação da manutenção do Ministério da Saúde como responsável pela atenção sanitária aos povos indígenas e para a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social do SUS aos grupos étnicos assistidos. O modelo de atenção proposto previa a organização dos serviços na forma de um subsistema do SUS, cuja base concreta de atuação se faria a partir dos DSEIs.

Como recomendações da Conferência de 92, a saúde indígena passou a ser de responsabilidade do governo federal. Ou seja, coube ao Ministério da Saúde, por meio da Funasa, seu órgão executivo, a implementação do subsistema de saúde

indígena e o repasse de verbas para implementação dos distritos, que passaram a ser ordenados em bases territoriais definidas segundo critérios étnicos, demográficos e de ocupação ancestral de terras indígenas.

Em 1994 a Funai conseguiu revogar o Decreto 23, retomando a responsabilidade pela assistência à saúde. Nem por isso as coisas melhoraram. "A Funai não conseguiu implementar as ações, o que retardou a distritalização", conta Luiza Gamelo. Em 1999, a Funasa retomou a execução da atenção à saúde indígena. Dois momentos marcaram essa iniciativa: o Decreto nº 3.156, de agosto de 99, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas; e a Lei nº 9.836/99, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

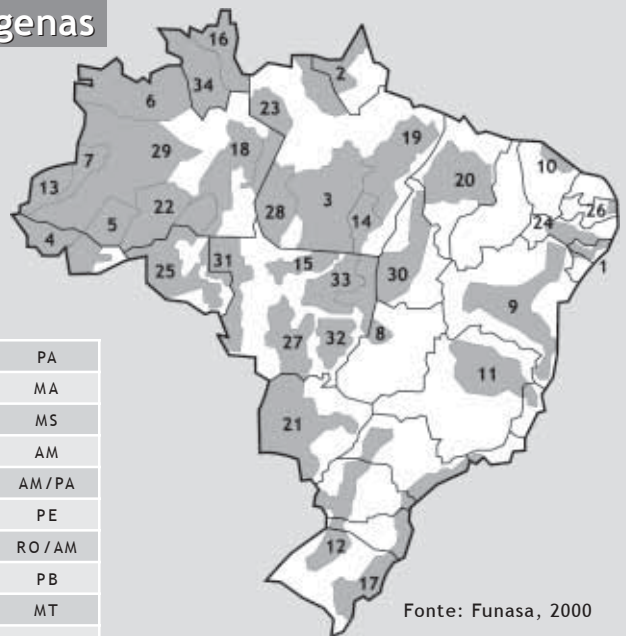
Como diretrizes desse Subsistema, destacam-se: a organização de serviços de atenção à saúde indígena na forma do monitoramento das ações dirigidas aos índios; a promoção do uso adequado e racional de medicamentos e de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa envolvendo comunidades indígenas e de ambientes saudáveis e da proteção da saúde indígena; e promoção do controle social em todas as etapas



Distritos Sanitários Especiais Indígenas

	DISTRITO	ESTADO
1	Alagoas e Sergipe	AL/SE
2	Amapá e Norte do Pará	AP/PA
3	Altamira	PA
4	Alto Rio Juruá	AC
5	Alto Rio Purus	AC/AM
6	Alto Rio Negro	AM
7	Alto Rio Solimões	AM
8	Araguaia	GO/MT
9	Bahia	BA
10	Ceará	CE
11	Minas Gerais e Espírito Santo	MG/ES
12	Interior Sul	SP/PR/SC/RS
13	Vale do Javari	AM
14	Caiapó	PA
15	Caiapó	MT
16	Leste de Roraima	RR
17	Litoral Sul	RJ/SP/PR/SC/RS
18	Manaus	AM

19	Guamá - Tocantins	PA
20	Maranhão	MA
21	Mato Grosso do Sul	MS
22	Médio Rio Purus	AM
23	Parintins	AM/PA
24	Pernambuco	PE
25	Porto Velho	RO/AM
26	Potiguará	PB
27	Cuiabá	MT
28	Rio Tapajós	PA
29	Médio Rio Solimões e Afluentes	AM
30	Tocantins	TO
31	Vilhena	RO/MT



Fonte: Funasa, 2000

32	Xavante	MT
33	Parque Indígena do Xingu	MT
34	Ianomâmi	RR/AM

do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs. Para tanto, os índios passaram a se organizar em conselhos distritais, formados paritariamente por 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, e locais de saúde, constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base.

O início de 2000, portanto, foi o momento de acelerar a criação do DSEIs e ampliar a cobertura à saúde dos povos indígenas. A Funasa definiu como estratégia o estabelecimento de convênios com ONGs. Esse modelo, que vigora ainda hoje, significa que a Funasa repassa os recursos públicos a essas organizações, que contratam pessoal e equipamentos e constroem as unidades que cuidarão da saúde nas aldeias.



OS CONVÊNIOS DA FUNASA

Alguns convênios foram firmados com organizações de defesa dos direitos indígenas. Outros foram firmados com os sistemas municipais de saúde mais próximos das áreas indígenas ou com




organizações não-indígenas. "Quando os convênios são estabelecidos com organizações indígenas, o Ministério da Saúde ganha parceiros na execução dos serviços", diz Luiza. "No entanto, quando executados por empresas não-indígenas contratadas, corre-se o risco de serviços desassociados da realidade dessa população", critica, na mesma linha da queixa de frei Florêncio Vaz.

Os convênios abrem espaço para outros problemas: rotatividade de pessoal e atraso de pagamento. Por conta do atraso de salário, em abril deste ano, o prédio da Funasa de Campo Grande foi invadido por cerca de 120 índios de seis etnias. O jornal carioca *O Dia*, noticiou no dia 3/4 que os índios fizeram 20 funcionários de reféns para exigir o pagamento dos salários, já atrasados por dois meses, de 350 médicos, enfermeiros e outros profissionais que cuidam da saúde indígena em Mato Grosso do Sul.

Para Ricardo Chagas, os problemas são reais, e acabam virando barreiras para uma política de saúde efetiva para os índios. A Funasa está buscando uma forma



mais eficaz de contratação de pessoal para áreas indígenas de difícil acesso, além de tentar mudar a forma de gestão. "O repasse de recursos passaria a ser mensal, permitindo um controle melhor das atividades pactuadas com os parceiros, evitando o atraso no pagamento dos prestadores de serviços, o desabastecimento de insumos na área indígena e a descontinuidade do trabalho", informa.

Avançar de verdade na política de saúde dos povos indígenas é, na opinião de Luiza Gamelo, ouvir o que eles têm a dizer. Segundo ela, os conselhos distritais indígenas e, sobretudo, os locais são hoje veículos primordiais para que a população indígena apresente suas peculiaridades e necessidades. Em nossa sociedade, o grande poder encontra-se em níveis gerais, diz Luiza. Por exemplo, um senador ou deputado tem poder maior de intervenção social do que um vereador. "Na sociedade indígena, ao contrário, o grande poder é o local, que pode trazer à tona as reais necessidades do grupo. Para os índios, o grande poder é a aldeia." 



Por trás dos conflitos, a cobiça

Conflitos entre índios e brancos continuam a preocupar, mais de 500 anos depois do Descobrimento. No recente confronto na Reserva Roosevelt, em Rondônia, 29 garimpeiros foram mortos por 100 cintas-largas. Na área fica a segunda maior reserva de diamantes do planeta. E este foi sempre o motivo dos conflitos. Nos últimos três anos, diferentes caciques deixaram garimpeiros explorarem as jazidas, em troca de participações entre 10% e 50% da receita, que teria chegado a R\$ 3 bilhões. Em janeiro de 2004 o clima piorou, com a entrada de novas turmas de garimpeiros, após a descoberta de uma jazida ainda maior.

Em 1963, índios cintas-largas foram assassinados em massa por pistoleiros. De cinco mil sobraram 1.300 índios. O Massacre do Paralelo 11, como ficou conhecido, foi a primeira denúncia contra o Brasil de repercussão internacional. Os mandantes do crime nunca foram presos, testemunhas e denunciadores foram mortos ou en-




louqueceram em sanatórios. Como acusa a senadora Fátima Cleide (PT-RO), o motivo por trás das mortes eram os interesses econômicos das mineradoras.

O ministro da Justiça, Márcio Thomaz Bastos, reconheceu que há muito tempo o governo sabia da possibilidade de um conflito na reserva. E garantiu que, até o fim do governo Lula, todas as terras indígenas estarão demarcadas.

Parece contradizer tal intenção a interrupção do processo de demarcação da reserva Raposa Serra do Sol, em Roraima. A área, do tamanho de Israel, na fronteira com a Venezuela, abriga cinco tribos — e grandes jazidas de ouro, urânio e diamante. Por nove votos a um, a comissão da Câmara que avaliava a demarcação aprovou relatório do deputado Lindberg Farias (PT-RJ), que prevê a reserva em terras não-contínuas, ao contrário do que estabelece a demarcação original: fica excluída uma faixa de 20 quilômetros ao

longo da fronteira com Guiana e Venezuela — retrocesso criticado energeticamente pela maioria das organizações indígenas.

Em nota divulgada pelo Palácio do Planalto, o presidente Lula, sob forte pressão de fazendeiros, mineradoras e seus representantes, diz que só tomaria qualquer decisão sobre a homologação depois que o Tribunal Regional Federal da 1ª Região se pronunciasse sobre a liminar que suspendeu parcialmente os efeitos da portaria do Ministério da Justiça que tratava da demarcação da reserva.

Segundo a Comissão da Pastoral da Terra (CPT) de Roraima, 75% de um total de 15 mil indígenas da região querem a homologação em área contínua. Para o coordenador da CPT, Ralf Albert Weissenstein, se 25% dos índios são contrários à demarcação original é porque provavelmente estão ligados aos interesses dos grandes proprietários locais. 



Manifesto do Acampamento Terra Livre

Nós, povos indígenas macuxis, Guianomâmis, uapixanas, uai-uais, guaranis, xucurus, xucurus-cariris, tupinambás, xoclungues, caingangues, xerentes, ingaricós, taurepangues, xavantes, saterês-maués, tucanos, tapuias, potiguaras, pataxós, pataxós-hã-hã-hães e ticunas, unidos e presentes no Acampamento Terra Livre, na Esplanada dos Ministérios, em Brasília, vimos manifestar ao povo brasileiro e às pessoas de todo o mundo os nossos pensamentos, projetos, sonhos e a nossa luta pela justiça e a defesa dos nossos direitos constitucionais garantidos aos Povos Indígenas do Brasil.



A terra é a nossa vida. Fonte e garantia da sobrevivência física e cultural desta e das futuras gerações. Por isso, é urgente, necessário e legal o cumprimento constitucional da regularização fundiária de todas as Terras Indígenas no Brasil. Queremos nesta manifestação pacífica afirmar que a homologação da TI Raposa Serra do Sol, no estado de Roraima, conforme já demarcada pela Portaria 820/1998 do Ministério da Justiça, é a forma mais evidente de o governo brasileiro demonstrar que reconhece seu compromisso com os povos indígenas.

Sabemos que os nossos direitos estão ameaçados por pressão de grupos econômicos e políticos que têm interesse em se apropriar e estão organizados de Norte a Sul do país ameaçando e violentando nossas comunidades. Esses grupos, além da violência e da mentira, usam da chantagem e da barganha política para patrocinar um movimento no Congresso Nacional com o objetivo de mudar os artigos da Constituição que amparam os nossos direitos. Se isso vier a acontecer, veremos no governo Lula a abertura de uma porta para o extermínio físico e cultural de todos os povos.

Continuamos sendo tratados com racismo, preconceito e discriminação pelo Estado Brasileiro, 500 anos depois da chegada dos primeiros exterminadores. Para muitos ainda prevalece a máxima "índio bom é índio morto"; infelizmente ainda temos que conviver com essa situação. Mas a nossa união é um exemplo para todo o povo brasileiro.

Assim unidos e solidários apresentamos as bandeiras de nossa luta comum:

1) Imediata homologação da TI Raposa Serra do Sol-RR, conforme já demarcada pela Portaria 820-MJ;

2) Acelerar o reconhecimento oficial das TIs: Araçaí-SC, Potiguara Montemó-PB; Anaro-RR, Xucuru-Cariri-AL, Trombetas/Mapuera-RR, com imediata aprovação e publicação dos respectivos relatórios de identificação e delimitação pelo presidente da Funai;

3) Criação do Grupo Técnico para identificar e delimitar as TIs: Pontal-MT, Apiacá-MT, Estiva-RS, Passo Grande-RS, Capivari-RS, Lomba do Pinheiro-RS, Irapuá-RS, Caati-Mato Preto-Guarani-RS; Pindoti-Pariquera-Açu-SP, Peguaoti-Santibá-SP, Morro do Osso-RS, Itapuã-RS, Ponta da Formiga-RS, Mata São Lourenço-RS, Tupinambá de Olivença-BA, Arapuá-RR;

4) Demarcação das TIs: Manoqui-MT, Tingui-Botó-AL, Geripancó-AL, Calancó-AL, Coiu Pancá-AL, Catoquim-AL, Caruazu-AL, Uassu Cocal-AL, Cariri-Xocó-AL, Cara Potó-AL, Mata Alagada-TO, Toldo Imbu-SC, Palmas-PR, Toldo Pinhal-SC, Rio dos Índios/Vicente Dutra-RS, com a edição da Portaria Declaratória pelo Ministério da Justiça.

5) Revisão de limites para complementação das TIs: Serra da Moça-RR, Jabu-RR, Aningal-RR, Tapuia-GO, Dirai-RS e Mici-MT;

6) Acelerar a desintrusão das TIs: Aruanã-GO, Potiguara-PB, Ximbandue II-SC, lanomâmi-RR, Tabalascada-RR;

7) Acelerar a reavaliação do levantamento das benfeitorias existentes na TI Xucuru do Ororubá-PE;

8) Proceder levantamento fundiário e de benfeitorias das TIs Xoclen-Laclãno, Itaóca e Estrela Velha;

9) Proceder às indenizações indispensáveis para viabilizar a ocupação pelos índios das áreas ainda intrusadas;

10) Punição e reparação dos danos ambientais causados no interior das Ter-

ras Indígenas;

11) Revogação do Decreto 4.412/02;

12) Garantia de uma saúde diferenciada, com aprimoramento do atendimento básico de saúde aos povos indígenas, adequado à diversidade das etnias e a suas condições e necessidades específicas;

13) Garantia de uma educação diferenciada, com apoio aos projetos indígenas que tenham por fim a implementação das iniciativas indígenas;

14) Plena participação na formulação e no controle das ações de políticas públicas que são voltadas às comunidades indígenas;

15) Promulgação da Convenção 169 da OIT;

16) Repudiamos o desrespeito dos tribunais quanto à não-consideração válida dos laudos antropológicos que identificam as Terras Indígenas, acarretando, além da morosidade na conclusão do reconhecimento oficial, o impedimento ao direito ao usufruto exclusivo indígena sobre as TIs.

17) Todos os projetos e ações voltados às Terras Indígenas devem ter o livre consentimento, com consulta prévia e informada. Não aceitamos imposições de ações;

18) Punição dos assassinos responsáveis pelas 35 mortes que ocorreram no biênio 2003-2004;

19) Apoio às atividades produtivas que venham a possibilitar um desenvolvimento sustentável pelas comunidades indígenas;

Aguardamos que as autoridades públicas venham a cumprir seus deveres constitucionais, viabilizando o exercício de nossos direitos e interesses.

Brasília, 17 de abril de 2004



MAIS INFORMAÇÕES

Publicações

- ◆ Caderno de Saúde Pública, v. 17, nº 2, mar-abr/2001, publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz
- ◆ Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil, publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)

- ◆ Epidemiologia e saúde dos povos indígenas, publicado pela Editora Fiocruz
- ◆ Revista da Saúde, ano 1, nº 1, dez/2000

Documentos

- ◆ Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – Funasa
- ◆ Portarias nº 69 e nº 70, de jan/2004

Sites

- ◆ www.socioambiental.org.br
- ◆ www.funasa.gov.br
- ◆ www.cir.org.br/raposaseradosol.asp

ENTREVISTA

Florêncio Almeida Vaz "É uma luta desigual"

Katia Machado

Índio maitapu da aldeia Pinhel, às margens do Rio Tapajós, no município de Aveiro, 10 horas de barco de Santarém (PA), Florêncio Almeida Vaz, 40 anos, ajudou a criar em 1997 o Grupo Consciência Indígena (GCI), com estudantes e professores indígenas, para assessorar as 45 comunidades do Baixo Tapajós na luta pela demarcação de suas terras. É frade franciscano, formado em Ciências Sociais na UFRJ, mestre em Sociologia pela UFRJ, a Rural do Rio, onde viveu entre 1992 e 1997. Prestes a fazer doutorado na UnB, tem certezas simples e profundas sobre os problemas dos índios: "Se o governo garantisse as áreas indígenas os índios saberiam viver bem", diz.

Quais doenças ainda matam os índios hoje?

Uma das maiores causas de mortes entre nossos índios é a picada de cobra. Como não têm atendimento imediato em postos locais, e o tempo de viagem para as cidades mais próximas está entre 12 e 15 horas de barco (e normalmente os índios não têm dinheiro para pagar a viagem), as vítimas acabam morrendo da forma mais absurda – sem atendimento nenhum, a não ser a medicina tradicional, que neste caso não adianta muito. Há casos também de tuberculose, gente que sofre do coração, as crianças têm problemas intestinais (possivelmente devido à poluição dos rios pela garimpagem de ouro nas cabeceiras). Não fosse isso, nossa gente seria muito saudável.

As áreas indígenas são constantemente invadidas. Estão eles preparados para isso?

A garimpagem afeta muito e de forma ruim a vida dos índios. Os mundurucus, que vivem perto dos garimpos no Alto Tapajós, garimpam eles mesmos. Trazem para a terra indígena alcoolismo, gosto pelas músi-

cas e costumes não-indígenas, individualismo, doenças sexualmente transmissíveis etc. Os índios do Baixo Tapajós sofrem as conseqüências da poluição das águas.

A que você atribui confrontos como o ocorrido entre cintas-largas e garimpeiros?

À invasão das terras indígenas. Se os não-índios não invadissem as terras dos índios e a lei fosse respeitada não haveria confrontos como o de Rondônia. Isso faz emergir com força o preconceito forte contra os índios. A revista *Veja*, a *Folha de S. Paulo* e a grande imprensa servem bem a isso: tem muita terra para pouco índio, índios estão contra o desenvolvimento do país etc. Somente no ano passado foram assassinados 30 indígenas, e a causa está ligada à questão da terra. Se o governo garantisse a demarcação e a proteção dessas áreas os índios saberiam viver bem, sem conflitos com ninguém. Só queremos isso.

Qual a diferença entre direitos indígenas e direitos humanos?

Não há contradição. Em Rondônia os índios foram invadidos, comunicaram ao governo faz mais de um ano. Nada foi feito. Índios foram mortos, e garimpeiros também. O assassinato dos 29 garimpeiros é condenável, e poderia ter sido evitado. Os índios mataram como último recurso. Eles não podem ser cobrados como desrespeitadores dos direitos humanos, nas mesmas condições como podem ser cobradas as autoridades e o Estado. Os índios são vítimas das máfias, dos empresários, das transnacionais, das polícias, acobertadas pelo Estado.

Como fazer prevalecer os direitos indígenas no caso de Raposa Serra do Sol?

As terras que os povos indígenas reivindicam, que antropólogos e topógrafos reafirmam, são ínfima parte do real tamanho das terras indíge-



nas. Nós estamos pedindo que nos garantam ao menos a terra que ocupamos hoje. Deixamos de presente as outras terras já invadidas. Gostaríamos de dar aos pobres, mas lamentavelmente são grandes latifundiários que as estão ocupando. Pois nem essa ínfima parte querem nos garantir.

A terra indígena Baú, dos caiapós, em Altamira, foi até reduzida ano passado, em favor dos invasores e políticos antiindígenas. Foi a primeira vez que isso aconteceu: uma terra já identificada e demarcada ser diminuída. É um precedente terrível. O que não vão querer fazer mais? Com Raposa Serra do Sol só não homologam uma terra menor devido à opinião internacional. E deve ser em área contínua. Mas quem é contra? Políticos, fazendeiros, militares que pensam que os "inimigos internos" somos nós. A quem o governo Lula escuta mais? O Lula traiu as promessas que fez aos indígenas. Até pior do que FHC – que pelo menos não nos prometeu nada. E a sociedade deve se manifestar mais em defesa dos indígenas, pois a luta política se trava num ambiente hostil aos indígenas: a imprensa, o Congresso, os gabinetes, a burocracia. Não sabemos manipular bem os instrumentos dessa guerra. É uma luta desigual. ■

TRÊS ENCONTROS DECISIVOS

Ciência e tecnologia



Rogério Lannes Rocha

Em 1994, foi realizada a primeira conferência de Ciência e Tecnologia em Saúde. Dez anos depois, de 1º a 4 de julho, em Brasília, teremos a segunda. O que esperar dela? A pergunta foi respondida por Reinaldo Felipe Nery Guimarães, diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia (da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde), em palestra, no dia 5 de maio, na abertura do simpósio "O impacto dos programas de extensão pesquisa-ensino-serviço na ciência e no SUS" – comemorativo dos 85 anos do Hospital de Manguinhos, hoje Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec).

A expectativa, diz Reinaldo Guimarães, é que a Conferência aponte os rumos de uma política nacional para a área pautada na autonomia técnico-científica e na soberania nacional, submetida ao controle social e tendo o Ministério da Saúde (MS) como seu principal articulador, indutor e fomentador. Segundo ele, o MS nunca orientou diretamente a política de pesquisa na área de saúde, como ocorre em diversos países. "Nossa missão no Decip é colocar o MS enfim no centro da política tecnológica, o que acontecia de forma dispersa".


Na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, o MS pretende apresentar aos 600 delegados documento-base com o desenho dos pilares da política de pesquisa em saúde. Reinaldo antecipou os mais importantes, em sua opinião. O primeiro: busca de equidade na saúde, ou seja, a produção pensada em função de quem ela está servindo.

O segundo pilar: "C&T tem que ter padrões éticos perseguidos tenazmente", diz. Uma das principais discussões a enfrentar é sobre o "du-

plo standard", padrões éticos diferenciados para ensaios clínicos de novos medicamentos nas populações de países ricos e pobres. A diversidade da formação populacional brasileira atrai investimentos em ensaios clínicos, o que é bom, mas é preciso influenciar os protocolos, para que protejam a população, defende. Há cerca de 400 comissões locais de ética em pesquisa no país. Reinaldo Guimarães quer articular todas elas, entre si e num conselho nacional de ética em pesquisa. O MS ainda vai prover condições de trabalho a essas comissões, que não têm orçamento, sequer espaço físico para funcionarem a contento.

Um terceiro pilar seria a estruturação de um conselho de ciência e tecnologia em saúde, já criado por Reinaldo no âmbito interno do MS, para que o ministério centralize a condução e a indução da pesquisa de C&T em saúde. Para ilustrar, ele usou o exemplo da área da agricultura. O governo induz a pesquisa desde a década de 70, quando criou a Embrapa. Hoje, a quantidade de trabalhos de pesquisa na agricultura é três vezes maior do que nas outras áreas.

Outro passo seria a criação de uma agência de fomento em C&T em saúde. E ainda uma agenda nacional para uma política de pesquisa em saúde. Como não é o MS que induz a pesquisa hoje, o que vale é o paradigma do CNPq, "a demanda de balcão", uma indução das pesquisas segundo as verbas: quem tem dinheiro encomenda e quem pesquisa faz o que demandam. "Isso não pode servir à política de saúde", porque não se referencia no perfil epidemiológico da população.

A 2ª Conferência foi convocada conjuntamente pelos ministérios da Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia. Seu documento-base, intitulado "Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população", pode ser consultado pela internet no endereço http://conselho.saude.gov.br/conferencia/Conf_Ciencia_tecno.html 

3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal examina no



Jesuan Xavier

Dez anos após sua última edição, acontecerá em Brasília, entre os dias 1º e 4 de julho, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Para o coordenador geral do evento, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, o tempo entre a realização das conferências já demonstra o enorme descaso com que o assunto foi tratado nos últimos anos. "Felizmente, o atual governo considera a saúde bucal como uma de suas prioridades. As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social", afirma. Este ano, a conferência terá como tema "acesso e qualidade, superando a exclusão social".

Segundo ele, ainda é muito baixo o acesso da população à água fluoretada – que previne contra a formação de cáries. "Hoje, no máximo 70 milhões de brasileiros recebem essa água, que comprovadamente reduz a incidência de cárie entre 40% e 50%".

Pucca Júnior diz que a meta do Ministério da Saúde é dar condições para a fluoretação a todas as estações de tratamento de água existentes no país. "Até 2006 esperamos que 100% das estações já estejam com água fluoretada. Esse é um trabalho relativamente barato, mas muito eficaz", comenta. Ele ressalta também que, além de tudo, o governo estará cumprindo a lei. "Existe uma lei federal, de 1974, que obriga a adição de flúor na água encanada".

O coordenador explica que a conferência se desenvolverá a partir de quatro eixos temáticos: Educação e Construção da Cidadania; Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; Formação e Trabalho

cia Nacional e Bucal ssos dentes

em Saúde Bucal; e Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. "A intenção é identificar os principais problemas do país na área, buscar meios e recursos e definir estratégias para superá-los".

A expectativa é de que 1.090 delegados participem da conferência, que acontecerá concomitantemente à 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, na Academia de Tênis.

ORÇAMENTO SUPERIOR A 1 BILHÃO

O coordenador do evento faz questão de dizer que o Ministério da Saúde conta com um orçamento de R\$ 1,3 bilhão para o projeto de saúde bucal - sete vezes maior do que o alocado pelo governo anterior. "Em março, lançamos o *Brasil Sorriente*, que consiste num conjunto de ações para cidadãos de todas as idades".

Um dos principais objetivos, segundo ele, é aumentar o número de equipes de saúde bucal da família. "Queremos chegar ao final do governo com pelo menos 9 mil equipes". Hoje, existem 8.200 equipes trabalhando em todo o país.

Pucca Júnior diz que o *Brasil Sorriente* prevê ainda a construção de cerca de 400 centros odontológicos para atendimento especializado, como o tratamento de doenças da gengiva, de lesões bucais, ortodontia e até próteses. Eles serão distribuídos em municípios estratégicos. "Esses centros servirão tanto para atender à população quanto para oferecer estágio qualificado a futuros profissionais. Além disso, ajudarão a disseminar os princípios básicos de higiene e cuidados com a boca".

De imediato, o governo promete a distribuição de 2 milhões de kits (com escova e creme dental) para 500 mil alunos da rede pública de ensino. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 45% da população brasileira não tem acesso a escovas de dente. "Temos muito a fazer, mas acho que estamos no caminho certo".

6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia visita nossas cidades



A sexta edição do Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que se realizará entre 19 e 23 de junho, no Centro de Convenções de Pernambuco, deverá reunir no Recife mais de 1.000 profissionais ligados a diversos segmentos da saúde pública do país. Este ano, sob o tema "Um olhar sobre a cidade", as cidades brasileiras serão focalizadas pela perspectiva epidemiológica.

Organizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o evento será dividido fundamentalmente em três subtemas: A Epidemiologia e a Cidade; A Cidade Fragmentada: Inclusão, Segregação e Exclusão Social; e Cidade e Qualidade de Vida.

Nos dois primeiros dias, os participantes poderão frequentar cursos e oficinas de trabalho. À abertura ofici-

al, na noite de domingo (20), seguem-se mesas-redondas, palestras, painéis e conferências. Em pauta, a discussão de doenças do aparelho circulatório e neoplasias, doenças ocupacionais, doenças infecciosas, doenças parasitárias e até violência e depressão.

A coordenação do Congresso promete dividir as discussões respeitando a diversidade geográfica, buscando maior representatividade da produção científica das diversas regiões brasileiras. Além dos debates, será feita homenagem póstuma a Dom Hélder Câmara (1909-1999), arcebispo-emérito de Olinda e Recife.

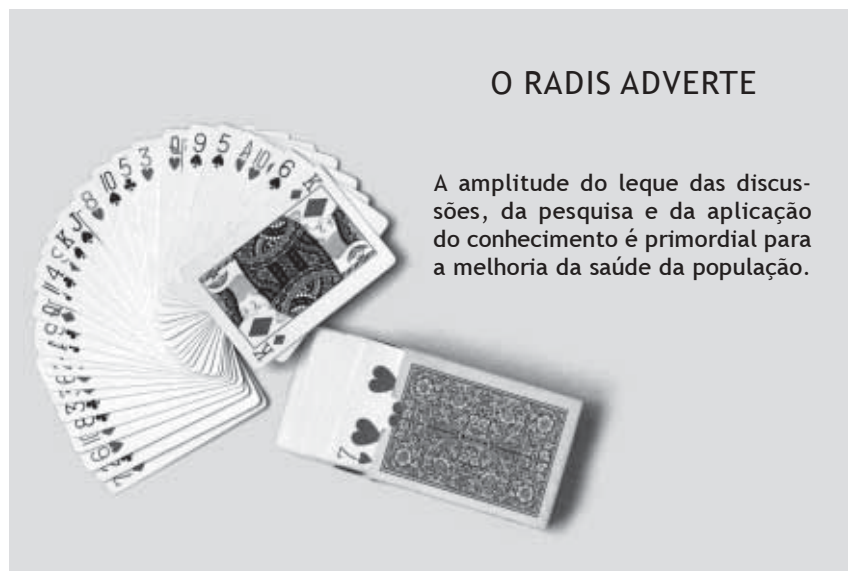
Paralelamente ao congresso transcorrerá a 6ª Reunião Científica da América Latina e Caribe, promovida pela Associação Internacional de Epidemiologia (IEA). Epidemiologistas farão intercâmbio de experiências em diversas áreas da saúde.

Ao fim do evento será divulgado documento com a avaliação de políticas, programas e serviços de saúde em prática no país, além de sugestões e recomendações do congresso. A plenária final votará as emendas. (J.X.)

Mais informações no site www.congressoepidemiologia2004.com.br

O RADIS ADVERTE

A amplitude do leque das discussões, da pesquisa e da aplicação do conhecimento é primordial para a melhoria da saúde da população.



A percepção dos brasileiros sobre a saúde

Marinilda Carvalho

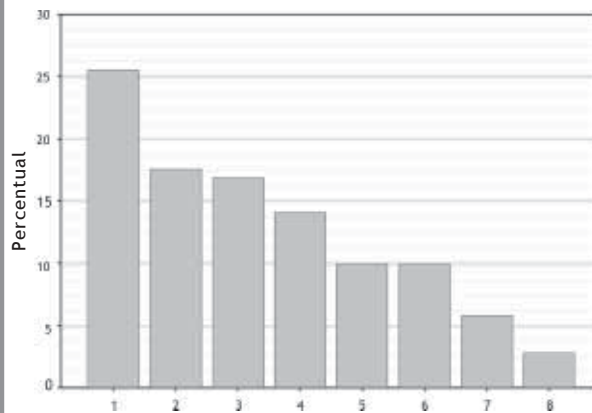
O Brasil – assim como outros países – não se reconheceu na primeira Pesquisa Mundial de Saúde da OMS, em 2000. De toda parte choveram críticas técnicas e conceituais à metodologia, num debate de amplitude internacional. A OMS aceitou as observações e reformulou o conteúdo e o processo de aplicação dos questionários para a Pesquisa Mundial de Saúde 2003, que investiga os sistemas de saúde de 71 países. No Brasil, a responsabilidade do trabalho foi entregue ao Departamento de Informações em Saúde (DIS) da Fiocruz, especificamente ao Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict), que divulgou os primeiros resultados da pesquisa em 19/5/2004, na comemoração de seus 18 anos.

Nossa imprensa deu grande destaque ao assunto – e não poderia ser de outra forma, tal o impacto dos números. Os que mais chamaram atenção da mídia: 14,4% dos brasileiros não têm um único dente, 19,3% tiveram diagnóstico de depressão. Os títulos variaram entre “Desdentados e deprimidos” (*O Globo*), “Brasil tem 26 milhões de sem dentes” (*Folha de S.Paulo*) e “26 milhões de desdentados num país de deprimidos” (*Jornal do Brasil*).

Para a pesquisadora do Cict Célia Landmann Szwarcwald, que com Francisco Viacava coordenou a pesquisa, o resultado mais perturbador diz respeito à auto-avaliação da população sobre sua saúde, de “muito boa” a “muito ruim”, embutida no vasto item “Estado de Saúde”, o primeiro do questionário. Um alto percentual (25%) declarou grau “grave” ou “muito grave” de problemas em relação ao estado de ânimo (tristeza ou depressão, preocupação ou ansiedade). Também preocupa o percentual dos que têm problemas de sono, em torno de 18%.

“Os problemas de saúde bucal, que mereceram tanto destaque na mídia, não me surpreenderam, são reflexo de uma geração que não teve mesmo tratamen-

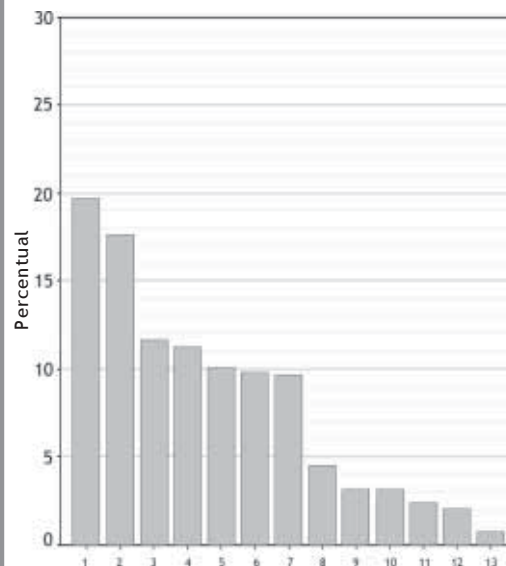
Percentual (%) de indivíduos que responderam grau “grave” ou “muito grave” de problemas às questões relativas ao estado de saúde



- 1) Estado de ânimo
- 2) Dores no corpo
- 3) Sono
- 4) Concentração
- 5) Verão
- 6) Sociabilidade
- 7) Locomoção
- 8) Auto-Cuidado

O maior percentual de problemas foi encontrado para estado de ânimo (26%), estabelecido por perguntas sobre tristeza, depressão, ansiedade e preocupação.

Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito ruim” ou “ruim” segundo aspectos relativos à assistência ambulatorial



- 1) Tempo de espera
- 2) Liberdade de escolha do profissional de saúde
- 3) Participação na tomada de decisões sobre o tratamento
- 4) Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
- 5) Espaço disponível das salas de espera e dos exames
- 6) Tempo gasto de deslocamento
- 7) Tempo para fazer perguntas
- 8) Clareza nas explicações
- 9) Limpeza das instalações do serviço
- 10) Privacidade com os profissionais de saúde
- 11) Tratamento respeitoso
- 12) Sigilo sobre as informações pessoais
- 13) Intimidade respeitada

O “tempo de espera” foi o que teve maior grau de insatisfação (21%), seguido por “liberdade de escolha do profissional de saúde” (20%). A análise comparativa das avaliações dos usuários por forma de pagamento da internação indica que os percentuais de satisfação entre os usuários do SUS são sempre inferiores aos obtidos entre os usuários que pagaram o atendimento através do plano de saúde.

to adequado”, disse Célia. “A surpresa maior é que não se confirmou aquela nossa antiga imagem de população alegre: um quarto dos brasileiros referiu problemas de depressão, e 19% já tiveram depressão diagnosticada”. Na análise de Célia, existe um componente individual neste estado de ânimo preocupante, mas tem muita influência o contexto externo – a criminalidade, o desemprego, as desigualdades sociais.


Sobre a saúde bucal, estima-se que 14% dos entrevistados perderam todos os seus dentes naturais – pelos cálculos da imprensa, seriam 26 milhões de desdentados. Na interpretação dos pesquisadores, um indicador em especial mostra o tamanho de nossa desigualdade social: entre as mulheres com mais de 50 anos de pior condição socioeconômica, o percentual alcança 56%, enquanto entre aque-

las de melhor situação, o percentual é de 19%. Célia destaca outro dado: no ano passado, 15,4% dos entrevistados tiveram problema nos dentes e não trataram.

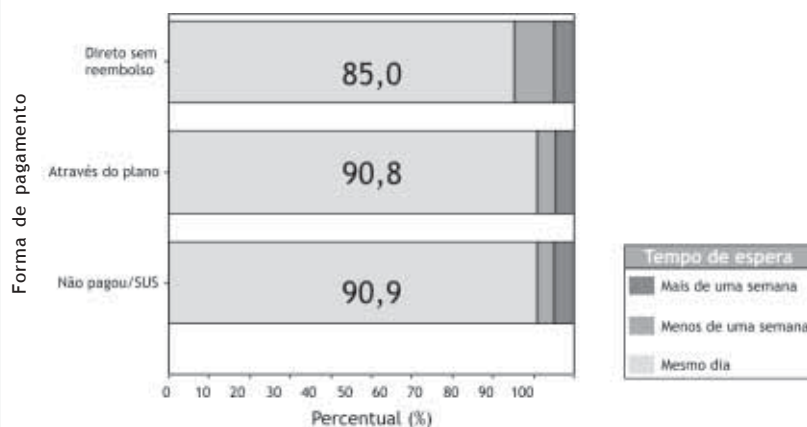
Outro dado que atraiu a atenção da imprensa foi o grau de insatisfação dos brasileiros com o atendimento de saúde no país. Entre os entrevistados, 57,8% se declararam “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” com esse atendimento. E o maior grau de insatisfação foi constatado entre os usuários de planos de saúde: 72% deles se disseram insatisfeitos, contra 53,3% de insatisfação entre os usuários do SUS. Um grande jornal chegou a interpretar erradamente esse quadro, ao entender que a insatisfação se referia ao atendimento prestado pelos planos de saúde. “Foi um equívoco”, esclareceu Célia. “Na verdade, isso significa que quem paga plano de saúde reclama mais do atendimento público de saúde”.

O dado positivo é que 97,3% dos entrevistados disseram que conseguiram ser atendidos na última vez em que precisaram. Apesar das reclamações gerais quanto ao atendimento, apenas 2,7% não foram atendidos. Célia espera que estas importantes informações tenham uso prático: “A gente sempre acredita que os resultados embasem as políticas”.

A Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil teve início em fins de 2002, com a tradução e a adaptação a nossas especificidades do questionário da OMS, submetido então, entre janeiro e setembro de 2003, a 5 mil brasileiros com idade acima de 18 anos, em domicílios escolhidos aleatoriamente (um indivíduo por município foi entrevistado), de norte a sul do país, segundo a situação (urbano ou rural) e o porte (até 50 mil; de 50 mil até 400 mil; e acima de 400 mil habitantes). Os técnicos entrevistadores, treinados pela Fiocruz, abordaram os seguintes aspectos de saúde: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde (auto-avaliação da saúde e limitações de atividades); fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); situações crônicas (diagnóstico e tratamento); situações agudas (causas externas); assistência pré-natal; saúde infantil; e avaliação da assistência (ambulatorial ou hospitalar) recebida de acordo com as expectativas do usuário.

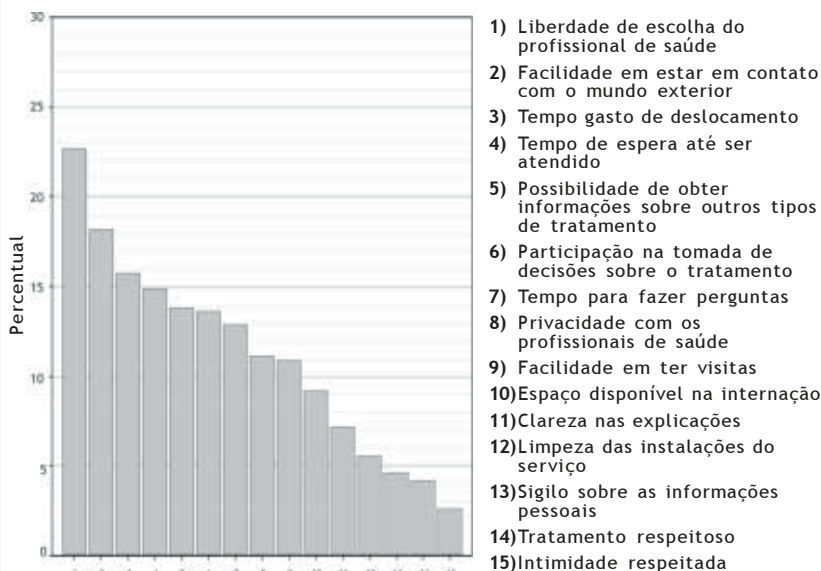
Os resultados finais da pesquisa, referentes a estudos específicos, serão publicados em revistas científicas especializadas. 

Distribuição (%) dos indivíduos que tiveram assistência com internações últimos 5 anos por tempo de espera até a internação e forma de pagamento da internação



Mais de 90% dos usuários, tanto do SUS quanto de planos de saúde, conseguiram a internação em menos de um dia.

Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito ruim” ou “ruim” segundo aspectos relativos à assistência com internação



O maior percentual de insatisfação correspondeu à “liberdade de escolha do profissional de saúde” (25%), seguido pela “facilidade em estar em contato com o mundo exterior” (19%). A análise comparativa das avaliações dos usuários por forma de pagamento da internação indica que os percentuais de satisfação entre os usuários do SUS são sempre inferiores aos obtidos entre os usuários que pagaram o atendimento através do plano de saúde.

SERVIÇOS

EVENTOS

1º ENCONTRO NACIONAL DE TUBERCULOSE

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, o Ministério da Saúde e a Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose promovem o evento, que abordará o cenário epidemiológico atual da tuberculose, métodos convencionais e novos de diagnóstico, formas de tratamento e prevenção, medidas validadas de biossegurança, prioridades de pesquisa para o Brasil, novas drogas para a tuberculose e prioridades na capacitação e educação permanente de recursos humanos, entre outros temas.

Data 30 de junho a 3 de julho
Local Auditório do Naoum Plaza Hotel, Brasília, DF
Mais informações
Tel. (61) 245-1030 / 245-6218
E-mail sbpt@sbpt.org.br
Site www.sbpt.org.br

SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE DENGUE

Com o tema "Dengue, um desafio para a vigilância em saúde ambiental e de redes colaborativas", o seminário tem como objetivos debater uma revisão do modelo atual de controle vetorial e da doença; buscar alternativas integradoras e priorizar a vigilância dos ambientes como componente fundamental das ações de promoção e proteção da saúde humana.

Data 28 e 29 de junho
Local Auditório do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/Pernambuco
Mais informações
Tel. (81) 2101-2603
E-mail slsantos@cpqam.fiocruz.br

9º CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL EM DIABETES

Iniciativa da Associação Nacional de Assistência ao Diabético (Anad), o evento prevê a realização de 38 simpósios de atualização e aproximadamente 200 palestras de especialistas na área. Participam do congresso endocrinologistas, clínicos, cardio-

logistas e especialistas afins, além de multiprofissionais da área de saúde, como dentistas, biomédicos, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, podólogos, fisioterapeutas, professores de educação física e profissionais da saúde pública.

Data 23 a 25 de julho
Local Unip, Av. Marquês de São Vicente, 3.001, Água Branca, SP.
Mais informações
Tel. (11) 5572-6559
E-mail congresso@anad.org.br
Site www.anad.org.br/congres9.htm

PRÊMIOS

INCENTIVO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA O SUS 2004

Estarão abertas, de 1º de julho a 2 de agosto, as inscrições para o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS 2004, promovido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit), do MS. O objetivo é divulgar a atuação do ministério como agente sensibilizador de ações técnico-científicas. Para isso, o Decit quer incentivar financeiramente a realização de eventos científicos em saúde, com caráter nacional ou internacional, de médio e grande porte, promovidos por sociedades científicas.

Mais informações
E-mail deciteventos@saude.gov.br

PUBLICAÇÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

A **história do negro no Brasil** é uma edição do Centro de Estudos Afro-Orientais, da Universidade Federal da Bahia, em conjunto com a Fundação Cultural Palmares, ligada ao Ministério da Cultura. O leitor encontrará textos do historiador Clóvis Moura (morto em dezembro de 2003), que criou em 1975 a ONG Instituto Brasileiro de Estudos Africanistas. A obra traz ainda textos de Elisa Nascimento, do Instituto Brasileiro de Estudos Africanistas, de Maria da Glória Moura, professora do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da UnB, do ex-senador Abdias do Nascimento e de Kabengele Munanga, professor do Departamento de Antropologia da Facul-

dade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

Mais informações
E-mail ceao@ufba.br

CASA DE OSWALDO CRUZ

História, Ciências, Saúde: Manginhos, volume 11, referente a janeiro a abril de 2004, traz coletânea de artigos sobre saúde pública. Num dos textos da revista, o autor Alacon Agra do Ó, da Universidade



Federal de Campina Grande, apresenta as condições de saúde na Bahia no começo do século 19 pelos olhos de Thomas Lindley, comerciante inglês preso como contrabandista e confundido com um médico. Há ainda artigos de Regina Horta Duarte, sobre o conforto moral da ciência e da arte, de Maria Clélia Costa, sobre as teorias médicas e a gestão urbana em Fortaleza entre os anos de 1877 e 1879, de Fernando Ferreira de Freitas, sobre a história da psiquiatria não contada por Foucault, e de Nauk Maria de Jesus, sobre aulas de cirurgia entre 1806 e 1816. A publicação comemora 10 anos de existência. Versão online da revista em www.scielo.br/hcsm e www.coc.fiocruz.br/hscience

Mais informações
Tel. (21) 2209-4111/2260-7946 e
E-mails hscience@coc.fiocruz.br e cardosoc@coc.fiocruz.br

IPEC/FIOCRUZ

Produção científica – Catálogo 1986-2003, organizado por Mauro Tendrich e Lea Camillo-Coura, oferece visão panorâmica das atividades científicas desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde



do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec), o antigo Hospital de Manginhos, que completou 85 anos em maio. Abrange publicações em periódicos, teses, livros, capítulos de livros e eventos científicos entre 1986 e 2003, numa listagem útil para levantamentos bibliográficos.

Mais informações
Tel. (21) 3865-9562

PÓS-TUDO

Compromisso de honra

Síntese do discurso pronunciado pelo deputado federal Carlos Abicalil (PT-MT), em sessão da Câmara dedicada ao Dia do Índio (19/4/2004), na presença de lideranças indígenas.

[Alguns alegam que] fere o direito de soberania nacional ter a área demarcada em regiões de fronteira. Cabe perguntar, no que se refere às propriedades particulares de produtores em região de fronteira, cercadas, muitas vezes não sendo território da União, ainda que haja delimitação legal, se as Forças Armadas podem praticar lá os seus exercícios regulares.

Quando há demarcação de terra indígena, há ali uma propriedade da União, que pertence primeiro aos povos de ocupação tradicional, que têm a sua guarda e o seu usufruto. Essas terras mantêm, sobretudo, a integridade do território brasileiro. Portanto, não vale o argumento requeitado da defesa e da segurança nacional ou da expansão e proteção de fronteiras, como tem sido revalidado nos últimos dias.

Do ponto de vista político, faz mais sentido esta Casa, em vez de realizar sessão de homenagem ao índio neste dia, fazer um debate atual e necessário à população brasileira. A história mostra que qualquer conquista do povo é conseguida com muita luta. Com persistência, o povo consegue dignidade, saúde, gerar riqueza e controlá-la. Nenhum direito foi alcançado sem organização, mobilização e luta.

Do ponto de vista econômico, gostaria de reiterar argumentos já levantados neste plenário. O território brasileiro não deve servir somente à reprodução dos 5 séculos de monocultura, trabalho escravo e latifúndio.

O país é rico em floresta, água e solo. Antes de exportarmos nossos produtos, temos condição de dar ao nosso povo bem-estar.

Na discussão da sustentabilidade econômica do território brasileiro temos de assegurar aos povos da floresta e às populações indígenas os seguintes direitos: à produção e geração de riquezas nos seus territórios; à saúde, à educação, à segurança, ao bem-estar; à afirmação de seu

artesanato e religião; e à propriedade intelectual da produção. Esses são os direitos que lhes devem ser consolidados, sem, em momento algum, deixarmos de lado sua diversidade, pluralidade e origens distintas.

A água com seus peixes, as florestas com suas aves e riquezas minerais constituem valioso patrimônio que tem sido preservado, principalmente nas terras já demarcadas.

Ao compararmos o mapa do Brasil com o da devastação, percebemos com muita clareza que é nos territórios indígenas que está sendo defendida a proposição de desenvolvimento sustentável, a preservação da vida e da biodiversidade. Enfim, muitos segredos sobre a natureza ainda per-



manecem bem guardados e é bom que assim o seja pelas tantas culturas de pajés, pelos líderes e caciques.

Muitos têm interesse, disso todos sabem, em roubar esses conhecimentos, transformá-los em patentes e tornar esses povos empobrecidos em mais pobres ainda. Os ricos, à custa da riqueza das terras indígenas e do seu trabalho, existem em grande quantidade.

Temos de refletir neste dia 19 de abril de 2004 sobre a urgente demarcação de Raposa Serra do Sol. Hoje, o presidente da República autorizou a demarcação de 3 milhões de hectares no Pará e em outros estados. Essa conquista não se deveu apenas à boa vontade do presidente, mas à luta do povo.


Enquanto avançou e com legitimidade o direito constitucional dos povos indígenas, governantes do passado, na contramão da história, acabaram com os instrumentos de fortalecimento dessa luta institucional. Refiro-me

particularmente à Funai, que hoje tem menos de um terço dos servidores qualificados de 11 anos atrás.

Temos de resgatar a Funai. O papel desse órgão é inquestionável. Neste fim de semana, o presidente Mércio Pereira Gomes, ao lado do Acampamento Terra Livre, defendeu o povo cinto-larga da tentativa de criminalizar a ação de resistência dos povos indígenas e sentiu a dor dos familiares dos que foram assassinados e também dos 5 mil indígenas do povo cinto-larga, que hoje, 30 anos depois, não conseguiu recuperar metade da população que morreu envenenada, assassinada e acometida de doenças levadas pela ocupação branca desregrada e, muitas vezes, como agora, ilegal e abusiva.

Por isso, nosso compromisso, nesses 4 anos, não é apenas de resgatar os 11 anos de atraso constitucional da homologação e demarcação de terras. Queremos resgatar também o bem-estar, a sustentabilidade e a alegria de crianças, jovens, homens e mulheres dessas aldeias, como também daqueles povos indígenas desaldeiados, que têm o direito de sua afirmação.

Companheiras e companheiros, não posso chamá-los de parentes porque não somos, quero dizer-lhes em nome da Frente Parlamentar que hoje é o dia apropriado para homenagearmos a memória daqueles que viveram e tombaram antes de nós, de convocarmos os espíritos dos mártires dessa luta, de celebrarmos a coragem dos sobreviventes, a determinação de tantos jovens que vêm a esta Casa para participar da renovação da esperança, apontada pelas crianças para um futuro de alegria e fartura, tempo originário da luta dos seus povos, determinado antes, agora e depois. Enfim, hoje é dia de festejarmos cada passo adiante, cada mobilização, articulação, vitória, espírito e desejo de ser melhor e cada vez mais feliz.

Parabéns a todos pela determinação. Agradeço-lhes por terem reavivado em nós o compromisso de honrar os direitos dos povos indígenas. 

A íntegra do discurso está em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/22-web-01.html





Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

50 anos contribuindo para a melhoria das condições
de vida e saúde da população brasileira



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

www.ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
sala 310 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ – 21041-210
Tel. (21) 2598-2525 R. 2546
Fax (21) 2290-0484