

RADIS

comunicação em saúde



Nº 27 ♦ Novembro de 2004

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

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

...CORREIOS...



Hanseníase

O Brasil corre contra o tempo
para erradicar doença milenar

Esta página é um espaço aberto à teoria e à prática da Comunicação em Saúde

Campanhas e produção de sentidos

A pesquisadora Inesita Araújo, do Departamento de Comunicação e Saúde do Cict/Fiocruz, atendeu a convite da *Radis* para analisar alguns cartazes de propaganda do Ministério da Saúde. Especialista em semiologia e análise de discurso aplicadas a estratégias institucionais de comunicação, ela recebeu em 2004 menção honrosa no Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, do MS, por sua tese de doutorado, “Mercado simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas”.

Uma regra básica da comunicação, lembra Inesita, é que o público-alvo se identifique com a idéia proposta. Se uma propaganda voltada para as populações mais pobres utiliza modelos nitidamente de classe social mais favorecida não se cria esta identificação. Uma campanha de vacinação chamou a atenção da pesquisadora: no dia tal leve a sua Hortênciã para vacinar. “Vi esse cartaz, de difícil entendimento e nenhuma identificação, na Região Norte: menina lourinha, cabelo escorridinho, bem lá do Sul, uma bola e a referência à Hortênciã do basquete”, descreve Inesita. “Que identificação as pessoas mais pobres têm com essa propaganda?”, pergunta. “Boa parte não sabe quem é a Hortênciã do basquete, e a hortênciã é uma flor que pouquíssimos conhecem, típica das regiões frias do país.”

O MS entrega a propaganda a publicitários, enfatiza Inesita. “Nós sabemos qual é a formação do publicitário: é das escolas de Comunicação, não é programado para trabalhar com a concretude da população, mas com mídia e olhe lá”, diz ela. “Quer dizer, ficam lá em Brasília, que já é uma cidade-ficção, usam o belo — são belas campanhas, cartazes que ganham prêmios —, mas não comunicam”.

Para Inesita, o país tem excelentes publicitários para vender extrato de tomate, para falar com consumidores. “Mas não para falar com cidadãos, com pessoas integrais, que têm uma relação com a saúde muito específica, que têm uma prática de saúde, um contexto regional.”

Mesmo quando se faz um produto para determinado segmento é preciso pesquisar. “Não se fazem grupos focais para definir o perfil do público? Não é uma regra básica da comunicação? Por que a comunicação na saúde não faz isso, pelo menos isso? Que tratasse as pessoas como consumidores, mas conhecesse que consumidor é esse”. Inesita acha que nem

isso é feito: “Só uma ou outra campanha teve bom senso”.

CARTAZES EM ANÁLISE

♦ Pessoas que vieram de extratos mais pobres da população todo mundo valoriza. O cartaz com a Daiane tem provavelmente ressonância bem maior. Digo ‘provavelmente’ porque só se sabe com certeza depois de estudos de recepção. Mas a imagem da Daiane tem legitimidade, como pessoa pobre que deu certo por mérito próprio.

♦ Essas fotos evidentemente são de pessoas muito bem tratadas, que têm outros meios de se proteger, não precisando deste investimento da comunicação pública. O trevo de quatro folhas é um símbolo de sorte. Mas será que é para todo mundo neste imenso



país? E pendurado como uma jóia no meio do peito não remete a coisas eróticas? Uma mulher com o peito à mostra remete a revistas de mulheres sem roupa, e talvez à campanha do câncer de mama — porque há



outra campanha aí, a de câncer de mama, na qual aparece o peito. Então, qual é a associação? A câncer de mama. As campanhas não conversam. Entrega-se isso a uma equipe, aquilo a outra — é como se cada uma fosse independente, quando na verdade elas ocupam o mesmo espaço, que eu chamo de mercado simbólico, como num camelódromo, disputando sentidos. Num posto de saúde, tem-se o cartaz do câncer de mama, o da tuberculose, o da vacina da gripe, e aquilo vai fazer sentido em conjunto, as pessoas começam a tecer na sua compreensão a rede de relações que os responsáveis pela comunicação não se deram ao trabalho de fazer. Poderia haver uma conversa produtiva entre as várias campanhas — é a questão da saúde integral da pessoa. A noção da integralidade pode ser vista aí também; mas não, as campanhas são segmentadas.

♦ Houve um cartaz sobre a Aids com a foto de um par de sapatinhos de bebê, dizendo: “Mãe, proteja seu filho contra a Aids.” Vieram me contar que várias mães estavam achando que se botassem um sapatinho na criança ela estaria protegida. É uma relação muito abstrata. As pessoas trabalham em cima da concretude, quanto mais simples mais concretas na interpretação. Aí a campanha tece uma relação que requer capacidade de abstração muito alta, que só se adquire nos bancos escolares mais avançados. Com a figa a mesma coisa: use patuá, e você estará protegido contra a tuberculose. Usa-se a metáfora da proteção, pela qual um conjunto de procedimentos protegeria contra a doença, mas recorre-se a um objeto concreto, a figa. O que as pessoas vão pensar? “Se eu usar uma figa vou estar protegida da tuberculose”.

♦ Cartaz lindo, mas inócuo, nada diz. As pessoas vão adorar, todo mundo gosta de ver criança sorrindo. Muita gente vai querer roubar do posto para botar de enfeite em casa. “A saúde bucal levada a sério”. Saúde bucal? Sem chance. É conceito nosso, do povo da saúde. Logomarca altamente sofisticada. Quem criou é sofisticado: pegou a referência da bandeira, fez como um sorriso. Eu decodifico, mas eu não preciso. (Marinilda Carvalho)

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 “hesitosas”) da prática dos serviços e dos usos da comunicação, fotos, textos, diagramas.



As formas do cuidado

Do castigo divino em passagens bíblicas à condição de doença perfeitamente curável, a hanseníase carrega a marca do preconceito. Nada mais inadequado, hoje, quando se sabe que não há transmissão durante o tratamento e que a permanência do paciente na família, na escola e no trabalho é essencial. Segundo o Morhan, movimento que há 23 anos luta pela reintegração social de ex-pacientes e pela eliminação da hanseníase no país (com inaceitáveis 42 mil novos casos por ano), o problema e a solução estão na forma de lidar com a doença. Para melhor cuidar, propõe sensibilização e capacitação do atendente ao médico, ampliação das especialidades médicas para tratar a doença, atendimento descentralizado e multidisciplinar e informação à população.

Humanização e integralidade no cuidar da saúde são princípios defendidos há décadas. Passados 15 anos de construção do Sistema Único de Saúde, porém, estes conceitos continuam mais presentes na teoria do que nas ações e nos serviços de saúde, e precisam ser incorporados a políticas setoriais, práticas profissionais e exigências da cidadania, sinalizaram debates sobre esses temas em Brasília e no Rio.

Atenção integral de saúde e proteção social para todos, além da superação das desigualdades econômicas provocadas pelo modelo de globalização em curso, são direitos que os Estados têm que assegurar às populações da América Latina e do Caribe, afirmou a diretora da Organização Pan-Americana de Saúde, Mirta Roses, durante as comemorações dos

50 anos da Ensp/Fiocruz. Ilona Kickbush, assessora da Opas/OMS, foi mais longe: seria necessário construir um sistema de saúde forte e sustentável, transferindo recursos dos países ricos para os países pobres.

A mais recente bandeira do movimento sanitário é a aprovação urgente do Projeto de Lei Complementar 01/2003, que regulamenta a Emenda Constitucional 29 e destina a ações e serviços de saúde no mínimo 10% das receitas brutas da União. A vinculação orçamentária para o cuidado com a saúde, mesmo prevista na Constituição, costuma ser mal vista por secretários e ministros da área financeira, que adoram um caixa único nos orçamentos municipais, estaduais e federal, e detestada pelo FMI, interessado na desvinculação para que os recursos fiquem liberados para o pagamento de juros.

A resistência da área econômica e a possibilidade de adiamento da votação do PLP 01/03 para 2005 estão "rachando" o governo em relação ao tema, analisa Nelson Rodrigues dos Santos, do Ministério da Saúde. Os 234 integrantes da Frente Parlamentar de Saúde querem que o plenário da Câmara vote logo o texto aprovado na Comissão de Seguridade, e contam com o apoio de quatro entidades historicamente comprometidas com a Reforma Sanitária brasileira: Cebes, Abrasco, Rede Unida e Abres, que assinam documento comentado nesta edição e publicado na íntegra no site do Programa RADIS.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Radis

CARTUM



Comunicação em Saúde

- ♦ Campanhas e produção de sentidos 2

Editorial

- ♦ As formas do cuidado 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5

Toques da Redação

- 6

Emenda Constitucional nº 29

- ♦ Na luta pelas verbas da saúde 7



Hanseníase

- ♦ Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível? 8

Entrevista: Rosa Castália

- ♦ "A população precisa conhecer os sintomas" 12



Três debates fundamentais

- ♦ SUS, o desafio da humanização 13
- ♦ Integralidade, a cidadania do cuidado 15
- ♦ O futuro da saúde pública 17

Serviço

- 18

Pós-Tudo

- ♦ O estilo Pilatos de lavar as mãos 19

Capa e ilustrações Aristides Dutra

Agradecimentos ao Departamento de Comunicação e Saúde / CICT / Fiocruz



CARTAS

COBERTURA DO EPI-RECIFE

Olá, amigos da Radis! Quero agradecer por terem enviado o exemplar da revista. E parabenizar pela excelente matéria de cobertura do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que pode transmitir, àqueles que não participaram, tudo o que aconteceu no evento, com destaque merecido aos quadros da exposição "Cem anos de saúde pública". Parabéns.

♦ Márcio Rodrigo Alves, Recife, PE

RADIS NO CARIRI

Prezados amigos da Radis (...), a revista tornou-se para mim uma grande fonte de saber. Gosto muito das coisas ligadas à saúde. (...) No próximo mês estaremos lançando aqui no Cariri uma revista de variedades, e será um prazer divulgar matérias de vocês. Sou locutor da Radio Tempo FM, que tem assinatura.

♦ José Kennedy Bezerra Gonçalves, Juazeiro do Norte, CE

RADIS EM ARAXÁ

Gostaria de parabenizar pela qualidade da revista Radis, informando dados e notícias sobre a saúde pública do país. Sempre leio essas ma-

térias na faculdade de minha cidade.

♦ Patrícia Angélica Alexandre, Araxá, MG

RADIS NO GUARÁ II



Tive contato com a Radis no site da Fiocruz e fiquei muito contente com as informações relevantes de suas matérias. Sou farmacêutico-bioquímico, membro efetivo do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal e trabalho numa farmácia comunitária.

♦ Cláudio Valdivino e Silva, Guará II, DF

LEITORA-MIRIM

Queridos amigos da Radis, é com grande alegria que escrevo esta carta, para parabenizá-los pela publi-

cação desta revista. (...) Tenho 14 anos, e passei para o 1º ano do Ensino Médio. Por morar numa cidade pacata, tenho dificuldade, como muitos outros adolescentes, em obter conhecimento cultural e social. Logo, muitos jovens vão para outros lugares, como Vitória ou Rio de Janeiro. Porém, eu quero ajudar, como aluna, pessoa e cidadã, no crescimento da minha cidade, como voluntário que sou. Ficarei hipercontente em receber uma assinatura desta inteligente publicação.

♦ Amanda Sampaio Prates, Nova Viçosa, Bahia

Amanda, a equipe do Radis agradece seu interesse nos assuntos da saúde pública. Seu pedido está registrado. Assim que possível você terá sua assinatura.

PUBLICAÇÃO CO-IRMÃ

Gostaria de agradecer pela divulgação da revista Saúde e Direitos Humanos, do Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Ensp-Fiocruz, na Radis nº 24, de agosto de 2004. Vários leitores tomaram conhecimento do trabalho através dessa divulgação.

♦ Nair Teles, coordenadora do Nedh/Ensp

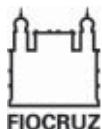
EXEMPLAR DUPLO

Há muito tempo eu e minha esposa recebemos a Radis, e gostamos muito da forma como os conteúdos são abordados. Aproveitamos para parabenizá-los pela boa publicação e para pedir que enviem somente um exemplar, pois recebemos dois.

♦ André Yves Cribb e Sandra Lucia de Souza Pinto Cribb, Rio de Janeiro, RJ

Agradecemos a ambos pelo cuidado. Voltamos a solicitar aos amigos que nos informem em caso de exemplar duplo ou endereço defasado, para que outra pessoa possa receber a revista.

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
 Tiragem 42 mil exemplares
 Assinatura grãtis
 (sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
 Diretor da Ensp Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha

Subcoordenação Justa Helena Franco
 Edição Marinilda Carvalho
 Reportagem Jesuan Xavier (subeditor),
 Katia Machado e Wagner
 Vasconcelos (Brasília/Direb)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e
 Hélio Nogueira

Documentação Jorge Ricardo Pereira
 e Laís Tavares

Secretaria e Administração Onésimo
 Gouvêa e Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho 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/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.

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

LEI DE BIOSSEGURANÇA VOLTA À CÂMARA

Em sessão tumultuada no dia 6 de outubro, o plenário do Senado Federal aprovou o substitutivo da Lei de Biossegurança apresentado pelo senador Ney Suassuna (PMDB-PB) ao projeto aprovado na Câmara dos Deputados. Portanto, a matéria volta à Câmara para reexame. Pelo substitutivo, caberá à Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), composta por 27 especialistas designados pelo ministro da Ciência e Tecnologia, autorizar os transgênicos. O Conselho Nacional de Biossegurança, integrado por 11 ministros, poderá avocar a decisão final sobre liberação. Alimentos com ingredientes transgênicos deverão ter indicação no rótulo.

O substitutivo proíbe a clonagem humana, mas autoriza o uso de células-tronco de embriões obtidos por fertilização *in vitro* para fins de pesquisa e terapia, desde que transcorridos três anos de seu congelamento e com autorização dos doadores.

A Presidência da República anunciara em 28 de setembro que não editaria medida provisória (MP) liberando a soja transgênica, deixando a decisão ao Congresso. A MP era nervosamente aguardada pelos fazendeiros gaúchos, pois outubro é mês de plantio. Como o Senado não deu a decisão final e na Câmara não havia perspectiva de reexame da matéria, o ministro Roberto Rodrigues, da Agricultura, disse no dia 8 que a edição da MP era uma "questão de horas".

As horas se passaram, e também os dias: o governo hesitava entre dois grupos de pressão. Ocorreu então o pior. "A soja transgênica já está sendo plantada no Rio Grande do Sul, segundo informou o presidente da Federação da Agricultura do estado, Carlos Speroto. Ele disse que o ministro da Agricultura incentivou-os a isso", afirmou Miriam Leitão em sua coluna de 14/10, no *Globo*. Speroto, porta-voz dos fazendeiros gaúchos que plantaram a soja transgênica apesar de proibição federal, era o mesmo que em setembro havia considerado "insensatez" deixar o Congresso decidir sobre o assunto. Produtores declaravam à imprensa que pouco se importavam com a liberação, "um problema do governo".

No fim da tarde do dia 14, a MP foi assinada, e publicada no Diário Oficial do

dia 15. Plantio e venda de soja transgênica na safra 2004 estavam autorizados.

Tomaram posição contrária à MP, além de Marina Silva, do Meio Ambiente, os ministros Miguel Rossetto (Reforma Agrária) e Humberto Costa (Saúde), para quem o texto do Senado foi um "retrocesso". Greenpeace, MST, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e mais oito organizações enviaram carta ao presidente se dizendo "chocados" com a intenção do governo de editar a MP. O ambientalista Jean Marc Von Der Weid, em artigo para a Agência Carta Maior, lembrou o que o candidato Lula disse sobre os transgênicos: "Liberar é burrice". "O que se passa no governo para que o presidente (...) faça aquilo que antes chamou de burrice?", perguntou.

A safra 2004-2005 da soja gaúcha será 90% transgênica. O impasse em torno das lavouras de soja transgênica chega ao terceiro ano: as sementes Roundup Ready, da multinacional Monsanto, entraram no RS, via contrabando, vindas da Argentina. Hoje, estão de tal forma disseminadas nas lavouras que criaram sério problema econômico.

ANTIINFLAMATÓRIO É RETIRADO DO MERCADO



Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a vigilância sanitária de estados e municípios brasileiros começaram a fiscalizar em setembro o recolhimento do antiinflamatório Vioxx, do laboratório Merck, nas 55 mil farmácias do país. Também está suspenso o uso de todos os remédios que contenham rofecoxibe, o princípio ativo do Vioxx. O motivo alegado: o próprio fabricante constatou, em estudo de três anos com duas mil pessoas, que o uso contínuo da droga dobra o risco de enfarte e derrame. A empresa decidiu então retirar o Vioxx do mercado mundial.

A pesquisa avaliava a eficácia do medicamento no tratamento de

pólipos no colo retal, que muitas vezes evoluem para câncer. Depois de 18 meses, dos 1.287 pacientes que tomaram Vioxx, 45 apresentaram problemas cardiovasculares. Entre os 1.299 que receberam placebo, 25 tiveram problemas. Houve cinco mortes em cada grupo e, por isso, o laboratório não relaciona os óbitos ao uso da droga. Para a Merck, não há motivo para pânico, pois o risco de uma pessoa apresentar problema cardiovascular é de 0,75%. Com o uso contínuo do Vioxx, o risco aumenta para 1,48%. Além disso, o estudo foi feito numa população de risco, pessoas de 65 a 96 anos.

Mas o diário americano *Wall Street Journal* fez revelações graves em 6/10: o Vioxx pode ter provocado 27 mil ataques cardíacos nos EUA — alguns resultando em mortes. Os dados constam de estudo ainda não divulgado oficialmente pela FDA, a Anvisa americana.

Mais de 300 mil americanos já tinham iniciado processo judicial contra a Merck em 6/10. A Merck do Brasil, que presta esclarecimentos pelo telefone 0800-122232, aconselha os usuários do remédio a procurarem seu médico. A partir do dia 8 de outubro as farmácias passaram a ressarcir os consumidores. O Brasil consumia por mês 500 mil caixas de Vioxx, o terceiro remédio com prescrição médica mais vendido do país. No mundo, eram dois milhões de usuários em 80 países.

MAIS LEITOS PARA PACIENTES COM AÍDS

O Ministério da Saúde vai ampliar entre 500 e 1.000 o número de leitos para pacientes com Aids. A intenção é aproveitar vagas em hospitais universitários e filantrópicos, anunciou o diretor do Programa Nacional de DST/Aids, Pedro Chequer, no 12º Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV, em setembro, no Rio de Janeiro.

Em entrevista publicada na *Tribuna da Imprensa* (13/9/2004), ele explicou que a sobrevida dos pacientes soropositivos cresce a cada ano. "À medida que temos novos pacientes e os antigos estão vivendo mais, é natural que haja necessidade de mais leitos", disse. Estudo mostra que em 1989 a sobrevida média do paciente de Aids era de 5,1 meses. Em 2000, subiu para 60 meses, e deve chegar a 100 meses em 2005.

ÁGUA E SANEAMENTO FORA DA DÍVIDA



O ministro das Cidades, Olívio Dutra, lançou proposta de política internacional no 2º Fórum Urbano Mundial da ONU, que terminou no dia 17 de setembro, depois de cinco dias de debates em Barcelona, na Espanha. Olívio pediu que os empréstimos feitos pelos organismos internacionais e direcionados para investimentos em habitação não sejam considerados na soma da dívida externa dos países pobres e em desenvolvimento, informou a revista online Com Ciência (www.comciencia.br). A proposta mereceu destaque no relatório-base que foi aprovado por unanimidade no encerramento do encontro. As idéias apresentadas estarão no documento final, com as diretrizes para a formulação das prioridades do Programa de Assentamentos Humanos das Nações Unidas (UN-Habit).

Dutra quer soluções para problemas locais que busquem o atendimento das Metas do Milênio, estabelecidas pela ONU em 2000, entre as quais a redução pela metade, até 2015, da população mundial sem acesso a água potável e serviços de saneamento básico e, até 2020, a melhora das condições de pelo menos 100 milhões de pessoas em assentamentos precários. Morrem diariamente cerca de 10 mil pessoas por ingestão de água em más condições. Segundo a OMS, 80% das doenças infecciosas têm esta origem.

Segundo a UN-Habit, na América Latina e no Caribe, 30% da população urbana, ou 120 milhões de pessoas, sofrem com a falta de água potável, e outros 40% não têm saneamento adequado. Na África, 150 milhões de moradores urbanos (ou 50% da população das cidades), não têm abastecimento e 60% carecem de saneamento. Na Ásia, 700 milhões de pessoas (50% dos moradores urbanos) não têm acesso a água e 60% não têm saneamento. ■

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



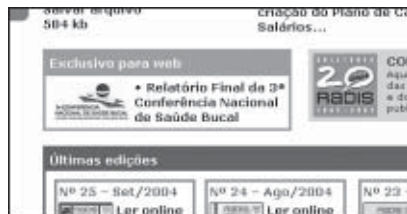
toques da redação

IDÉIAS DO FOME ZERO — O Fome Zero não é só comida. Crianças e adolescentes vítimas da violência familiar na Grande Belém poderão recorrer ao projeto "Nunca Conteí a Ninguém", que já desenvolve a experiência com mulheres, para superar seqüelas físicas, sexuais e psicológicas. Premiada no dia 29 de setembro no programa Petrobras Fome Zero, que selecionou 73 entre 5.884 projetos, a iniciativa vai atender 75 jovens da região metropolitana em 2005. A ministra da Promoção da Igualdade Racial, Matilde Ribeiro, e a secretária especial de Promoção das Mulheres, Nilceia Freire, vão acompanhar o andamento do projeto, com vistas à criação de políticas públicas.

Informações

Movimento de Promoção da Mulher
Rua Ezeriel Mônico de Matos, 158,
Guamá. CEP 66072-220, Belém (PA)
Tel. (91) 229-2953
Fax (91) 259-2411
E-mail moprom@supriadad.com.br

SAÚDE BUCAL, "THE FLASH" — A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em julho, foi uma das mais organizadas, tudo no tempo e na hora (Radis nº 26). Pois seu relatório final já está pronto desde fins de setembro. Você pode conferir no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis), na seção *Exclusivo para Web*. O Radis torce para que a execução das propostas seja tão rápida quanto o povo da Saúde Bucal.



AJUDA AMBIENTAL A PREFEITOS — A Fundação SOS Mata Atlântica (www.sosmatatlantica.org.br) oferece em seu site a Plataforma Ambiental 2004, com informações

que prefeitos e vereadores podem aplicar em suas cidades. O documento aponta diretrizes para uma agenda ambiental local em mais de 3.400 cidades localizadas no bioma Mata Atlântica. O mapeamento da vegetação urbana é hoje instrumento importante na elaboração de políticas públicas ambientais, tanto em pequenas quanto em grandes cidades.

Em setembro de 2005 deverá estar concluído o projeto de mapeamento de cobertura vegetal dos seis biomas brasileiros (Amazônia, Mata Atlântica, Cerrado, Caatinga, Pantanal e Campos Sulinos), com financiamento do Ministério do Meio Ambiente.



COLETÂNEA RADIS NA WEB — Muitas pessoas estão pedindo o CD-ROM *Coletânea Radis 20 Anos*, que reúne nossas antigas publicações (1982-2002). A equipe do Programa Radis agradece o interesse e esclarece que o CD-ROM, um produto institucional, será enviado a bibliotecas e instituições de ensino ligadas à saúde pública.

Todo o conteúdo do CD-ROM, entretanto, está disponível no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis). Lá o pesquisador poderá fazer busca no acervo por palavra-chave e expressões booleanas (instruções detalhadas estão no endereço www.ensp.fiocruz.br/radis/pesq_exemplo.html). ■

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Na luta pelas verbas da saúde

Wagner Vasconcelos

“Precisamos ganhar corações e mentes”. O autor da frase é o médico-sanitarista e diretor de Programas da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, em defesa do Projeto de Lei Complementar 01/2003 (PLP 01/03). Representantes de entidades historicamente ligadas à Reforma Sanitária elaboraram o documento “Reflexões atualizadas sobre a urgência da tramitação do Projeto de Lei Complementar da EC-29”, o qual, além de ressaltar a importância do projeto, revela dados sobre a saúde no Brasil. O projeto, define os recursos a serem destinados a ações e serviços de saúde, tramita no Congresso.

O documento, datado de 31 de agosto e assinado por quatro entidades — Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Rede Unida (Rede de Instituições e Projetos de Ensino-Serviço em Saúde) e Abres (Associação Brasileira de Economia e Saúde) —, foi lançado no momento em que a Frente Parlamentar de Saúde tentava acelerar a tramitação na Câmara (ver box).

Para Nelsão, a agilidade é fundamental, porque há grande possibilidade de adiamento, com o projeto sendo votado apenas em 2005. “A área econômica teve seu campo de influência ampliado, e o governo acaba ficando rachado em relação ao tema”, avalia.

É importante lembrar alguns pontos do PLP 01/03 para que se compreendam as razões pelas quais a área econômica pode torcer o nariz para a proposta: por ele a União terá que destinar a ações e serviços de saúde no mínimo 10% de suas receitas correntes brutas — formadas por todos os tributos (impostos, contribuições e taxas) mais as receitas patrimoniais provenientes dos setores agrícola, industrial e de serviços. O projeto também define ações e serviços de saúde: deixa claro que pagamento de aposentadorias e pensões, serviço da dívida e despesas financiadas pelo Fundo de Combate à Pobreza não fazem parte desse repertório.

Para as entidades, as graves crises da saúde nos anos 90 foram, em parte, fruto do não-cumprimento do

dispositivo constitucional que previa o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social, além dos orçamentos fiscais de União, estados e municípios, “como eixo norteador do financiamento da realização dos princípios e diretrizes”. Se tal dispositivo tivesse sido cumprido, afirma o documento, “só o orçamento federal do SUS seria por volta de R\$ 67 bilhões, maior que a atual dotação das três esferas de governo para o SUS”.

Entre 1995 e 2004, a arrecadação federal (receitas correntes) cresceu de 19,7% para 26,7% do PIB. Enquanto isso, as despesas do Ministério da Saúde decresceram, no mesmo período, de 9,7% para 7,5% das receitas correntes. De 2000 a 2004, conforme o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde, o Siops (<http://siops.datasus.gov.br/>), as despesas públicas com saúde cresceram nominalmente 2,98 vezes nos estados, 2,2 vezes nos municípios e apenas 1,6 na União. Antes da criação do SUS, os orçamentos públicos de estados e municípios não chegavam à metade do orçamento da União para a saúde, e, em 2004, ultrapassaram-no, diz o documento. Para 2005, o orçamento da saúde será de R\$ 39,2 bilhões, dos quais

R\$ 36 bilhões serão destinados a ações e serviços de saúde.

E continua: “Enquanto nas sociedades mais desenvolvidas, de todos os gastos com saúde, no mínimo 70% são de orçamentos públicos, gerando um per-capita anual por volta de US\$ 1.400 públicos, em nosso país, quase 15 anos após a criação do SUS, permanecemos com 45% dos orçamentos públicos nos gastos totais com saúde, gerando um per-capita anual de apenas US\$ 105 públicos”.

O documento conclui dizendo que o PLP 01/03 “não só garante o compromisso da União, expresso em 10% da Receita Corrente Bruta, pouco mais do que a União já chegou em 1995, e muito menos do que o previsto na Constituição Federal de 1988, como também orienta a alocação, a distribuição e o controle dos recursos do SUS, estritamente de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social”.

A íntegra do documento está no endereço da web www.ensp.fiocruz.br/radis/27-web-01.html

Urgência e mobilização

Corrida agora é contra o tempo. Os 234 integrantes da Frente Parlamentar de Saúde (FPS) da Câmara dos Deputados unem forças para que o PL 01/03 tramite em caráter de urgência. Dessa forma, as votações nas comissões de Finanças e Tributação e Constituição e Justiça seriam descartadas, e o projeto iria diretamente ao plenário. O presidente da FPS, deputado Rafael Guerra (PSDB-MG), conversou com a *Radis* sobre o assunto.

O que deve causar mais polêmica ou rejeição por parte do governo em relação ao PLP 01/03?

Provavelmente o item que estipula a vinculação ao PIB ou à receita corrente. Sabemos que uma das imposições do FMI é pela desvinculação de todos os recursos

do Orçamento para que o dinheiro fique liberado para o pagamento de juros. Eu defendo e lutarei por manter a vinculação e defendo também que o setor saúde ainda precisa desta vinculação por um período de, no mínimo, uns 20 anos.

Por que a urgência da tramitação?

É uma tentativa de acelerar o processo parlamentar e garantir a aprovação do projeto ainda neste ano. Com a urgência, o projeto vai direto a plenário e fica mais fácil um acordo para a votação ainda este ano.

Qual a importância desse projeto?

Evitará, por exemplo, que tenhamos, a cada ano, de promover mobilizações e articulações políticas a cada votação do Orçamento da União.

HANSENÍASE

Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?

Contrair a hanseníase não é apenas contrair uma doença que agride os nervos periféricos, contraímos também uma nova identidade que, não raro, é muito pior do que a doença em si. Até porque quando se diz 'fulano é leproso', está-se atribuindo a ele um estado permanente. Não se compara com 'fulano está com hanseníase'.

Francisco Augusto Vieira Nunes, o Bacurau, ex-paciente e ativista do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan)

Katia Machado

Bacurau morreu em 1997. Passou 21 anos internado em três hospitais-colônia – em Rondônia, no Acre e em São Paulo –, e teria muito a contar sobre as marcas físicas e psicológicas da hanseníase e sobre sua luta pela eliminação do enorme preconceito criado em torno da doença desde tempos bíblicos. Afinal, o Antigo Testamento tratou a lepra (nome original da hanseníase) como castigo divino. Seu estigma, doença contagiosa que leva à deformidade.

Mas a hanseníase tem tratamento e cura, o risco de contágio é restrito e as deformidades são evitáveis se a doença for diagnosticada cedo. A erradicação da doença, porém, parece distante, pelo menos em alguns países. O Brasil é um deles. Atualmente ocupa o primeiro lugar em taxa de prevalência (4,52 a cada 10 mil habitantes), à frente da Índia (3,2/10 mil habitantes), e o segundo em números absolutos (79.908 casos em registro ativo).

Se na Índia, cuja população em 2001 era de 1,02 bilhão de habitantes, são detectados 600 mil novos casos por ano, o Brasil, com 178 milhões, registra cerca de 42 mil. Em alguns municípios dos estados do Maranhão e do Pará, os índices são mais altos, chegando a 50 casos para cada 10 mil habitantes, segundo Rosa Castália, coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, do Ministério da Saúde. Uma realidade muito criticada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera aceitável taxa abaixo de um caso para cada 10 mil habitantes.

Hoje há no mundo aproximadamente 500 mil pacientes de hanseníase e 20 milhões de ex-pacientes. Se incluirmos nesse cálculo suas famílias, por conta do preconceito, temos mais de 100 milhões de vítimas.



Representação da hanseníase em mosaico da Catedral de Monreale, Sicília (século 12)

O QUE É A HANSENÍASE

Há uma enorme desinformação em torno da hanseníase, doença que provoca uma grande quantidade de perguntas — a maioria, felizmente, com respostas. Por exemplo, há quem pense, incorretamente, que seja um mal hereditário. Na verdade, a doença é causada por um micróbio (o bacilo de Hansen), transmitido pelas vias respiratórias, que ataca nervos periféricos, pele e mucosa nasal, podendo afetar fígado, testículos e olhos. Para isso, precisa estar em fase avançada e sem tratamento. Com tratamento, muitas lesões são reversíveis. E é preciso atentar para o fato de que nem toda lesão de pele é hanseníase: somente as que causam perda de sensibilidade. Os pacientes normalmente se queixam de dormência em mãos e pés, às vezes em calos de aparência arroxeada (cianótica).

Em termos técnicos, a doença pode ser paucibacilar e multibacilar. A primeira se manifesta em duas formas, a hanseníase indeterminada, com lesões iniciais planas, esbranquiçadas ou avermelhadas e sempre acompanhadas de dormência, e a hanseníase tuberculóide, com manchas avermelhadas, bem delimitadas e dormência. A multibacilar aparece em dois outros tipos: a hanseníase virchowiana (em alusão ao patologista que a identificou, o alemão Rodolf Virchow), na qual as manchas são mal delimitadas, de colorido vermelho-vinoso ou acastanhado, com nódulos e caroços; e a hanseníase diforma, muito semelhante à virchowiana e à tuberculóide.

E o contágio? Apenas a forma multibacilar pode ser transmitida, devido à produção de grande quantidade de bacilos no organismo, e o risco de transmissão cessa assim que iniciado o tratamento. A forma paucibacilar não permite a transmissão porque o organismo produz pequeno número de bacilos, devido à imunidade natural. “Apenas 10% da população adoece. Ou seja, poucos desenvolvem o tipo multibacilar”, informa José Augusto da Costa Nery, dermatologista do Ambulatório Souza-Araújo do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), unidade de saúde que é referência no assunto.

Qualquer que seja a forma de manifestação, a hanseníase tem cura, com medicamentos que matam os bacilos. Sequelas ocorrem quando o tratamento é tardio ou inadequado, mas eventuais deformidades remanescentes não transmitem a infecção: as pessoas curadas que as apresentam precisam apenas aprender a se cuidar para evitar traumatismos e ferimentos. O tratamento é gratuito e dura de seis

a 12 meses. (ver box na página 10).

E como é possível que a hanseníase ainda afete tantas pessoas, e chegue à fase das deformidades, se as manchas na pele são tão visíveis? Será apenas desinformação? Talvez a resposta esteja na desassistência.

PROBLEMA COMEÇA NO GUICHÊ

A doença ainda assusta a sociedade — incluindo os profissionais de saúde. Rita Pereira, assistente social do Ambulatório do IOC, já testemunhou o preconceito. “Lembro de um rapaz que atendemos aqui: comentou o problema com um colega de trabalho e ele passou a revelação à empresa, que o afastou por tempo indeterminado, concedido pelo perito do INSS. Depois disso, não conseguiu mais voltar ao mercado de trabalho”. Casos assim são frequentes. Uma paciente que não consegue mais emprego teve recentemente seu pedido de auxílio do INSS negado. Ao passar pela perícia médica, contou ao Morhan, o médico sequer a tocou, e ainda pediu que não apoiasse a mão na mesa.

Por que continua o preconceito? Artur Custódio, coordenador nacional do Morhan, único movimento no mundo formado por ex-hansenianos, há 23 anos lutando contra a doença e o preconceito no país, acha que o maior problema é a forma de se lidar com a hanseníase. Ele conta que em Nova Iguaçu, no Grande Rio, percebeu-se um nível de abandono do tratamento relativamente alto. “Descobrimos que o problema estava na mulher do guichê, que fazia a primeira recepção: ela organizava as filas conforme a especialidade, e chamava uma delas, em voz alta, de ‘fila das perebas e dos leprosos’. Quem, chamado de leproso, voltaria àquele lugar?”

Mudar esse quadro depende de algumas ações, observa Artur. Entre elas, sensibilização e capacitação de todos os profissionais envolvidos, desde o atendente até o médico; ampliação do quadro de especialidades médicas capazes de tratar a hanseníase; descentralização das ações de saúde; disseminação da informação entre a população.

Como descentralizar o atendimento? Para Artur, é uma decisão de gestão. “Por que eu preciso encaminhar a um dermatologista todos os casos de hanseníase, se tenho outros médicos capacitados para a função?”. A pergunta cabe porque a equipe do Morhan, em campanha na cidade de Carmo, no interior fluminense, perce-

beu que a única dermatologista da região centralizava todo o atendimento, embora dois médicos do Programa Saúde da Família já tivessem feito capacitação em hanseníase. São obrigados, entretanto, a encaminhar os pacientes a essa médica. “Ela é a única profissional local, e, é lógico, as pessoas reclamam da demora no atendimento e na marcação da consulta”.

TAREFA DE TODOS OS MÉDICOS

Muitos outros profissionais deveriam estar cuidando do problema, não apenas o dermatologista. “Pelo menos cinco especialidades estão habilitadas: infectologia, clínica geral, saúde da família, dermatologia, neurologia”, ressalta o coordenador do Morhan. Artur briga ainda pela inclusão na lista do oftalmologista e do ortopedista.

Para José Augusto, este é um dos pontos mais importantes para a eliminação da doença. Ele acredita que todos os médicos deveriam saber o que é e como tratar a hanseníase, não apenas o dermatologista, como obriga a tradição. “Este conteúdo deveria permear os currículos das faculdades em tempo integral”, diz Augusto. Sua colega Anna Maria Sales concorda: “Afinal, se um paciente não tem manchas no corpo, mas desenvolve febre ou algum nódulo, caracterizando a doença, buscará provavelmente um clínico geral”. Ele acredita que as informações sobre a hanseníase deveriam estar no currículo de todas as escolas, e não apenas das universidades. “Crianças e adolescentes são disseminadores de informação”, destaca.

Nesse sentido, uma das ações do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, do Ministério da Saúde, cujo objetivo é acabar com a doença até 2005, visa vincular as ações de diagnóstico e tratamento às atividades de rotina do Programa Saúde da Família.

A proposta do MS é estimular a descentralização das ações de assistência, permitindo que o paciente seja tratado o mais perto possível de seu local de moradia, e reforçar a rede de atendimento, garantindo acesso fácil a unidades e profissionais de saúde e aos remédios. Mas acabar com a doença até 2005 parece ser uma meta difícil de atingir. “Precisamos de ações urgentes, de campanhas contínuas, de melhorar o SUS e capacitar devidamente os profissionais”, preocupa-se Artur Custódio. “Sem isso, estaremos distantes da meta”.

O plano do MS prevê, além das campanhas educativas, a identificação



de novos casos, superando os índices de 2003, quando foram diagnosticados 49.026 casos novos. Como objetivo, foi estabelecida em 2004 a detecção de 51.400 casos. Em 2005, de 53.400 – a chave da erradicação é a detecção precoce. Como informa Rosa Castália, até agosto deste ano, foram descobertos 25 mil novos casos. Desse total, 3 mil crianças. “É muito preocupante não conseguirmos proteger crianças de uma doença incapacitante”, afirma. Para mudar essa realidade, o MS pretende trabalhar em parceria com escolas e instituições que lidam com a infância.

A hanseníase é problema de saúde pública, sobretudo, porque afeta mais os desassistidos. “É uma doença de pobres, e por isso é negligenciada”, resumiu o ministro da Saúde, Humberto Costa, no lançamento da campanha,

em maio. “A partir de agora, como compromisso com as populações mais pobres do país, vamos enfrentar esse problema da hanseníase”, afirmou. Além da detecção precoce, cabe à política de eliminação da hanseníase cuidar das pessoas já curadas (com bacilos mortos no organismo), mas que ainda apresentam quadros reacionais, como febre, mal-estar e dores nos nervos. O atendimento a esses pacientes, segundo Artur Custódio, é tarefa do SUS. Sua eficácia, porém, depende da integralidade das ações.

Os pacientes curados não estão contabilizados nos índices da doença, portanto o governo não faz idéia de quantas pessoas têm reações e seqüelas. Como então planejar adequadamente o cuidado com esse público? Os sintomas não surgem por acaso, mas de um problema específico. “Os profissionais precisam saber

disso, não apenas o especialista em hanseníase”, afirma Artur.

DO ESTIGMA À INFORMAÇÃO

Em 1970, o Brasil extinguiu oficialmente a palavra lepra e a substituiu por hanseníase – homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), que em 1873 descobriu o micróbio causador da infecção. Para os movimentos sociais envolvidos com a causa, essa estratégia foi fundamental na busca do fim do estigma. Em grego, “lepra” significa “escamoso”, e na Antiguidade designava doenças que hoje conhecemos como psoríase, eczema e dermatoses diversas. Mas a palavra acabou associada à idéia de impureza. Essa visão distorcida apareceu em grandes produções cinematográficas, como *Ben-Hur* (1959) e *Papillon* (1973), e está registrada em vários trechos da Bíblia, carregando de preconceito o imaginário social.

Mais respostas sobre detecção, tratamento e cura

Quando suspeitar da hanseníase?

Um caso é suspeito de hanseníase quando uma pessoa apresenta um (ou mais de um) dos seguintes sinais: manchas esbranquiçadas ou róseas, ou mesmo avermelhadas e acobreadas, que tenham alteração na sensibilidade (dormência); qualquer área do corpo com alteração da sensibilidade, principalmente mãos e pés. Em alguns casos pode haver também diminuição da força muscular.

Como tratar a hanseníase?

Qualquer que seja a forma de hanseníase, o tratamento é à base das cartelas de poliquimioterapia (PQT), medicamento que mata os bacilos. Trata-se de um conjunto de comprimidos, administrados ao longo de seis meses (nos casos da hanseníase paucibacilar) e de 12 meses (no caso da multibacilar). Quando começa a tomar os remédios, o paciente poderá notar algumas reações, como urina vermelha e pele mais escura, o que desaparecerá quando o tratamento terminar.

Onde é feito o tratamento?

O tratamento da hanseníase deverá ser feito nos postos e centros de saúde, pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e outras estratégias da Atenção Básica de Saúde da população. Pelo SUS, con-

sulta e tratamento, incluindo remédios, são gratuitos.

Quais os danos físicos que a doença pode causar?

Quando o tratamento é tardio ou inadequado, a pessoa pode ficar com seqüelas (deformidades), mesmo já estando curada da infecção. As manchas podem se tornar maiores e mais dormentes. O nariz entope, há formigamento nas mãos e nos pés, ou inchaços em mãos, pés, rosto e orelhas. Em alguns casos, os homens podem ficar estéreis. Devido à dormência ou perda da sensibilidade, a pessoa pode se ferir nas extremidades. Pode ser necessária atenção especial aos problemas nos olhos. Algumas deformidades, como as cianoses, quando devidamente cuidadas, são reversíveis.

Os agravos físicos podem ser evitados?

Sim. Evitar deformidades ou seqüelas maiores depende de diagnóstico precoce e tratamento adequado. No tratamento é necessária a orientação de profissionais competentes.

Há necessidade de separar o paciente de sua família?

Não. A pessoa que está fazendo o tratamento de hanseníase pode

e deve ficar em casa com a família, na escola, sem separação ou rejeição. Todo paciente de hanseníase, mesmo o que sofre de formas contagiantes, deixa de transmitir os bacilos assim que inicia o tratamento. Por isso, o tratamento é feito em ambulatório: o paciente deve continuar a realizar suas atividades normalmente.

É necessário afastar o paciente em tratamento do seu trabalho?

Não. Todos os pacientes que fazem tratamento regular devem continuar trabalhando normalmente. A legislação sanitária afirma que é dever do profissional da saúde “garantir a manutenção dos doentes no trabalho, independentemente da forma clínica observada”.

Quais os direitos e deveres do paciente?

Os pacientes de hanseníase têm todos os direitos assegurados como qualquer cidadão. Há duas portarias ministeriais em especial: Portaria nº 724/eM, de 6/7/1993, que instituiu o Comitê Técnico-Assessor de Dermatologia Sanitária, do qual o Morhan é integrante; Portaria nº 8141CM, de 22/7/93, que regulamentou o tratamento da hanseníase no país (D.O. 4/8/93).

(Fonte: Morhan)



FOTOS: MORHAN

O Morhan atua em mais de 100 comunidades, com voluntários anônimos e artistas — Ney Matogrosso (na foto), Ney Latorraca, Elke Maravilha, entre outros — mobilizados na eliminação da hanseníase e no combate ao preconceito

Na opinião de Artur, é impossível reescrever a Bíblia ou refazer os filmes que construíram essa imagem, mas é possível educar a sociedade sobre as características reais da hanseníase: uma doença infecciosa curável, que pode ser detectada por manchas na pele e pela perda de sensibilidade local. “Não adianta dizer que a hanseníase é a antiga lepra, pois estaríamos transferindo todo o velho preconceito para o novo termo”, analisa. Artur acredita que mudar esse quadro depende de muita informação e de campanhas contínuas voltadas para os diferentes grupos sociais.

Para a assistente social Rita Peireira, dissociar totalmente a lepra da hanseníase não seria talvez o caminho mais acertado, pois não há como apagar o passado. “A mudança precisa aparecer na forma de encararmos a doença”, diz ela. A enfermeira Nádia Duppré concorda. É urgente capacitar os profissionais para que orientem devidamente o doente e todos a sua volta. Por isso, uma das iniciativas do ambulatório é trabalhar com as famílias não apenas no controle da doença, mas também na informação: a maioria desconhece as características da hanseníase.

A CIÊNCIA DERRUBA O ISOLAMENTO

Os primeiros registros de doenças com características da hanseníase datam de 600 a.C., na Ásia (especialmente na Índia) e na África. No Brasil, os primeiros casos foram notificados no ano de 1600 na cidade do Rio de Janeiro. Outros focos da doença surgiram na Bahia e no Pará. De acor-

do com Flávio Maurano, no documento “Tratado de leprologia — História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica”, publicado em 1944 pelo antigo Serviço Nacional de Lepra, a doença teria sido trazida pelos portugueses, nas migrações para as antigas colônias do Rio de Janeiro, de Salvador e do Recife. As primeiras iniciativas de cuidado do governo colonial foram tomadas dois séculos depois, com a regulamentação do combate à doença, por ordem de D. João V. Na época, foram construídos leprosários onde os doentes eram isolados e tratados precariamente. O primeiro “Lazareto” surgiu no Rio.

Até os anos 1940, o isolamento era prática mundial, associada à administração, por injeção ou via oral, do óleo de chaulmoogra, medicamento fitoterápico natural da Índia. Mas já se questionava a necessidade do isolamento do doente. No Brasil, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, foi adotado um novo tipo de controle da doença, o chamado “modelo tripé”, fundamentado em três bases: o leprosário, o dispensário e o preventório. Ou seja, o infectado deveria ser tratado no leprosário, o comunicante (aquele com indicativos de manifestação da doença) no dispensário e os filhos dos infectados, no preventório.

A exclusão do “leproso” de seu convívio social só passou a ser questionada de verdade no fim dos anos 1940, com o avanço dos medicamentos quimioterápicos e a descoberta

pelos pesquisadores, em estudos quantitativos e de laboratório, de que o isolamento não detinha a doença nem reduzia o número de casos.

Nesse contexto, destacou-se o Laboratório de Leprologia da Fundação Oswaldo Cruz, criado em 1927 por iniciativa do leprologista brasileiro Heráclides César de Souza-Araújo, cujo nome batizou o ambulatório do IOC. O objetivo do pesquisador da Fiocruz era cultivar o bacilo, encontrar a cura para os doentes e um novo método de tratamento.

A ineficácia do isolamento foi reforçada no 7º Congresso Internacional de Lepra, realizado em 1958, em Tóquio. Estabeleceu-se que a forma de transmissão não era hereditária e que a cura era possível com antibióticos e sulfas. Portanto, os leprosários não eram mais recomendados.

O Brasil aboliu a prática do isolamento quatro anos depois, pelo Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962 (ainda que alguns estados, como São Paulo, descumprissem a lei). O marco definitivo veio em 1970, quando a OMS recomendou ao Brasil o emprego da poliquimioterapia (PQT). A partir daí, os movimentos sociais passaram a se articular para minimizar o preconceito e o estigma da palavra “lepra”.

A luta teve resultados imediatos: no mesmo ano a doença passou a ser chamada oficialmente de hanseníase. Mudado o nome e eliminado o isolamento, o que fazer com as pessoas que passaram anos internadas? Tal debate permeou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A conferência recomendou a transformação de alguns leprosários em hospitais gerais, como ocorreu com o Hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro, e em centros de pesquisa, caso do Sanatório Aymorés, de Bauru (SP), que hoje é o Instituto Lauro de Souza Lima. Mas ainda existem no Brasil 33 hospitais-colônia remanescentes da política de isolamento, onde vivem ex-pacientes e suas famílias. A maior atenção a essas unidades

é uma das metas da Coordenação de Hanseníase do Ministério da Saúde. ■



Mais informações

Telehansen — 0800-262001

Guia para Eliminação da Hanseníase, disponível no site do Morhan: www.morhan.org.br

ENTREVISTA

Rosa Castália

"A população precisa conhecer os sintomas"

Creio que a eliminação da hanseníase e do preconceito existente depende da capacidade de o sistema de saúde tratar e curar o cidadão, de o profissional de saúde acolher adequadamente aquele cidadão que, em caráter transitório, é portador da doença". Rosa Castália, médica-sanitarista e atual coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), chama a atenção, nesta entrevista dada por e-mail, para o desafio que representa a eliminação da doença até 2005, meta estabelecida pelo governo no início deste ano.

Por que o Brasil é único país a usar a palavra hanseníase, e não lepra?

Em 29 de março de 1995, a Lei nº 9.010, que dispõe sobre a terminologia oficial relativa à doença, veta o uso da palavra lepra e seus derivados. Esta lei substitui uma portaria anterior de teor semelhante e é fruto de reivindicação do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), um dos principais movimentos sociais inseridos nesta causa.

Alterado o nome, o preconceito continua. Como mudar essa situação?

Creio que a eliminação do preconceito está mais vinculada ao conhecimento do processo de adoecimento e cura, na capacidade de o sistema de saúde tratar e curar o cidadão, na capacidade e determinação do profissional de saúde acolher adequadamente aquele cidadão que, em caráter transitório, é portador da doença. Um fator que contribui muito para o surgimento do preconceito é a deformidade física, a seqüela decorrente de um diagnóstico tardio ou de um acompanhamento pouco apropriado. Assim, o diagnóstico precoce e a disponibilidade de atenção ao alcance do paciente, próximo de onde ele vive e trabalha, também se tornam ações fundamentais para a eliminação desse preconceito.

Somos hoje a segunda maior taxa em número absoluto de casos de hanseníase. Por que números tão altos?

O Brasil ocupa hoje o primeiro lugar em taxa de prevalência, ou seja, em número de casos registrados em cada grupo de 10 mil habitantes (4,52 casos/10.000 hab), e o segundo lugar em número absoluto de casos (79.908 casos em registro ativo). Os estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste detêm o maior número de doentes. Essa realidade ficou clara entre 1994 e 2003, quando as taxas de prevalência mantiveram-se em torno de 4 casos por 10.000 habitantes e as taxas de detecção de casos novos em torno de 2,7 casos por 10.000 habitantes ao ano. Essas altas taxas podem estar sendo mantidas por diversos fatores. Entre eles: altíssima prevalência em alguns municípios brasileiros; registros desatualizados, ou seja, pacientes que já estão em tratamento e curados sendo mantidos nos registros ativos; centralização histórica dos serviços de diagnóstico e tratamento ainda presente em alguns lugares; e falta de prioridade política.

Como atingir a meta de eliminar a doença até 2005?

Em 2004, o governo federal estabeleceu como prioridade de gestão a eliminação da hanseníase. Nesse sentido, foi lançado o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, que vem recebendo reforços de pessoal especializado. Já foram contratados pelo Ministério da Saúde 25 consultores para apoiar tecnicamente as coordenações estaduais do programa e outras 10 já estão em processo de contratação. No dia 21 de outubro, o ministro da Saúde lançou um instrumento técnico-político: as "Cartas de Eliminação da Hanseníase", documento direcionado ao gestor estadual, com informações essenciais para a eliminação da doença. Quanto à possibilidade de eliminar a hanseníase até 2005, estamos realmente atrasados neste processo. Dos mais de 120 países que assumiram o compromisso de eliminá-la no início dos anos 90, ape-



nas seis, entre os quais o Brasil, ainda não o fizeram. Nossa proposta é que até 2005 possamos eliminar a doença pelo menos em estados mais populosos, atingindo taxas de menos de um caso por 10.000 habitantes, e de 2006 a 2010, atingirmos tal meta em todos os municípios.

Muitas pessoas sequer sabem o que é a hanseníase. Como superar essa questão?

Informação é realmente crucial para qualquer proposta de eliminação, controle ou erradicação de uma doença. Em maio deste ano, o Ministério da Saúde lançou uma campanha em TV, rádio e outdoors. Estamos conscientes de que não é suficiente. A informação neste caso, num país muito endêmico, tem que ser continuada e difundida em diversos espaços, para públicos distintos, utilizando diferentes linguagens. A população precisa saber dos sinais e dos sintomas e para onde se dirigir para diagnóstico e tratamento, e o profissional de saúde, devidamente informado. Escolas, universidade e movimentos populares ainda são espaços importantes, mas carentes de informação sobre a doença. (K. M.)

TRÊS DEBATES FUNDAMENTAIS

O SUS existe há 15 anos, mas o atendimento humanizado e integral do cidadão permanece um desafio. Foi este o centro das atenções de dois debates recentes, o Seminário Nacional HumanizaSUS, em Brasília, e o Seminário Nacional do Projeto Integralidade, no Rio. Para a maioria dos países da América Latina e do Caribe, um sistema como o SUS é sonho distante. Em seminário na Ensp, a diretora da Opas/Oms, Mirta Roses, conclamou governos e sociedade a buscarem a justiça social pela promoção da saúde e a proteção da vida.

SUS, o desafio da humanização

Wagner Vasconcelos

*João sempre reclamou
Da fila do atendimento
Sempre que precisou
Sentia um ressentimento
De nunca ser recebido
Conforme o merecimento.*

Foi assim, recorrendo em parte à literatura de cordel, que governo, representantes dos trabalhadores, prestadores de serviços e usuários debateram, de 20 a 22 de setembro, ações para melhorar o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Batizado de Seminário Nacional HumanizaSUS, o evento, realizado na Academia de Tênis, em Brasília, foi inovador no formato e ousado nos objetivos. Afinal, as metas da Política Nacional de Humanização (PNH) são ambiciosas e visam consolidar quatro marcas: redução de filas com acolhimento e resolução; responsabilização no cuidado com referência territorial; garantia do direito do usuário à informação e ao acompanhamento, e gestão participativa dos trabalhadores e usuários nos serviços.



O folheto do cordel, de Lincoln Macário Maia, foi distribuído aos participantes do seminário

O evento também serviu de palco para a exibição de iniciativas bem-sucedidas no atendimento de saúde

à população. Eram trabalhos que mostravam "o SUS que dá certo", como o Rádio Saúde, projeto do município de Cabo de Santo Agostinho (PE). Lá, o Centro de Saúde Doutor Manoel Gomes, unidade de atenção básica, tenta dar mais conforto ao usuário de uma forma simples, mas eficaz: com música ambiente. Não é só isso. Enquanto aguardam atendimento, os usuários são incentivados a participar de atividades físicas e educativas no auditório da unidade: há até mesmo uma oficina para produção de brinquedos e objetos decorativos com garrafas *pet*.

De acordo com a gerente de Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cabo de Santo Agostinho, Janaína Gabriel Gomes, essa é uma forma de melhorar a acolhida e tornar o ambiente mais agradável. O projeto ainda prevê circuito interno de rádio

(a Estação Cidadania) que, além de música, vai divulgar informações sobre saúde.

Criado em 2003, com a intenção de mapear experiências bem-sucedidas na área da saúde pública, o Prêmio David Capistrano contou com 671 inscrições — as 16 iniciativas selecionadas receberam R\$ 50 mil do Ministério da Saúde para investir em ações de humanização.

*Mas João nunca fez nada
Só sabia reclamar
Não sabia que ele mesmo
Poderia ajudar
Tinha vários elementos
Pra situação mudar.*

Como mostram os versos do cordel "O dia em que o SUS visitou o cidadão", distribuído aos 1.000 participantes do evento, o Seminário HumanizaSUS optou por uma novidade chamada "Café HumanizaSUS". Num dos espaços da Academia de Tênis, com vista para o Lago Paranoá, uma espécie de "sala de visitas" foi montada. Nela, distribuídos por cinco poltronas, alguns convidados do seminário debatiam, entre goles de café, temas variados sobre humanização. Os demais participantes, espalhados por mesinhas ou mesmo sentados no chão, ao redor dessa pequena "sala de visitas", podiam intervir na conversa e mudar os rumos das discussões.

Num desses cafés, no dia 21 de setembro, a coordenadora da Política Nacional de Humanização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Regina Benevides, fez as ve-

zes de apresentadora de *talk-show* e comandou descontraída conversa com Valcler Fernandes, secretário de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva, Dário Pasche, coordenador-geral de Apoio à Implementação das Políticas de Saúde da Secretaria Executiva, Aloysio Guapindaia, gerente de Articulação Nacional da Secretaria de Articulação Institucional do Ministério da Cultura (Minc), e José Ivo Pedrosa, coordenador-geral das Ações Populares em Educação em Saúde.

Regina "provocou" os convidados para que falassem, inicialmente, sobre o que chamou de "capilaridade" da política de humanização, ou seja, sobre como estender as ações de modo a incluir todos os atores envolvidos. A partir daí, os convidados se sentiram à vontade para falar. José Ivo perguntou: "Por que fazemos tudo isso?", "por que fazemos políticas de saúde?", "por que lutamos pelo SUS?". Ele mesmo respondeu: "Para atender às necessidades da população". O primeiro passo para a capilarização das políticas de saúde é "colocar o sujeito na roda", ou seja, perguntar como a pessoa deseja viver. "Será que planejamos as políticas de saúde baseados no que as pessoas realmente querem?".

Valcler afirmou ser necessário mudar a lógica de planejamento. "Precisamos recuperar nossa capacidade de escuta e de comunicação", disse, "e diferentes visões precisam ser incorporadas ao planejamento em saúde".

Dário disse que o SUS é um patrimônio para a América Latina: na maioria dos países, um sistema como esse ainda é sonho. O desafio agora, segundo ele, é qualificar as políticas públicas e transformar as necessida-

des em serviços. O Brasil, lembrou Dário, avançou muito na descentralização devido à grande procura por parte dos municípios. Mas ele diz que este é o momento de avançar e de elaborar ações mais integradas entre as três esferas de governo. Sem o compromisso do gestor, ou, em suas palavras, "sem o compromisso da vergonha na cara", não haverá capacidade de acolher as diferenças regionais existentes num país tão grande quanto o Brasil.

Aloysio Guapindaia, do Minc, também falou sobre a importância de se observarem as diferentes necessidades da população, realçando que a dimensão cultural está presente em toda essa discussão. Para ele, toda política social lida com ser humano. "Mas as políticas sociais de saúde lidam com o ser humano fragilizado", atestou.

"Quando uma pessoa procura um hospital, ela está mais doente do espírito do que do físico, porque está fragilizada; se o profissional de saúde não o entende como um ser diferente, não consegue tratá-lo de forma integral, eficiente", observou. Nesses casos, o paciente pode até se sentir curado, mas não se sentirá bem-atendido.

*Um dia, em profundo sono
O SUS lhe apareceu
Foi logo se apresentando
E explicações lhe deu:
Que o SUS não é do governo
Que o SUS também era seu.*

Na tarde da quarta-feira, 22 de setembro, o anfiteatro da Academia de Tênis, principal auditório do

Aos mestres com carinho

O encerramento do seminário reservou momentos de emoção. O secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner, foi homenageado com a entrega do Prêmio Opas (Organização Pan-Americana de Saúde) em administração no Campo da Saúde.

Na presença do ministro da Saúde, Humberto Costa, o representante da Opas no Brasil, Horário Toro, disse, esforçando-se em seu portunhol, que os brasileiros devem se sentir orgulhosos porque o prêmio a Gastão Wagner representa a

democracia no sistema de saúde. O ministro afirmou que a figura de seu secretário-executivo é fundamental para as diretrizes da saúde, e o prêmio, "um ato de justiça a trajetória que aprendemos a admirar". E mandou um recado a Gastão, que destacou como parte da geração que liderou o movimento da reforma sanitária: "Continue ousando".

Aplaudido de pé, Gastão, bem-humorado como sempre, disse: "O reconhecimento é importante. E eu gostei de ganhar!". Depois, ar sério,

disse que compartilha o prêmio com os parceiros de sua carreira na área de saúde. A partir daí, os olhos já estavam cheios de lágrimas e ele precisou interromper o discurso para controlar a emoção e o choro. Foi novamente aplaudido de pé. "Agradeço àqueles que considero meus mestres: Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos), Mário Testa e David Capistrano, a toda a equipe do movimento sanitário e às cidades de Campinas, Belo Horizonte, Betim, que tiveram a ousadia de experimentar".

complexo, ficou cheio para a mesa-redonda "Humanização hoje: desafios e propostas", coordenada por Regina Benevides. Ela expôs alguns dados de um primeiro levantamento das ações desencadeadas pela Política Nacional de Humanização: ao todo, 869 em 2004. Entre as atividades-fim, ações de comunicação, formação e capacitação, apoio institucional e interface entre as áreas do Ministério da Saúde. Das atividades-meio, destacou: planejamento e avaliação e pesquisa. Ela ainda falou sobre a preocupação com o baixo potencial de capilaridade dessas ações nas regiões Norte e Centro-Oeste, ao mesmo tempo em que há forte concentração delas nas regiões Sul, Sudeste e, em menor escala, Nordeste.

Depois dela, Ricardo Burg Ceccin, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, defendeu um sistema de saúde mais afetivo. Luiz Carlos Bueno de Lima, secretário de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos, destacou que o sistema funciona como instrumento de difusão da cultura da saúde. Para o secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, "não há política mais universal para o SUS do que a Política Nacional de Humanização". E o grande desafio é enfrentar o modelo de desenvolvimento da sociedade que faz com que as pessoas se isolem cada vez mais. "Não podemos perder a capacidade de nos indignar com a situação do nosso semelhante".

***Pra findar essa conversa
Agora preste atenção
Todas essas mudanças
E as outras que virão
Têm um nome bem bonito:
É a humanização.***

Washington Luiz Silva Couto, diretor de Programas da Secretaria de Atenção à Saúde, reforçou a importância de se acabar com o atendimento que trata a pessoa de forma compartilhada. "É preciso ver a pessoa como um todo", disse, ao que complementou o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa da Silva Júnior: "Em saúde pública, o fator humano é que faz a grande diferença", concluindo seu raciocínio sobre o envolvimento do profissional de saúde com recursos técnicos. ■

Integralidade, a cidadania do cuidado



FOTOS: GUILHERME KENJI

Da esquerda para direita: Fátima Oliveira, Roseni Pinheiro, Humberto Jacques e Jorge Solla

Katia Machado

Compreender, ampliar e compartilhar o debate sobre o conceito da integralidade e do cuidado nas práticas de saúde. Essa foi a proposta da quarta edição do Seminário Nacional do Projeto "Integralidade: saberes e práticas nas instituições de saúde", realizada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Mas o que é "integralidade"? pode perguntar o novato em saúde pública. "É a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos", determina a Lei Orgânica 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito, entretanto, vai além da letra da lei, entende a sanitarista Roseni Pinheiro que, com o médico Ruben Araújo Mattos, diretor do IMS/Uerj, coordena o projeto no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis). "Partimos do pressuposto de que a integralidade é um termo polissêmico,

com diferentes sentidos e usos", disse Roseni no seminário, o que torna a definição legal insuficiente. Afinal, pela perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. "Esses sentidos se aproximam da idéia de integralidade que nós defendemos: um termo plural, ético e democrático", acrescentou.

Lado a lado com a integralidade segue o conceito de cuidado, nas várias vozes e práticas em saúde. "O cuidado é a potência da integralidade, a categoria-chave para abrir novos diá-

logos do campo de conhecimentos, saberes e práticas de saúde, possibilitando a materialização de uma política em defesa da vida", escreveu Roseni e Ruben na apresentação

do livro *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*, cujo título foi também dado ao evento.

Justifica-se portanto a reserva de um espaço para a discussão da integralidade, um dos princípios do SUS, assim como a universalidade e

**Integralidade é um
termo plural, ético
e democrático**

ROSENI PINHEIRO

a eqüidade. “Olhando a trajetória do SUS, encontramos algumas diferenças no que diz respeito aos princípios e às diretrizes”, disse Ruben em sua palestra. Para ele, avançamos muito na descentralização; criamos instâncias de participação popular, que podem não funcionar exatamente como alguns sonhavam, mas melhoraram muito; ampliamos o acesso, que ainda não é universal e igualitário, mas está muito mais perto disso do que em 1988, quando o SUS foi idealizado. “Já em relação à integralidade, é mais difícil medir e apresentar mudanças”, avaliou.

A integralidade ganha assim importância maior principalmente porque não se tornou tão concreta na vida da população brasileira, não avançou como deveria, na opinião de Ruben. “É o desafio que continua se apresentando a nós na caminhada da construção do SUS”.

O seminário, que reuniu mais de 800 pessoas, das quais 20% de fora do Estado do Rio, destacando-se Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo e Rio Grande do Sul, dividiu-se nas seguintes abordagens do tema “Cuidado, as fronteiras da integralidade”: “A cidadania do cuidado”, “Corpo, terapêuticas populares e redes de apoio social”, “Saberes, instituições e a integralidade em saúde”, “Educação permanente e a integralidade em saúde”, “Informação e comunicação em saúde” e “Gestão do cuidado”.

Para o palestrante Ricardo Ceccim, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde, o conceito de integralidade ajuda, sobretudo, a pensar a formação profissional. “Isso porque é por meio dele que dizemos que a formação dos profissionais não deve ser só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação”, argumentou, “já que a atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações”. Para ele, a mudança na graduação deve envolver também domínio técnico, compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida. “Eu costumo dizer que, mais do que doenças, o que nós temos são adoecimentos, e a gente não adoce de forma igual, mesmo da mesma doença”, disse ele, que



destacou a parceria do Deges com o Lappis na construção da nova política de formação e desenvolvimento de profissionais para o SUS.

No debate sobre a cidadania do cuidado, Humberto Jacques, procurador regional da República, descreveu a integralidade como grande aliada do direito, “pois é o princípio que aponta a idéia de limite do possível, que marca a relação entre o que se tem, o que se quer e o que a legislação permite ou exige”. Segundo ele, a integralidade permite, sobretudo, falar de inclusão. Humberto citou um exemplo. “Quando quero qualificar um grande navio, tenho que conferir os cômodos mais baixos dessa embarcação: se eles têm qualidade, o restante das acomodações certamente será melhor”, disse. “Assim é o SUS: se os serviços mais simples mantêm o vínculo com o paciente, qualidade no atendimento, entre outras coisas, certamente todos os outros serviços terão a mesma qualidade”.

Com o mesmo pensamento, Fátima Oliveira, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde, afirmou que a integralidade significa cuidar de pessoas com dignidade, desde o atendimento telefônico. “É colocar todos os serviços e ações numa sacola e cuidar de todas elas da mesma forma”, disse. Na opinião de Fátima, o que hoje se faz ainda é muito pouco – não se tem ca-

pacidade instalada nem trabalho suficiente que dê conta da integralidade. “Um exemplo disso são os postos de saúde: é preciso um terceiro turno de trabalho, não dá para um posto funcionar de 8h às 17h, e o resultado é uma demanda reprimida”.

Como exemplo de integralidade, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Jorge Solla, destacou a estratégia Saúde da Família como caminho para uma atenção à saúde mais integral e para atender a necessidade de acesso facilitado tanto aos serviços básicos de saúde quanto aos de média e alta complexidade. Por isso, “o ministério tem se preocupado em

desfragmentar a assistência”. Para Jorge Solla, a integralidade na saúde supõe que se leve em conta a referencial populacional – ou seja, demandas e necessidades locais – não apenas nos

serviços básicos, como também na assistência especializada e nos serviços de alta complexidade.

“Queremos acabar com situações como a dos doentes renais que, muitas vezes, não conseguem, por exemplo, receber um tratamento de hemodiálise e nefrologia no mesmo lugar”, lembrou. “Proporcionar esses serviços num só espaço é fazer integralidade no SUS”. □

Mais informações

Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
site www.lappis.org.br



É o desafio que continua se apresentando a nós na caminhada da construção do SUS

RUBEN ARAÚJO MATTOS

O RADIS ADVERTE

A higiene é a principal forma de combater as moscas. Insetos associados ao acúmulo de lixo, as moscas podem transmitir 64 espécies de vírus, 29 espécies de fungos, 112 espécies de bactérias, 60 espécies de protozoários e 50 espécies de helmintos (vermes), além de causarem miíases (bicheiras). (Ver estudo em www.fiocruz.br/ccs/novidades/out04/mosca_adr.htm)



O futuro da saúde pública



FOTO: OPAS/OMS

Mirta Roses: proteção social, promoção e atenção primária à saúde são prioridades

Como estará a Saúde Pública nos próximos anos? O estado de saúde sobretudo dos países latino-americanos e do Caribe é preocupante, destacou Mirta Roses, diretora da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), no seminário comemorativo dos 50 anos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), em setembro de 2004. Afinal, "230 milhões de habitantes da América Latina e do Caribe (46%) não contam com seguro-saúde; 125 milhões (27%) carecem de acesso permanente aos serviços básicos de saúde; 17% dos nascimentos não têm assistência de pessoal qualificado; 82 milhões de crianças não completam um programa de vacinação; 152 milhões de pessoas carecem de acesso a água potável ou saneamento básico; 120 milhões estão sem acesso à saúde por razões econômicas; e 107 milhões sem acesso à saúde por razões geográficas", informou Mirta.

Como ressaltou Ilona Kickbush, assessora da Opas na área de metas de saúde para o desenvolvimento do milênio, a discrepância entre os países ricos e os pobres é grande, o que permite destacar a necessidade de ações urgentes para a melhoria da saúde onde ela é mais necessária. "Em mortalidade infantil, o Canadá tem taxa de 5,1%, enquanto a do Haiti é de 97%; já a mortalidade materna é 35 vezes mais alta na América Latina e no Caribe se comparada à América do Norte", disse Ilona.

Esse quadro, de acordo com Mirta, é consequência do processo de globalização dos últimos anos, respon-

sável pelo aumento da pobreza e pelo desenvolvimento econômico desigual. "A globalização não tem portas. Por isso, temos que criar novas condutas para esse mundo sem portas, um pacto de superação das desigualdades", conclamou a diretora da Opas.

Entendendo que as más condições de saúde de algumas populações são reflexos da desigualdade social, enfrentar os problemas da saúde pública, para Ilona, exige também uma redistribuição das riquezas. "Estamos no meio de uma revolução sanitária, entendendo que saúde é um recurso para a sociedade e seus indivíduos, e não apenas uma luta

Temos que criar novas condutas para esse mundo sem portas, um pacto de superação das desigualdades

MIRTA ROSES

contra doenças infecciosas", afirmou a assessora. Seria necessário construir um sistema de saúde forte e sustentável, transferindo recursos dos países ricos para os países pobres.

Para Mirta, os sistemas de saúde devem ter a capacidade de garantir a todos os seus cidadãos proteção social em saúde e serviços de qualidade; de contribuir para eliminar as desigualdades no acesso; de proporcionar aos grupos sociais excluídos oportunidade para receber atenção integral; de satisfazer as necessidades e demandas de saúde da população; e de eliminar a capacidade de

pagamento como fator restritivo.

Afinal, disse Mirta, "o futuro da saúde pública deve ser interpretado como produto social, função do Estado e ação multidisciplinar". O primeiro é um conjunto de ações sociais, culturais, políticas e econômicas que organiza formas de vida e saúde, que geram riscos e identificam fatores de proteção. Como função do Estado, normas e recursos que mobilizam a sociedade, sob a direção do governo, para preservar a saúde e prolongar a vida. Como multidisciplinar, o campo do conhecimento que busca respostas científica e tecnológica sobre a saúde pública, ou seja, que se aproxime da saúde coletiva.

A SAÚDE DO NOVO MILÊNIO

Para o novo milênio, segundo Mirta Roses, a saúde pública precisa de governantes que tenham como princípio a atenção primária à saúde; a promoção da saúde; a proteção social em saúde e a saúde como um direito humano. "Estas são as concepções fundamentais para que a saúde pública seja tratada como um bem único e primordial para toda e qualquer população".

Segundo Ilona, algumas ações são fundamentais na construção de uma saúde global para o futuro: "Saúde como um bem público global, como forma de segurança de todos, como a chave para novos tipos de governança no âmbito global; que programas privados e setoriais passem a ter mais responsabilidade com a saúde (a exemplo do Programa Fome Zero no Brasil, que está mobilizando diversas instituições particulares), e que saúde

pública seja entendida como componente de direito e cidadania humana".

É por isso que, esclareceu Mirta, a visão da Opas para a saúde nas Américas se baseia em três pontos: um continente unido para alcançar o mais alto grau possível de saúde para todos os seus habitantes, governos líderes e responsáveis convocando a sociedade para melhorar a saúde da população, indivíduos, famílias e sociedade civil buscando a justiça social mediante a promoção da saúde e a proteção da vida. Daí o lema da organização, a união de todos numa só equipe trabalhando pelo bem da saúde nas Américas. (K. M.) ■

SERVIÇO

EVENTOS

2º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Promovido pela Funasa, a segunda edição do evento apresenta o tema "Inovações tecnológicas em saneamento ambiental".

Data 1º a 3 de dezembro

Local Goiânia/GO

Mais informações

Tel (61) 3146278; (61) 3146380; (61) 3146544

Fax (61) 3146518

E-mail densp.seminario@funasa.gov.br

Site www.funasa.gov.br

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL 2005

As inscrições para o FSM 2005, que se realizará em Porto Alegre (RS), entre os dias 26 e 31 de janeiro de 2005, já estão abertas para organizações e indivíduos. O Fórum Social Mundial de 2005 será construído sob uma nova perspectiva e metodologia, com o objetivo de ampliar ao máximo a possibilidade de convergência, multiplicar os diálogos durante o evento e evitar a repetição desarticulada de atividades sobre o mesmo tema. O prazo final para a inscrição de indivíduos e entidades é dia 30 de novembro.

Mais informações

Site www.inscricoesfsm.org.br/content/index.php

6º CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA

Sob o tema "Rede Unida: 20 anos de parcerias na saúde e na educação", o evento será realizado paralelamente ao 2º Fórum Nacional de Redes em Saúde, à Reunião de Pólos de Educação Permanente em Saúde e à 1ª Mostra de Produção em Saúde da Família de Minas Gerais.

A conferência de abertura estará a cargo do ministro Tarso Genro, da Educação. Embora a programação ainda não tenha sido montada em definitivo, os temas propostos para os trabalhos já foram escolhidos, entre os quais "Saúde da Família", "Mudanças na formação de profissionais de

saúde", "Novas práticas de atenção à saúde", "Políticas públicas para Saúde e Educação", entre outros. Prazo para envio: 21 de fevereiro de 2005.

Data 2 a 5 de julho de 2005

Local Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG

Mais informações

Tel. (31) 3222-7266

E-mail icarodir@superig.com.br

Site www.redeunida.org.br/congresso/programa.asp

CURSOS

ATUALIZAÇÃO DE INTERNET

Direcionado a profissionais de nível superior e nível médio que atuem ou tenham interesse em atuar no setor saúde, assim como dar prosseguimento ao seu processo de formação permanente. Tem como objetivo desenvolver capacidades voltadas para a utilização dos recursos da internet, através da reflexão crítica acerca dos critérios ligados à qualidade científica, para a seleção de material de apoio disponível nesse meio às suas atividades profissionais. O curso, ministrado a distância, tem carga horária total de 80 horas, a ser cumprida em período de 3 meses, devendo o participante cumprir carga horária semanal de cerca de 7 a 8 horas.

Mais informações

Site www.ead.fiocruz.br/pits

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTO — EDITORA FIOCRUZ**Alcoolismo no trabalho**

Livro de Magda Vaissman, que analisa as causas e efeitos do problema, contribuindo de maneira direta ao estudo da psicopatologia do trabalho e da prática de programas preventivos ligados ao uso abusivo de álcool e drogas nas empresas.

Mais informações

Editora Fiocruz, Av. Brasil, 4.036, sala 112, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

**LANÇAMENTO — EDUSP**

O espaço dividido: Os dois circuitos da economia urbana nos países subdesenvolvidos, do geógrafo e humanista baiano Milton Santos (1926-2001). Consciente de que o Terceiro Mundo ainda aguarda um esforço de compreensão global, sem o qual a solução de problemas particulares é impossível, o autor fez análise original do fenômeno complexo que é o subdesenvolvimento e suas repercussões na vida das populações em situação de dependência. Ex-professor da UFBA, da USP, de universidades na Europa, na África e nas Américas, foi consultor da ONU e da OIT.

Mais informações

Edusp, Av. Prof. Luciano Gualberto, 374, Trav. J/6º andar, Prédio da Antiga Reitoria, Cidade Universitária, CEP 05508-900 São Paulo, SP

Tel. (11) 3091-4006/4157

E-mail edusp-venda@edu.usp.br

Site www.usp.br/edusp/

**LANÇAMENTO — OPAS/OMS**

Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégia metodológica, colaboração entre o Ministério da Saúde e a Opas/OMS, a publicação resultou da necessidade de o MS avaliar as ações de saneamento feitas a partir de 2001, pelo então Projeto Alvorada — que agregou à pauta da Fundação Nacional de Saúde obras de infra-estrutura em abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e sistemas de esgotamento sanitário nos municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O livro narra o histórico do programa, enfatizando a falta de instrumentos e literatura científica para avaliar ações de saneamento conjugando aspectos como engenharia, saúde, desenvolvimento social, meio ambiente e gestão pública.

Mais informações

Centro de Documentação da Opas/OMS

Tel. (61) 426-9582

E-mail cedoc@bra.ops-oms.org



PÓS-TUDO

O estilo Pilatos de lavar as mãos

Fátima Oliveira *

Artigo publicado no jornal *O Tempo* (www.otempo.com.br/), de Belo Horizonte, em 8 de setembro de 2004

No seminário "Cuidado: as fronteiras da integralidade", dia 1º/9, no Rio de Janeiro [ver página 12], falei na mesa "Cidadania do cuidado: dilemas políticos, socioculturais e sanitários na consolidação do direito à saúde". Pontuei que no Brasil, onde a desigualdade de acesso a serviços de saúde é a regra, apesar do princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito de não morrer antes do tempo e o de morrer com dignidade integram a luta pelo direito à saúde. Parece elementar, mas no Brasil, a responsabilidade de suprir a demanda da atenção à saúde é dos governos. Tá na Constituição Federal.


Donde decorre que as "liminares de internação" devem ser dirigidas ao prefeito e ao governador que, em última instância, são os gestores do SUS, detentores do poder de,

não havendo vaga no SUS, ocupar a rede particular. Superlotação na rede pública de saúde, equivocadamente, está sendo interpretada por juízes como recusa de atendimento. Em BH, não é verdade. "Falo de cadeira" e é uma exorbitância de poder um juiz, encastelado em um gabinete, dizer que "não é bem assim"! Poderiam apreciar um dia de caos em um plantão entupido, corredor saindo pelo ladrão de tanta gente em maca, "maca de parada" ocupada, e as estimativas de respirador explodindo na cara da gente... É só angústia e dor.

Para aprimorar o senso de justiça do qual estão imbuídos os magistrados para que se cumpra o direito à saúde, as liminares deveriam ser endereçadas ao prefeito e ao governador, com aquele recadinho delicado: ou cumpre ou vai preso, que é como juiz se dirige a diretores de hospitais. Já pensou Pimentel e Aecinho tendo de res-



ponder a isso? Ligeirinho instalaremos o "Padrão Sonho SUS". Fico possessa com juiz que concede liminares que obrigam hospitais a receberem pacientes para UTI, quando não lhes resta mais nenhum respirador! Mas, em BH violência moral e abuso de poder viraram moda.

Como Pilatos, tal juiz lava as mãos. Obrigar um hospital que não tem mais respirador a receber uma pessoa "entubada" (vai para o respirador ou morre...) é sentenciá-la a morrer à míngua. Para quem a gente se queixa de tamanho despreparo do Judiciário? Seria ao bispo? SOS Dom Walmor! É de uma irresponsabilidade incomensurável um juiz conceder uma "liminar de internação" sem verificar *in loco* as condições. Juízes concederiam liminares, em condições semelhantes, a seus familiares? A analogia é rasteira, rudimentar e apelativa, mas melhoraria muito se, para conceder uma liminar, pensassem: e se fosse meu filho, pai ou mãe, eu concederia e lavaria as mãos? 

* Médica





ENSP

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca

saúde pública
INOVAÇÃO E CIDADANIA