

NESTA EDIÇÃO

Rede Unida

Formação e qualificação profissional em debate

Entrevista:

Paulo Buss

Cooperação entre países do Sul deve ser horizontal e estruturante

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 98 • Outubro de 2010

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



**Mala Direta
Postal**

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Jovem xavante tem seu índice de massa corporal aferido pela doutoranda da Ensp Aline Ferreira, na aldeia Pimentel Barbosa

VIDA NA ALDEIA

Fiocruz estuda saúde dos xavante

Câmera, gravador e computador movimentam as aldeias xavante

Cineasta indígena premiada registra a própria cultura e a de países distantes; projeto documenta e resgata tradição alimentar

Historicamente, os xavante são conhecidos pelo seu nomadismo. As andanças de Caimi Waiassé pelo mundo parecem confirmar a tradição. Vice-cacique da tribo Etenhiritipa, no Mato Grosso, já visitou países tão distantes quanto Canadá, Estados Unidos, México e Espanha, e, na América do Sul, Bolívia e Venezuela. O passaporte de viagem para culturas tão diversas são uma câmera na mão e ideias premiadas na cabeça.

O começo foi nos anos 1990, quando a antropóloga Laura Graham registrava as línguas indígenas do Centro-Oeste e deixou com os xavante uma câmera e um aparelho de televisão. Os mais velhos escolheram Caimi como responsável pelos equipamentos, talvez intuindo que começava aí a carreira de um cineasta que veria suas criações reconhecidas (e aplaudidas) em festivais internacionais.

Tem que ser curioso, título de um de seus trabalhos, realizado em 1997, pelo *Vídeo nas aldeias* – projeto voltado à produção audiovisual indígena, que, em 2000, constituiu-se como organização não governamental e reúne uma coleção de mais de 70 filmes – resume sua trajetória. De lá para cá, já produziu e filmou vídeos educativos sobre saúde, para auxiliar o trabalho dos professores nas aldeias – ele mesmo ensina em Etenhiritipa – e registrou ritos de passagem, em *Wapté Mnhônô*, a iniciação do jovem xavante e *Darini*, iniciação espiritual xavante.

Trabalhos com a assinatura de Caimi já foram selecionados para de mostras etnográficas e competições, no Rio de Janeiro, em Nova York e no Canadá, além de festivais como o de *Cinema e Vídeo Autônomo do Canadá*, e *A voz do silêncio*, no México.

Ele reconhece a importância de divulgar sua cultura pelo olhar xavante – “as imagens feitas sobre nós sempre exploram o lado exótico” –, mas considera essencial também apresentar

Caimi: “as imagens sobre nós exploram o lado exótico”



IMAGEM DO VÍDEO DONOS DA ÁGUA

seu trabalho nas aldeias. “O vídeo não pode ficar como uma estátua, parada. Tem que passar coisas legais para movimentar a aldeia”.

SABORES DA MEMÓRIA

A mídia voltada ao registro da vida nas aldeias está presente também no projeto *Danhiptetezé: iniciativa de cultura alimentar xavante*, coordenado pelo antropólogo James Welch, pesquisador visitante da Ensp/Fiocruz, em parceria com o Museu do Índio, no Rio de Janeiro. O objetivo é fornecer tecnologia e treinamento para os jovens na área de documentação multimídia – uso de câmeras, gravadores e computadores – de modo que eles mesmos registrem aspectos de sua cultura, em especial, aqueles ligados ao conhecimento das terras e das tradições alimentares.

A ideia surgiu de uma colaboração entre pesquisadores e líderes das aldeias de Etenhiritipa e a vizinha Pimentel Barbosa, com o intuito de enfrentar

pela valorização da alimentação tradicional os crescentes índices de obesidade, diabetes e hipertensão (ver matéria na pág. 8). Desde 2009, os processos de caça e coleta de frutos, palmitos e raízes têm sido registrados, para que jovens se interessem, conheçam e valorizem sua comida. “Eles também estavam preocupados com o fato de os jovens nem conhecerem o território que ocupavam”, relata James.

Um centro de documentação está sendo construído em Pimentel Barbosa, para que o material gravado seja armazenado e fique à disposição da comunidade. Câmera à mão, dois estagiários indígenas – que receberam treinamento em captação de imagens e computação – acompanham o cotidiano das aldeias e registram tradições como a caçada de casamento (*dabasa*) e a fabricação de flechas de pesca (*ti*) ou de algodão (*abazi*).

As filmagens são realizadas no formato de oficinas, o que atrai a atenção de outros jovens das aldeias, conta James. Ele lembra que em uma delas, que resgatava maneiras tradicionais de se fazer fogo, um dos rapazes ficou fascinado com as antigas técnicas xavante. O passo seguinte é envolver as mulheres jovens em oficinas que lhes ensinam a identificar plantas, raízes e tubérculos, informação restrita às mulheres mais velhas. “Queremos documentar para eles mesmos. A informação será muito útil daqui a 50 anos”, diz ele.

James considera que o registro dos costumes contribui para a manutenção da saúde, já que se trabalha com uma concepção ampla dos processos alimentares e tendo os índios como protagonistas. “As ideias são deles e o objetivo é que o projeto seja levado para qualquer direção que determinem”.

Financiado pelo Museu do Índio e com duração prevista de três anos, o projeto tem características similares às de outros desenvolvidos no país, cujas ações envolvem documentação e memória de povos indígenas. A proposta colaborativa de construção das ideias explica o sucesso. “Se tivéssemos colocado apenas nossas ideias, talvez não houvesse tanto interesse da parte deles”, aposta James. (A.D.L.)



James: proposta colaborativa de documentação

FOTO: ROGERIO LANNES

Hegemonia

Mais uma vez *Radis* entra no cotidiano de aldeias indígenas para falar sobre saúde, não apenas indígena, mas daquela que decorre do modelo de desenvolvimento que se adota neste país e das consequências da dominação de um modelo civilizacional sobre outro, do desequilíbrio entre valores de diferentes etnias. O trabalho de pesquisadores da Fiocruz e, principalmente, o interesse dos valentes xavante em entender a determinação das doenças que atingem seu povo, além da obstinação em manter práticas saudáveis de sua cultura, são o assunto de nossa matéria de capa.

A disputa por hegemonia – discursiva, cultural, de poder – é da própria essência da democracia. Nessa disputa franca reside a estratégia da Reforma Sanitária brasileira, para que a compreensão do que seja saúde mude; e do que seja um sistema universal e equânime de atenção à saúde, defendido por toda a população como um direito, tenha significância. O problema é quando a hegemonia se traduz em dominação.

Disputar o lugar da produção dos sentidos, da construção de alternativas e escolhas, de ser ouvido e levado em conta na definição de rumos é uma legítima aspiração individual e coletiva nas sociedades. Bom que no pós-Segunda Guerra Mundial a hegemonia tenha sido a do multilateralismo, dos direitos humanos. Bom que os anos 1960 tenham sido marcados pela luta por direitos civis, igualdade entre raças ou etnias, homens e mulheres. Como em outros tempos, o antiescravagismo e o anticolonialismo. Respiros numa longa tradição de barbárie na história da humanidade, expressa mais recentemente no discurso único do neoliberalismo dos anos 1990, do unilateralismo norte-americano dos anos 2000.

No Brasil, a hegemonia do momento é a da despolitização da atividade partidária, dos processos eleitorais e até dos movimentos sociais – mais ainda, da visão que se tem destes, desqualificados pela mídia e pela criminalização do exercício de cidadania. Em parte, triunfo tardio da quase esquecida ditadura militar que, nos anos 1970, impôs a monocultura agrícola e alimentar do arroz e expropriou terra de incautos e nômades xavante. Hoje, o agronegócio exportador, turbinado por agrotóxicos, transgênicos e mais dinheiro público, terraplanam bio e sociodiversidade.

A *hegemonia da cooperação* é o tema da entrevista exclusiva com o vice-presidente do Comitê Executivo da Organização Mundial da Saúde, Paulo Buss. Se não há fronteiras para as doenças, metas como redução de desigualdades e mais qualidade de vida e saúde para todos podem ser trabalhadas como eixo da diplomacia e da cooperação Sul-Norte e Sul-Sul, enfrentando origens e efeitos da dominação econômica e política existente no planeta.

Em seminário interno, preparatório do 6º Congresso da Fiocruz, especialistas da fundação debateram com teóricos de outras instituições as interações da comunicação com a educação. A ideia é ir além do uso de uma pela outra e incorporar na estrutura de cada campo os conceitos e contribuições do outro. A equipe do RADIS, presente nesses debates, busca traduzir em suas práticas o compromisso com a participação social que defende. O conhecimento técnico-científico e o popular – leia a seção *Toques da Redação* (pág. 7), sobre quadro do programa *Fantástico*, da Rede Globo – devem se reconhecer e se respeitar em suas qualidades.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ Câmera, gravador e computador movimentam as aldeias xavante 2

Editorial

- ♦ Hegemonia 3

Cartum

- 3

Cartas

- 4

Súmula

- 5



- Radis adverte 6

Toques da Redação

- 7



Saúde indígena

- ♦ Longe e perto do modo xavante de viver 8
- ♦ Resistência, disciplina e organização 12
- ♦ Entrevista – Carlos Coimbra: “A alimentação está no centro das questões de saúde dos xavante” 13

9º Congresso da Rede Unida

- ♦ Educação permanente no SUS 14

Seminário interno

- ♦ Comunicação, informação e educação em foco 18



Entrevista

- ♦ Paulo Marchiori Buss: “Cooperação entre países deve ser horizontal e estruturante” 20

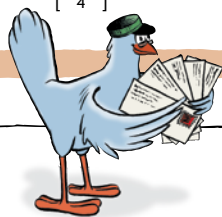
Serviço

- 22

Pós-Tudo

- ♦ Sem complacência 23

Foto da capa Rogério Lannes
Ilustrações Aristides Dutra (A.D.) e Sérgio Eduardo de Oliveira (S.O.E.)



CARTAS

Suicídio



Parabenizo *Radis*, pela importância dos temas abordados, em especial, pela matéria *Um ato silencioso e silenciado* (95), que tratou da omissão, por parte da mídia, na abordagem do suicídio, assunto visto como problema de saúde pública. Sou técnico de enfermagem há 22 anos e estudante de Enfermagem, em Paripiranga (BA). Vivencio com frequência a realidade de pessoas depressivas que ceifam suas vidas, e de outras que vivem sob efeitos dos psicotrópicos, na tentativa de minimizar as consequências das desigualdades sociais. Tanto em minha cidade, no centro-sul de Sergipe, quanto em Paripiranga, cidade vizinha, no nordeste da Bahia, o índice de suicídios é alarmante. Esse cenário poderia ser diferente se tivéssemos políticas públicas voltadas

para promoção e prevenção em saúde mental e que estas fossem devidamente levadas ao conhecimento de todos.

♦ Jorge Almeida Pereira, Simão Dias, SE

AGROTÓXICOS

Meu nome é Sibebe, curso Ciências Biológicas, me formo em dezembro e estou desenvolvendo minha monografia com o tema *Levantamento do manejo e uso de agrotóxicos pelos cafeicultores da região de Campos Gerais (MG)*. Gostaria de saber se vocês possuem material disponível para que eu possa conscientizar os aplicadores de agrotóxico.

♦ Sibebe Lima, Campos Gerais, MG

▣ Sibebe, a matéria de capa da edição nº 95 da *Radis* é justamente sobre Agrotóxicos. Lá você vai encontrar nomes de especialistas, entrevistados para a matéria, e outras informações que podem ajudá-la na monografia. Um abraço.

Sou bióloga e estou terminando minha Pós-graduação em Gestão Ambiental. Achei o assunto dos Agrotóxicos (*Radis* 95) muito interessante e gostaria de saber como posso assinar a revista.

la pesquisar, de início, *A influência de agrotóxico na vegetação, na saúde, no meio ambiente*. Resolvi mudar o tema para: *A destinação das embalagens de agrotóxicos*, sejam elas de indústrias ou domésticas. Achei interessante ter a revista, pois, na primeira leitura, já me pareceu muito boa.

♦ Patrícia Alvarenga Ferreira, Volta Redonda, RJ

▣ Patrícia, a assinatura de *Radis* é gratuita e sujeita a disponibilidade. Entre no site www.ensp.fiocruz.br/radis e faça seu cadastro, ok? Nesse meio tempo, no mesmo site, você tem acesso à coleção completa da revista em versão digital.

EDIFÍCIOS HOSPITALARES

Recebi a *Radis* (95) e, com muita satisfação, vi a reportagem sobre o 4º Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar ocupando quatro páginas. Agradecemos a atenção e presença de vocês no evento e colocamos a Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) à disposição para o que necessitarem consultar e divulgar. A qualidade da matéria e a organização da construção lógica dos assuntos evidenciam a competência dos autores dos textos. Parabéns!

♦ Fábio Bitencourt, presidente eleito para 2011 da ABDEH, Rio de Janeiro, RJ

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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 72.000 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/
Milênio) e Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio),
Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,



Ministério
da Saúde



Laís Tavares e Sandra Benigno
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane Abrantes e Thailanne Siqueira de Melo (estágio supervisionado)
Informática Osvaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o Exclusivo para web, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

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

SAÚDE DO ADOLESCENTE

Sou enfermeira e professora de Química. Sou uma das contempladas com a revista *Radis* gostaria de sugerir que a revista abordasse ainda mais temas de saúde do adolescente tais como: psicologia da aprendizagem, auto-estima, tipos de inteligência, transtorno da aprendizagem.

♦ Prof^a. Rosa Maria Portela Lopes, São Luís, MA

▣ Rosa, dê uma olhada em matéria da *Radis* 88. Com certeza, voltaremos ao tema dos adolescentes. Abraços. ▣

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA TUBERCULOSE

O diagnóstico da tuberculose, que pode levar de dois a 60 dias para ser concluído, vai se realizar em uma hora e meia, com novo teste prestes a chegar ao Brasil, informou *O Globo* (25/8). Batizado de GeneXpert, o teste é quase todo automatizado e também pode identificar se o tipo de enfermidade do paciente é resistente aos tratamentos mais utilizados. Seu uso será patrocinado pela Fundação Bill & Melinda Gates, entidade beneficente dedicada ao estudo de novos tratamentos para doenças. Parceria da fundação com o Ministério da Saúde prevê o repasse de US\$ 3 milhões ao governo brasileiro. Rio e Manaus, as capitais com maior registro da doença, serão as primeiras cidades a usar o método. De acordo com o jornal, o GeneXpert, que apresenta bons resultados em laboratório, será agora experimentado fora de suas condições ideais.

Hoje, o diagnóstico da tuberculose depende de exame clínico que indica apenas se o indivíduo teve contato com o bacilo de Koch, agente transmissor da doença, e de análise laboratorial de amostras de secreções das vias respiratórias. Enquanto esses exames clássicos podem demorar até dois meses, como explica Margareth Dalcolmo, diretora do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, da Ensp/Fiocruz, o GeneXpert dispensa certos materiais complexos. No novo exame, o paciente fornece uma amostra de secreção, que é manipulada por cerca de dez minutos e levada a uma máquina que demanda menos de uma hora e meia para averiguar a presença do material genético do bacilo de Koch. A Fundação Gates também contribuirá para que Farmanguinhos produza, a partir de 2012, o medicamento 4 em 1 para tratamento da tuberculose, importado da Índia desde o fim do ano passado. São quatro fármacos processados em um comprimido, ingerido quatro vezes por dia. O Brasil registra, anualmente, 72 mil casos de tuberculose, com cerca de 5 mil mortes, e está em 19º lugar, no ranking da Organização Mundial da Saúde de 22 países com maior registro da doença.

MAIS VERBAS PARA ATENÇÃO AO CÂNCER

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, anunciou (25/8) a liberação de R\$ 412,7 milhões para a reestruturação da assistência em oncologia no SUS. A iniciativa é considerada a maior mudança na atenção ao câncer, desde 1999, quando foi instituída nova política para o setor. Nove procedimentos para o tratamento do câncer (de mama e fígado, linfoma e leucemia aguda) foram incluídos na cobertura do SUS e outros 66 (20 radioterápicos e 46 de quimioterapia) tiveram o valor de tabela reajustado em até dez vezes, informaram o Ministério da Saúde em seu site e o *Correio Braziliense* (26/8). De acordo com o ministro, as alterações terão efeito direto na qualidade do atendimento dos 300 mil brasileiros que todos os anos acessam o SUS para o tratamento do câncer. Ele assinou duas portarias que reestruturam o setor e permitem a liberação de recursos aos estados, municípios e Distrito Federal.

Um exemplo de mudança nas regras é a biópsia de medula óssea, que já existia na tabela do SUS, mas agora se tornou um procedimento principal, isto é, o paciente não precisará mais estar internado por outro motivo para ser submetido a esse procedimento. Além disso, o valor da biópsia será reajustado de R\$ 46,28 para R\$ 200. A reestruturação permitirá, também, a adequação das condições de internação para pacientes com leucemia e a ampliação do atendimento em hospitais-dia.

A aprovação dos novos valores possibilita, ainda, que medicamentos adotados em procedimentos quimioterápicos recentes sejam adquiridos e fornecidos pelos hospitais habilitados no SUS para tratar o câncer. Um desses medicamentos é o Mabthera, indicado para linfoma, empregado na rede privada desde 2003 e cujo acesso pelo SUS acabava se dando somente após a ida do paciente à Justiça, como informou *O Globo* (26/8).

Os investimentos anunciados pelo governo foram elogiados pelos especialistas ouvidos pelo *Correio Braziliense*, mas com a ressalva de que o país ainda não investe em prevenção, chave para enfrentar doenças como o câncer. Segundo o chefe do Departamento de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília, Murilo Buso, os novos tratamentos são

importantes, dão sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes, mas poucas pessoas vão ser efetivamente curadas. De acordo com o especialista, a maioria dos casos de câncer ainda tem diagnóstico tardio no Brasil, e são detectados já em fase avançada.

O Ministério da Saúde também colocou em consulta pública cinco diretrizes diagnósticas e terapêuticas para o tratamento de câncer no intestino, pulmão e fígado, além de linfoma difuso de grandes células e tumor cerebral. As modalidades terapêuticas, que já estão em vigor, ficarão em consulta pública por 40 dias, para que a comunidade científica apresente propostas e sugestões a elas.

ÍNDICE DE VALORES HUMANOS NA SAÚDE: FRAGILIDADE METODOLÓGICA

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) divulgou (10/8) os resultados do Índice de Valores Humanos (IVH), pesquisa que mediu a satisfação dos brasileiros em relação a saúde, educação e trabalho, no país, apontando que a área da Saúde teve a pior avaliação. Em uma escala de zero a um, sendo um o melhor índice, o indicador da saúde (IVH-S) fechou em 0,45. No item trabalho (IVH-T), o país teve nota 0,79, e, em educação (IVH-E), 0,54. O resultado foi contestado por técnicos do Ministério da Saúde. A pesquisa aponta que 51% dos brasileiros entrevistados acham que o atendimento de saúde no Brasil é demorado, 37% avaliam que a linguagem usada pelos médicos é complicada e 33% opinam que existe pouco interesse das equipes médicas na hora do atendimento. Como informou o jornal *Valor Econômico* (11/8), os dados foram coletados no início de 2010, pelo Instituto Paulo Montenegro, com amostragem nacional do Ibope. Foram 2.002 entrevistados, em 148 municípios, de 24 estados. Na Saúde, o estudo aferiu o atendimento

prestado tanto pela rede pública, quanto pela rede particular.

De acordo com o Pnud, a pesquisa buscou contribuir para a discussão de problemas sociais e apresentação de propostas de políticas para solucioná-los, com participação de pessoas, empresas e governos. Para o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a validade do índice deve ser questionada. "É sempre muito positivo a construção de novos índices, que busquem avaliar a satisfação e a qualidade de vida da população, mas técnicos do ministério afirmam que o IVH tem várias fragilidades metodológicas e não mede o que pretende medir", disse ao *Valor Econômico*. Temporão se referiu às perguntas usadas para avaliar a área da Saúde, de caráter objetivo, em contraste com as questões relacionadas ao IVH-E e ao IVH-T, mais subjetivas e "sentimentalistas", tratando de quesitos como liberdade de expressão, sofrimento e prazer ou ideal de educação. Segundo o ministro, mais seguro para avaliar a qualidade na saúde é o levantamento realizado com base em dados da mais recente Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), com 340 mil pessoas (*Radis 96*): "São números muito robustos, que mostraram que 86,4% dos entrevistados que haviam utilizado o serviço de saúde nas duas semanas anteriores à coleta de dados consideraram o atendimento bom ou muito bom".

O Conselho Federal de Medicina (CFM) também fez restrições à pesquisa, em nota divulgada em 11/8, informou a Agência Brasil, considerando que o índice de avaliação do Pnud é "susceptível a distorções em sua leitura e aplicabilidade". Para o CFM, o IVH-Saúde "peca ao desconSIDERAR aspectos da gestão dos serviços de assistência, sendo que seu questionário acaba por limitar a um momento específico do processo de atendimento a responsabilidade pela baixa satisfação dos usuários", apontou a nota. Ainda de acordo com o conselho, o desempenho dos médicos "sofre a consequência de investimentos reduzidos e de problemas de gerenciamento", especialmente no Poder Público. "Sendo assim, a ausência

dessas dimensões na formulação do IVH-S contribui para uma percepção distorcida da qualidade da assistência e do papel do profissional nesse contexto".

SAÚDE DA FAMÍLIA REDUZ MORTALIDADE INFANTIL

Estudo realizado por pesquisadores brasileiros, a ser publicado no jornal internacional *Pediatrics*, identificou que o Programa Saúde da Família (PSF) é eficaz na redução da mortalidade de crianças com menos de 5 anos, especialmente, nas mortes causadas por doenças diarreicas e por infecções do trato respiratório inferior, informou a agência Notisa (9/8). Para chegar a essa conclusão, Davide Rasella, Rosana Aquino e Mauricio Barreto, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, investigaram as taxas de mortalidade e a cobertura do PSF, em 2.061 municípios brasileiros, entre 2000 e 2005.

Os autores relatam que, após análises estatísticas e ajustes para fatores demográficos e socioeconômicos, observaram uma associação significativa entre PSF e taxas de mortalidade. Em municípios onde a cobertura do PSF era baixa (inferior a 30%), houve redução de 4% na taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos. Em locais com cobertura intermediária (entre 30% e 70%) e alta (70% ou mais), a redução foi de 9% e 13%, respectivamente. Os resultados mostram também que houve efeito maior sobre a mortalidade neonatal. Em municípios com maior cobertura do PSF, os pesquisadores identificaram redução de 31% nas taxas de mortalidade por doenças diarreicas e de 19% no caso de infecções do trato respiratório inferior.

'TESTE DO OUVIDINHO' OBRIGATÓRIO E GRATUITO

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou (2/8) o Projeto de Lei nº 3842/97 que torna obrigatória e gratuita a realização do exame Emissões Otoacús-

ticas Evocadas, conhecido como *Teste do ouvidinho*, informou a Agência Câmara (3/8). O teste deverá ser realizado em todos os hospitais e maternidades do país, em crianças nascidas em suas dependências. O exame detecta precocemente alguns problemas auditivos e deve ser realizado 24 horas após o nascimento. Rápido e indolor, é feito por meio de um estímulo acústico na orelha do bebê. Se houver resposta ao estímulo, a audição, em 90% dos casos, é normal. A falta de resposta significa que o bebê precisará fazer o teste Bera (Audiometria de Tronco Cerebral), para confirmação de deficiência auditiva. O senador Inácio Arruda (PCdoB-CE), que apresentou o projeto quando deputado, explica que o diagnóstico correto e precoce representa garantia de tratamento eficaz. Arruda observa que, no Brasil, as alterações auditivas congênitas levam, em média, de três a quatro anos para serem diagnosticadas, o que compromete a eficácia dos tratamentos.

FALSOS MÉDICOS

Aumentou em 50% o número de denúncias relativas a estudantes de medicina e de outros profissionais da área da saúde atuando como falsos médicos, de acordo com levantamento da Delegacia de Repressão a Crimes Contra a Saúde Pública (DRCCSP), informou o portal G1 (30/8). Esse aumento foi verificado após a morte, em 13 de agosto, da menina Joanna Cardoso Marcenal Marins, de 5 anos, que dera entrada no Hospital Rio Mar, na Barra da Tijuca, Zona Oeste do Rio de Janeiro, com convulsões e suspeita de maus tratos, e fora atendida pelo falso médico Alex Sandro da Cunha Silva, 33 anos. Ele lhe deu um anticonvulsivo e liberou-a ainda desacordada. O levantamento aponta que os locais com mais registros da prática ilegal são hospitais da rede particular. Segundo informou *O Globo* (29/8), ainda nos primeiros períodos da faculdade de medicina, universitários são contratados por médicos, cooperativas e hospitais, para trabalharem em plantões, sem supervisão, pelos quais recebem, em

RADIS ADVERTE

A DOMINAÇÃO ADOECE

Saúde é direito à diversidade

AD

toques da redação



MÉDICOS X CIDADÃOS — Fontes Fidedignas andou assistindo ao quadro *É bom pra quê?*, apresentado pelo médico Dráuzio Varella, desde 29 de agosto, no programa dominical *Fantástico*, da TV Globo. Ficou preocupado. No site do programa, foi informado do objetivo da série: discutir a fitoterapia, revelando o grau de efetividade e eficácia de tratamentos populares, tentando “separar quais são as crendices daquilo que realmente tem fundamento científico

e poderá ser útil em medicina”. Na prática, observou que Dráuzio Varella faz uso de sua habilidade e credibilidade de apresentador para reforçar a distância entre o lugar do conhecimento científico e aquele ocupado pelo saber popular. Uma abordagem que se dá sem muito cuidado. Ao testar a “validade científica” de chás, infusões e outros tratamentos — alguns deles, apresentados de antemão como inúteis —, o médico desqualifica a voz popular na construção da saúde e ignora contextos históricos no que diz respeito à promoção à saúde.

No programa exibido em 05/09, por exemplo, discutiu-se o uso da babosa como alternativa para o tratamento do câncer. A edição criava um contraponto entre as falas de especialistas — reforçando a falta de comprovação científica dos efeitos

da planta e até riscos em seu uso — e os depoimentos de usuários da fitoterapia, apresentados genericamente como ignorantes e desinformados.

Fontes Fidedignas não teve dúvida: se o intuito da série era desfazer mitos e indicar novas utilidades para a medicina, o resultado somente reforça o modelo autoritário do médico como único detentor dos saberes em saúde, e reserva ao cidadão o papel de “paciente”, ignorando qualquer contribuição da população.

CORREÇÃO — Na matéria *Acesso e uso dos serviços de saúde pelos brasileiros*, Radis 96, duas barrinhas amarelas da figura 16 apresentam o mesmo tamanho, embora representem índices diferentes (26,0 e 26,8). Na figura 21, item Consultas médicas SUS, o índice correto é 61%, não 72%.

média, R\$ 200 — o profissional formado ganha R\$ 1 mil. O delegado Fábio Cardoso, responsável pelo levantamento, informou que a Polícia Civil está planejando novas operações para flagrar estudantes e outros profissionais atuando de forma irregular em unidades de saúde. A pena para esse crime pode chegar a até 22 anos de prisão, caso sejam constatados uso de documento falso, como o carimbo com o CRM, e prescrição e aplicação de substância que pode causar dependência — como ocorreu com a menina Joanna —, o que configura tráfico de drogas. A mesma pena aplica-se aos médicos que convocam ilegalmente estudantes para substituí-los. Alex Sandro recebia R\$ 750 por mês para trabalhar aos sábados no lugar da médica Sarita Fernandes Pereira. Ela está presa e ele, foragido, tendo sido indiciado (31/8), como informou *O Dia*. O presidente do sindicato dos médicos do Rio, Jorge Darze, considera que a “onda de terceirização de serviços” contribui para esse cenário. “Nenhum diretor de hospital pode desconhecer quem está trabalhando na unidade”, observou.

COINFEÇÃO PELOS TIPOS 1 E 2 DO HIV


Pesquisadores da Fiocruz divulgaram (31/8) que o Brasil já registra coinfeção por dois vírus distintos causadores da aids, o HIV-1 e o HIV-2, informou *O Globo* (1/9). O quadro foi identificado em 15 amostras de sangue de pacientes do Rio de Janeiro. De acordo com os pesquisadores, os dois vírus têm origens evolutivas diversas e, inicialmente, atingiam populações distintas de macacos, causando

doenças diferentes. De acordo com nota do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), a infecção pelo tipo 2 tem evolução mais lenta e há evidências de que a transmissão vertical (mãe-filho) e sexual não seja tão eficiente quando comparada ao HIV-1 — que talvez por isso tenha se espalhado rapidamente pelo mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, dos 34 milhões de soropositivos do mundo, apenas 2 milhões seriam pessoas infectadas pelo HIV-2. Os testes para diagnóstico do HIV não necessariamente detalham o tipo de vírus. Ainda assim, a incidência do tipo 2 não deverá representar perigo nas doações de sangue. O impacto se dará no tratamento, já que os antirretrovirais não têm a mesma performance contra os tipos 1 e 2. “Se uma pessoa está coinfecteda e é tratada como se fosse somente tipo 1, pode ter a infecção controlada, mas muitos de seus marcadores podem continuar debilitados”, explica a genitista Ana Carolina Vicente, do IOC, informando que os pesquisadores estão em contato permanente com o Ministério da Saúde.

RECURSOS DA SAÚDE E FALTA DE GESTÃO

Relatório do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) mostrou que o cumprimento pelos estados brasileiros do limite mínimo de investimento previsto na Emenda Constitucional 29 não é suficiente para garantir avanços na saúde, sendo necessário resolver problemas relacionados à gestão, informou *O*

Globo (27/7). A investigação analisou dados de 2006 e 2007, detectando estados que, apesar de cumprirem a Constituição e investirem 12% da arrecadação em saúde, apresentavam “quadro assustador de mortes que poderiam ser facilmente evitadas com prevenção”. De acordo com o jornal, o relatório apontou, ainda, casos em que a falta de assistência básica foi agravada pelo abandono dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Entre os exemplos, foram citados Sergipe e os cinco estados da Amazônia (Amazonas, Pará, Amapá, Roraima, Acre e Rondônia), que aplicaram os 12% da arrecadação em saúde, mas registram graves problemas, como morte de bebês com menos de um ano e queda de cobertura vacinal. Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Junior, o quadro reflete a má gestão e a falta de políticas de atenção básica. “O debate conceitual do SUS é tratar a doença instalada ou prevenir. Por enquanto, de modo geral, a prevenção não é boa. Enquanto se gasta muito com alta complexidade, a saúde básica fica em segundo plano”, disse Batista Júnior ao jornal. O Denasus contabiliza que, em 2006 e 2007, os estados deixaram de aplicar R\$ 11,8 bilhões em saúde, desviando os recursos para finalidades como saneamento básico, pagamento de aposentadorias e amortização de juros da dívida pública. 

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

Longe e perto do modo xavante de viver

Aparecimento de doenças crônicas preocupa índios, que, com pesquisadores da Fiocruz, investigam seus hábitos e perfil nutricional

Adriano De Lavor

Os índios xavante estão preocupados com sua saúde. Especialmente, com o aumento de casos de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis, como anemia, diabetes e hipertensão arterial, entre os habitantes das aldeias. Com os pesquisadores Carlos Coimbra e Ricardo Ventura, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), os líderes xavante vêm realizando, na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, no Mato Grosso, projetos de investigação sobre a relação entre esse quadro de doenças crônicas e seus hábitos alimentares. Os estudos apontam para um cenário de transição nutricional e epidemiológica.

O cardápio das aldeias mudou. Itens como arroz, macarrão, biscoitos e outros alimentos industrializados, de alto teor calórico, que não faziam parte da dieta tradicional, passaram a ser incluídos na cozinha, que agora também utiliza grandes quantidades de sal, óleo e açúcar. Essas constatações confirmam o que concluiu o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (*Radis 97*), o maior estudo do gênero já realizado no país.

Parte da mudança nos hábitos alimentares xavante deve-se à introdução de novas fontes de renda nas aldeias, que estimulam o consumo, e também à redução no espaço de coleta de alimentos e caça, contendo um povo tradicionalmente nômade, que precisa disputar terra com os projetos de agronegócio, em franca expansão no Mato Grosso. Ao lado da dieta diferenciada, o sedentarismo é uma das principais causas da transição epidemiológica.

Radis acompanhou, em julho, parte do trabalho de campo realizado em Pimentel Barbosa, conversou com líderes xavante e com pesquisadores, conheceu o cotidiano das aldeias e registrou o ritual *Wai'a*. Nos dias que passou nas aldeias, a equipe de reportagem constatou como a saúde, para os povos indígenas brasileiros, está diretamente ligada ao direito de propriedade à terra, ao respeito às tradições e ao acesso à alimentação de qualidade.

FOTOS: ROGÉRIO LANNES



Xavante amassa o arroz, que se tornou base da alimentação, com muito óleo e sal

São dois os projetos em curso nas Saldeias xavante de Pimentel Barbosa e Etenhiritipa, que tratam da relação entre alimentação, estratificação socioeconômica e emergência de doenças crônicas não transmissíveis. O primeiro deles – inédito no país – é um estudo longitudinal de monitoramento do estado nutricional e da incidência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* em adolescentes e adultos nas duas aldeias, ao longo de 24 meses.

A pesquisa enfatiza a relação entre obesidade e doenças associadas e o processo de diferenciação socioeconômica em curso, que também é tema do outro projeto – uma investigação epidemiológica e antropológica, que trata especificamente da influência dessa estratificação no processo de transição em saúde dos povos indígenas.

Carlos Coimbra (ver entrevista na página. 13) e Ricardo Ventura já trabalhavam com as duas aldeias desde 1990, mas desenvolviam apenas estudos de prevalência, que caracterizavam situações epidemiológicas específicas – como a ocorrência de algumas doenças infecciosas – restritas ao período em que se realizava a coleta de dados, sem acompanhamento prospectivo. A inexistência de dados institucionais



O artesão Daru (E), o mais velho de sua aldeia, tem a pressão medida por Coimbra



As novas gerações: desafio das lideranças é incentivar nas crianças e jovens antigos hábitos alimentares

e a falta de continuidade dos estudos não permitiam que se delineasse um panorama geral sobre a saúde da etnia. “Realmente não sabíamos do que adoeciam e do que morriam os xavante”, explica Coimbra. Na última década, os pesquisadores e os próprios índios começaram a detectar problemas específicos, como diabetes e hipertensão, bem como a mudança nos padrões alimentares.

A partir de 2006, os pesquisadores deram início a uma nova abordagem. O foco são as questões emergentes, analisadas

por investigação regular, que caracteriza os estudos longitudinais. “Estamos construindo um banco de dados de profundidade histórica prospectiva”, destaca Coimbra. Nos dois projetos mais recentes, a equipe de pesquisadores mede a pressão arterial e a porcentagem de gordura no corpo, estuda a relação entre peso, altura, idade e sexo, avalia o nível de atividade física e colhe sangue para detectar anemia e diabetes entre os 700 moradores das duas aldeias.

PÓS-GRUANDOS EM CAMPO

Um time de pós-graduandos integra a equipe de trabalho, que, diariamente, às seis da manhã, já está “em campo”. À frente da coleta de dados sobre atividade física, o nutricionista Rodolfo Lucena, mestrando em epidemiologia em saúde pública na



Rodolfo, nutricionista e mestrando da Ensp, faz medições de altura



O enfermeiro e mestrando Maurício: criatividade para coletar sangue nas altas temperaturas

Ensp/Fiocruz, adianta que é possível perceber uma tendência de ganho de peso entre os entrevistados. Também nutricionista, Aline Alves Ferreira, doutoranda no mesmo programa, investiga o processo de amamentação. “Os padrões clássicos de alimentação não funcionam na realidade indígena”, explica. Na cultura xavante, é comum que o primeiro leite da mãe (colostró) não seja dado à criança, e que a primeira mamada não seja oferecida pela mãe, mas por uma tia, avó ou madrinha.

O calor do Centro-Oeste exige que o enfermeiro Maurício Oliveira, também estudante do mestrado da Ensp, use a criatividade para continuar a coleta de sangue em mais uma residência da aldeia Etenhiritipa: o

equipamento que faz a medição, de fabricação sueca, para de funcionar com as altas temperaturas. O jeito é enrolá-lo em uma camiseta molhada ou aproximá-lo da saída de ar condicionado do carro da equipe. O calor e a distância de casa não desanimam a equipe, como demonstra Vinicius Gomes, estudante de geografia na UFPE. Ele se integrou à equipe durante a produção do 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas e já vislumbra um futuro na área: “Quero trabalhar com isso”.

Exames e medições são repetidos regularmente em junho (pico da estação seca) e janeiro (alta da estação chuvosa), respeitando a variedade de alimentos disponíveis em diferentes

períodos do ano. Os resultados dos exames são ponto de partida para discutir com os índios temas novos para eles, como obesidade e sedentarismo — e ajudá-los a compreender que está em curso outra lógica de enfrentamento das doenças. Se antes lidavam com doenças infecciosas, agora, enfrentam agravos que envolvem comportamentos. “Que remédio existe para tratar um comportamento?”, indaga Coimbra.

MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO

Os alimentos industrializados começaram a ser consumidos na aldeia com a distribuição de cestas básicas e a circulação de dinheiro, decorrente de salários e aposentadorias. Jamiro Tsuwepte, agen-

Onde vivem os xavante

Radis visitou as aldeias Xavante de Etenhiritipa e Pimentel Barbosa, localizadas na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, homologada em agosto de 2006 pelo Decreto 93.147. São 328.966 hectares de extensão, nas proximidades dos municípios mato-grossenses de Água Boa, Canarana, Ribeirão Cascalheira e Nova Nazaré. Para chegar lá, a equipe de reportagem pegou um voo do Rio de Janeiro a Goiânia, de onde seguiu de ônibus por 10 horas até Água Boa (MT). A partir daí, foram mais duas horas de carro, pela BR 158 e por uma estrada de terra.

No site do Instituto Socioambiental, a antropóloga americana Laura Graham registra que os xavante somavam, em 2007, cerca de 13 mil pessoas, abrigadas em parte de seu antigo território, habitado há pelo menos 180 anos, na região da serra do Roncador e dos vales dos rios das Mortes, Kuluene, Couto de



Magalhães, Batovi e Garças, no leste mato-grossense. Os xavante contam, ainda, com as terras indígenas (TIs) de Chão Preto, Ubawawe, Parabubure, Marechal Rondon, Maraiwatse, São Marcos, Areões e Sangradouro/Volta Grande.

No trajeto entre Água Boa e a aldeia Etenhiritipá, é visível a diferença entre as terras ocupadas pelos projetos de agropecuária extensiva e as homologadas como terras indígenas. Nas primeiras, o monocromático tom das plantações de sorgo ou de soja é reforçado pelos outdoors de

venda de máquinas e defensivos agrícolas que margeiam a BR 158. Logo à entrada da TI Pimentel Barbosa, o contraste: a vegetação típica do Cerrado está em processo de recuperação, depois que as terras foram devolvidas aos índios. Um mosaico de campos e matas ciliares que acompanham córregos e conjuntos arbóreos.

Carlos Coimbra conta que, felizmente, essas áreas não estão sob risco, já que quase todos os rios da terra xavante nascem ali. “As nascentes estão preservadas, ao contrário das que ficam fora das reservas, como aquelas dos rios formadores do Xingu, com água contaminada com herbicidas e inseticidas”. A preocupação dos xavante gira em torno da

construção da hidrovía Tocantins-Araguaia (o rio das Mortes é afluente do Araguaia). Coimbra lembra que o projeto prevê dinamitar o rio para deixá-lo navegável o ano inteiro e retificar curvas, mudando o seu curso, o que repercutirá na vida de quem depende desse ambiente para sobreviver. “Não conheço um ambientalista consciente que negue a possibilidade desse impacto. Infelizmente, são populações de pequena expressão política no Mato Grosso, onde prevalece a lógica do grande capital agropastoril. Quem manda na soja manda na economia mato-grossense”.

Mais dados sobre os xavante em <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante/1160>

Aldeia Pimentel Barbosa: vegetação de cerrado em processo de recuperação



Cacique Tsutpó: antes, ninguém precisava ir ao posto tomar soro



O cacique Supretaprã leu manifesto, criticou a Funasa e cobrou promessas

te indígena de saúde, relaciona os novos problemas de saúde com a mudança na dieta de seus parentes, que incluíram na alimentação produtos como bolachas, café, açúcar e refrigerantes.

À sombra das mangueiras da aldeia Pimentel Barbosa, o cacique Tsutpó Buprewên Wa'iri Xavante conta que, antigamente, quando as mães se alimentavam com a comida tradicional, ninguém tinha que ir ao posto tomar soro ou medicamento e não se viam casos de pressão alta e diabetes. "Não tínhamos conhecimento dessas doenças", diz o cacique. O desafio, considera, é convencer a nova geração a retomar os antigos hábitos alimentares.

O vice-cacique Roberto concorda e defende o modo de vida xavante. Mesmo tendo vivido na cidade, sempre preferiu o ritmo da aldeia, com menos barulho, menos poluição e mais saúde. "Eu caço como meu pai caçava. Índio precisa andar no mato para não perder sua cultura". Ele destaca a importância da tradição nômade dos xavante, ameaçada pela proximidade dos fazendeiros e a limitação dos territórios.

TERRA É SAÚDE

Um dos mais antigos líderes de Pimentel Barbosa, o ancião Sereburã reforça que a saúde do seu povo está ligada ao direito de ampliação de suas terras, já que sempre foram nômades e buscaram na natureza as energias para se manterem fortes. "Índio que fica muito tempo na aldeia tem doença", afirma, lembrando que alimentar-se com caça e batatas de lugares diferentes garante boa saúde. Os pesquisadores confirmam que a diminuição no padrão de atividade física é um dos fatores agravantes dos problemas de saúde detectados.

Na aldeia de Etenhiritipa, o cacique Paulo Supretaprã confirma o diagnóstico.

"Hoje, os jovens não se exercitam como os velhos se exercitavam". Ele lembra que, na sua infância, não se comia arroz, macarrão e bolachas. Até o sal era diferente, escuro, feito com o broto de um coquinho torrado, conta o cacique, que considera difícil convencer os mais jovens a abandonarem as novidades.

ASSISTÊNCIA DEFICIENTE

Supretaprã chama a atenção para outras questões que interferem na saúde das duas aldeias. Ele critica a atuação da Funasa e do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em Barra do Garça (MT), que só têm técnicos em sua equipe, "incompetentes para a saúde indígena". O cacique reclama que até hoje nenhum convênio estabelecido pelas instituições surtiu qualquer efeito. E cobra a concretização de promessas, como obras de saneamento e poços artesianos. "Cadê o dinheiro para a construção do posto de saúde e do dormitório para a equipe multidisciplinar?", quer saber.

Caime Waiassé, vice-cacique de Etenhiritipa, levanta outro ponto: a falta de capacitação dos profissionais enviados às terras indígenas, sempre iniciantes, e "que só vêm para dar remédio". Ele critica o uso excessivo de medicamentos e cobra mais investimento na infraestrutura de saúde. Tsutpó reforça a crítica, lembrando



Sereburã (E) e a fogueira em torno da qual se reúnem os anciãos: saúde é sossego

que no papel os projetos são bons, mas nunca são executados. Ao contrário do que "está no papel", não há avião nem carro para deslocamento de doentes no pólo-base de Água Boa (MT). Nem mesmo combustível foi disponibilizado para resgates. "A gente faz tudo que é obrigação da Funasa".

A situação se confirma em uma visita ao posto de saúde, que segundo o cacique de Pimentel Barbosa "não tem nada da Funasa, a não ser o aparelho de inalação". O dentista Rodrigo Duarte, há três meses no posto, tem que atender 24 aldeias xavante com apenas um carro, compartilhado com uma nutricionista e a auxiliar de enfermagem. "É impossível dar conta", resume. Ele informa que não há cadeira apropriada para atendimento e que sua atuação fica restrita a profilaxia, noções de higiene bucal, restaurações provisórias e extrações.

PRECONCEITO

O cacique de Pimentel Barbosa também denuncia o preconceito de que os indígenas são vítimas quando recorrem ao atendimento no hospital público de Água Boa (MT). Tsutpó explica que o hospital tem uma ala separada para atender pacientes indígenas — "um lugar sujo, inadequado, sem lençol" — e que já testemunhou situações em que os índios ficaram à espera de atendimento deitados no chão.

Além disso, as tradições culturais não são respeitadas pelos profissionais, que frequentemente discriminam os índios, principalmente, quando percebem que não falam português. "Como um profissional sem responsabilidade teve coragem de fazer juramento?", questiona.

FOTO: ADRIANO DE LAVOR



Dignidade nas aldeias, preconceito nas cidades: famílias como a de Marinho ficam em ala separada no hospital público





Resistência, disciplina e organização

Oplacar da partida já marcava mais de dez gols quando a tarde caía na aldeia Pimentel Barbosa. Quem assiste à disposição dos jovens xavante que correm atrás da bola de futebol não imagina que alguns deles estão acordados desde o dia anterior. Eles participaram ativamente do *Wai'a*, ritual de cura e troca de conhecimentos considerados *sobrenaturais*, que começou à tarde, atravessou a noite e terminou no dia seguinte.

A celebração representa bem a força do povo que mais resistiu à campanha de *pacificação* empreendida pelos colonos que desbravaram o Brasil Central no século passado. Restrito aos homens, o conteúdo do *Wai'a* ainda é segredo,



Casa dos rapazes solteiros, ou *Hö*, onde se aprende o que é necessário à vida adulta

mesmo para estudiosos da cultura xavante. A preparação é feita fora da aldeia, quando os homens são separados por grupos de idade. No centro do círculo, os cantores entoam cânticos, observados por iniciantes, que formam outro círculo ao redor.

Um terceiro grupo, dos guardas, aparece em seguida e realiza a *Datsiparabu*, dança cuja coreografia simula um ataque aos pés dos iniciados. Eles dançam bem próximos a cada um dos mais jovens, que permanecem imóveis e de cabeça baixa, mesmo quando algum dançarino pisa nos seus pés, como prevê o ritual. Alguns deles terão que ter resistência para enfrentar o sono e o frio — as madrugadas de julho chegaram a registrar 13 graus — e se manter acordados por toda a noite.



VIDA NA ALDEIA

Quando o dia amanhece, os iniciados ainda disputam uma acirrada competição, tentando segurar, ainda no ar, flechas disparadas de fora da aldeia. Mulheres e crianças permanecem em casa, com as portas fechadas. O ritual se encerra ao redor do fogo, na presença dos mais velhos, com a divisão do pão doado por cada uma das famílias. Somente aí as mulheres podem abrir suas portas e iniciar as tarefas do dia.

Resistência, disciplina e organização parecem ser marca desses índios. Os xavante que vivem nas aldeias Pimentel Barbosa e Etenhiritipa descendem do grupo que, em 1946, passou a ter contato regular pacífico com os agentes do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), com o cacique Ricardo Ventura, Nancy Flowers e Carlos Coimbra, em *Demografia dos povos indígenas no Brasil* (Editora Fiocruz). Era a *Marcha para o Oeste*, deflagrada pelo Estado Novo. Nos anos seguintes, sofreram os efeitos devastadores de epidemias de doenças infecciosas e viram fracassar um projeto governamental de cultivo de arroz em suas terras; assistiram ao decréscimo de sua população, se recuperaram, conseguiram a demarcação de suas terras. Hoje, lutam contra mais um inimigo: a entrada das doenças crônicas nas aldeias.

SOSSEGO E TRADIÇÃO

Saúde, para eles, é “sossego”, define Sereburã, um dos mais antigos habitantes de Pimentel Barbosa. Cigarro à mão, ele participa da diária reunião dos anciãos à sombra das mangueiras. O sol há pouco nasceu e eles já estão lá, reunidos em torno de uma fogueira e de uma animada conversa, que ignora a “importada” língua portuguesa e as hierarquias de fala. Sem pressa, respondem as questões da equipe da Fiocruz, traduzidas em detalhes e gestos pelo cacique Tsuptó. Ao redor, crianças aproveitam a

liberdade da infância. Correm, brincam e sorriem para as câmeras fotográficas, sem deixar de conferir cada clique com curiosidade.

Daqui a alguns anos, os meninos deixarão as suas famílias e entrarão na casa dos rapazes solteiros, que eles chamam de *Hö*, onde ficarão por cerca de cinco anos. As meninas permanecerão em casa, ajudando as tarefas da mãe. Uma espécie de escola da vida xavante, o *Hö* é o lugar onde eles “aprendem o que irão precisar na vida de adultos”, conta Tsuptó. Cada um tem seu *padrinho*, o responsável por passar as lições de como prover uma família e relacionar-se com as outras pessoas e o mundo ao redor.

Na aldeia vizinha de Etenhiritipa, o cacique Paulo Supretaprã chama atenção para os detalhes do ambiente: o pente e o urucum — os xavante são conhecidos por sua vaidade —, as folhas da lixeira, planta grossa usada para lavar a sola dos pés “e correr leve” pelo Cerrado, e o chocalho que acompanha o canto ritual, feito de unha de veado e penas de garça e de arara azul. Eles se preparam para receber o primeiro furo na orelha, símbolo da entrada na vida adulta.

Até lá, se acompanham do sossego da vida nas aldeias, onde o dia começa cedo e a noite é salpicada de estrelas. Se não pensam no futuro, personalizam a certeza de um novo amanhã: “Essa geração tende a vir mais forte. Vai depender deles pegar no pé dos que estão no poder e melhorar nossas condições de vida”, profetiza Caime Waiassé, vice-cacique de Etenhiritipa.



Um dos grupos realiza a *Datsiparabu*, dança que simula ataque aos pés dos mais jovens

Entrevista: **Carlos Coimbra**

"A alimentação está no centro das questões de saúde dos xavante"

Despesador da saúde xavante desde os anos 1990, Carlos Everaldo Álvares Coimbra Junior coordena dois projetos que investigam a relação entre os hábitos alimentares e a emergência de casos de obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* entre os índios que vivem na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, no Mato Grosso. Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade de Brasília (UnB), mestre e doutor em Antropologia Médica pela Indiana University, com pós-doutoramento no Five College Program in Medical Anthropology, University of Massachusetts, nos Estados Unidos, o pesquisador da Ensp/Fiocruz conversou com a *Radis* sobre os principais problemas de saúde enfrentados pela etnia, e explicou como estes chegaram às aldeias.

Como anda a saúde do povo xavante?

Em termos gerais, enfrenta desafios importantes. A saúde da criança e do adolescente constitui um campo extremamente relevante, considerando o panorama demográfico. Aproximadamente metade da população tem menos de 15 anos. As crianças tendem a crescer relativamente bem até os primeiros seis meses de vida, um ano. A partir desse ponto, apresentam desnutrição crônica e anemia.

Que fatores contribuem para a prevalência de anemia?

Em muitos contextos indígenas do Brasil Central e do Norte do país, há uma associação entre anemia e malária. Aqui, não existe malária. Recentemente, verificamos que a prevalência de parasitoses intestinais diminuiu muito em relação ao passado. Para nós, há a possibilidade de associação entre anemia e alimentação.

E entre os adultos?

A alimentação está hoje no centro das questões de saúde dos xavante. Se a infância é marcada pela desnutrição, a idade adulta é marcada pela obesidade, que atinge cerca de 50% dos adultos entre 20 e 24 anos. É o oposto do que ocorre com as crianças, mas também tem relação com uma alimentação inadequada.

Isso caracteriza um quadro de transição nutricional?

Exatamente. A partir daí surgem outras situações de saúde e agravos decorrentes da alimentação, como diabetes *mellitus*, que é uma preocupação da comunidade hoje em dia, hipertensão arterial e algumas doenças cardiovasculares. Pimentel Barbosa registrou o primeiro caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC). A pessoa sobreviveu, mas os demais ficaram muito assustados com seu quadro de invalidez.

Em relação às doenças infecciosas, como está o cenário?

Os xavante hoje estão distantes do risco das grandes epidemias de sarampo, gripe, malária e tuberculose que, no passado, levaram sociedades indígenas inteiras à extinção. Temos uma cobertura vacinal bastante razoável. Mesmo para doenças como a tuberculose, de tratamento complicado, a medicação existe e está disponível. Morrer de tuberculose é uma coisa de que só os velhos se lembram.

Que doenças costumam afetar mais as crianças?

As diarreias, sejam as causadas por vírus ou bactérias, são a principal causa de adoecimento e de internação hospitalar entre as crianças menores de cinco anos, e estão vinculadas às condições de saúde ambiental. Por que o uso do sal hidratante, aqui, aparentemente, não funciona? Imagine ir ao posto de saúde da aldeia e receber da auxiliar de enfermagem o pó do soro reidratante e a orientação de dissolvê-lo em um litro d'água. Além de litro ser um valor de unidade nosso, onde a mãe xavante vai arranjar água de boa qualidade para dissolver o pó?

Como é o cotidiano das mulheres xavante?

Elas têm que ir à roça e processar os alimentos todos os dias — aqui não tem geladeira nem despensa, não tem como estocar o alimento pronto. São mulheres com taxa de fecundidade alta, da ordem de seis a oito filhos. Muito mais do que a média de filhos de uma mãe brasileira. Imagine ter toda a responsabilidade doméstica e cuidar de cinco filhos, com diarreia. Ela não consegue.



Como são as ações de assistência para essa mãe?

Não se vê a equipe de saúde andando muito pela aldeia ou entrando nas casas. As pessoas não se sentem à vontade, acham a aldeia suja, não gostam de tocar nos índios porque pensam que vão pegar bicho de pé. No hospital da cidade, os índios recebem prescrições como soro e chá ou maçã e banana. Os xavante não têm chás na sua cultura. E onde uma mãe vai arrumar uma maçã aqui? Ela nem sabe o que é. O médico não faz ideia do paciente que está atendendo.

Que outras mudanças culturais interferiram na mudança de padrão epidemiológico e nutricional?

Dos anos 1970 para cá, acelerou-se um processo de mudanças sociais e culturais entre os xavante, associado a um projeto financiado e promovido pela Funai, de cultivo de arroz. Acreditava-se que os povos indígenas deveriam produzir e se tornar independentes economicamente do Estado. Para a área xavante, a ideia foi o arroz; em Rondônia, os índios plantavam café; no Acre, tiravam seringa... Não conheço lugar onde isso tenha dado certo. Aqui, claramente, não deu.

Como é a dieta xavante hoje?

O arroz permaneceu. Eles aprenderam a plantar e a comer arroz com bastante óleo e sal. Nos últimos 30, 40 anos, também foram expostos a inovações alimentares com impacto no comportamento nutricional. Apareceram o café e o açúcar; o macarrão entrou nas aldeias com muita força. Esses itens aparecem quando a Funai distribui a cesta básica nas aldeias — que chamo de cesta engordativa — ou no início do mês, quando eles têm algum dinheiro. Os homens continuam interessados em caçar e pescar. Esse aporte proteico continua valorizado por eles. A composição do prato, no entanto, está empobrecida: muito rica em itens de alto teor calórico e óleo. Eles fritam muita coisa hoje em dia; antes, só assavam. (A.D.L.)



9º CONGRESSO DA REDE UNIDA

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS

Evento destaca atenção básica e formação técnica, entre os temas dos relatos voltados à qualificação profissional em saúde

Katia Machado

A qualificação profissional dos trabalhadores do SUS esteve no centro dos debates do 9º Congresso da Rede Unida, realizado em Porto Alegre, entre 18 e 21 de julho. Com foco no relato de pesquisas e experiências relacionadas à formação em saúde, sob o tema *Saúde é construção da vida no cotidiano*, o evento contou com quase 3 mil pessoas – 2,6 mil inscritos e 400 colaboradores – e 1,4 mil trabalhos apresentados. Dividido em três eixos temáticos – Cidadania, Trabalho e Educação –, com pôsteres, rodas de conversa, tábulas e fóruns, o congresso possibilitou a troca de experiências em formação e trabalho em saúde, realçando a educação permanente como dispositivo de mudança da gestão e da organização do SUS. “É a prática do fazer refletido”, resumiu o professor doutor em Educação Alcindo Ferla, presidente

do evento e integrante da secretaria executiva da Rede Unida.

Para Alcindo, embora alguns dos espaços de debate tenham reunido público pequeno, as atividades resultaram em contribuições expressivas para a agenda da formação dos trabalhadores em saúde e para fazer o SUS avançar. Ele explicou que a extensa programação do evento obrigou os participantes a se dividirem em 30 ou até 40 atividades que ocorriam simultaneamente. “O congresso abriu a possibilidade de articulação entre alunos, representantes de movimentos sociais e instituições de saúde e educação”, observou o professor. “O evento nos mostrou como estamos pensando de forma muito parecida em vários lugares”.

Alcindo apontou pelo menos duas grandes vertentes no evento: uma enfatizando a atenção básica, o que indica “como esse nível da atenção pode ser dispositivo estruturante do SUS e da formação em saúde”; outra ressaltando a importância da formação técnica, em contraste com a ideia de que o nível acadêmico é hierarquicamente mais importante. “Esse lugar periférico que o técnico ocupou no SUS acabou evidenciando potências que o ensino de graduação das profissões mais tradicionais não conseguiram perceber”, analisou.

No eixo Educação, a formação técnica esteve presente na roda de conversa *A Educação profissional no cotidiano do SUS*, que abordou questões referentes aos agentes comunitários de saúde (ACSs), às equipes de Saúde da Família e aos técnicos de saúde bucal. A luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho dos agentes comunitários de saúde foi tratada pela palestrante Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

(EPSJV/Fiocruz). Márcia apresentou a experiência de um seminário sobre o tema, realizado pela EPSJV e pela Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Amacs), no segundo semestre do ano passado, com objetivo de contribuir para a elaboração de estratégias de fortalecimento do movimento dos ACS do município. “Muitos desses profissionais desconheciam seus direitos e o seminário buscou tratar disso”, enfatizou.

Agentes de todas as áreas programáticas atendidas pelas equipes de saúde da família do Rio de Janeiro participaram do evento, relatou a palestrante. Em grupos de trabalho, coordenados por diretores da Amacs, e mesas-redondas, foram abordados o histórico do processo de luta dos ACS, a regulamentação e legalização de seu trabalho, a situação da categoria no âmbito municipal e a transformação do trabalho no capitalismo contemporâneo. A experiência, avaliou Márcia, possibilitou maior articulação



FOTOS: KATIA MACHADO



Françoise: nova proposta de formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família,

Márcia: agentes comunitários de saúde precisam ser reconhecidos e qualificados



Mônica: residência multiprofissional põe em debate fronteiras e papéis de cada categoria

dos trabalhadores e importante troca de experiências, “favorecendo não só o fortalecimento da luta da categoria, como também o processo de construção de sua profissão”. “Se não reconhecermos e qualificarmos devidamente essa categoria, muitos deixarão seus cargos”, sinalizou.

Na mesma roda de conversa, Françoise Elaine Silva Oliveira, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), apresentou o trabalho *Acolhimento pedagógico: uma nova proposta de qualificação para saúde da família*, tratando de um curso realizado em maio de 2009, para a formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família, com foco no cuidado humanizado. Buscando formar multiplicadores, o curso envolveu 257 equipes de saúde da família e oito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), de 45 municípios baianos. “Considerou-se equipe desde o profissional médico até o agente comunitário de saúde”, explicou Françoise. A iniciativa evidenciou a importância da cartografia do território, da ajuda compartilhada, do acolhimento e do controle social. “Foi a oportunidade que os profissionais tiveram para discutir processos de trabalho e trocar experiências”, revelou.

Também a saúde bucal foi contemplada nos debates de formação profissional, tomando como foco a regulamentação, em 2008, da profissão de técnico de saúde bucal (TSB), pela Lei 11.889 para dar suporte ao cirurgião-dentista. A pesquisadora Marilene Barros de Melo, da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, relatou experiência realizada em 12 unidades básicas de saúde da região sudeste de Minas Gerais, com 22 cirurgiões-dentistas e seus respectivos técnicos, percebendo a falta de autonomia desses últimos, condições inadequadas de trabalho, sobrecarga de funções, equipe fragilizada e modelo de formação e prática clínica fragmen-

tados. Os avanços ficaram por conta da percepção de melhora do processo de trabalho a partir da inserção do técnico de saúde bucal. “A pesquisa comprovou que muitos procedimentos foram bem executados pelo TSB, melhorando a relação entre essa categoria e os cirurgiões-dentistas”, apontou Marilene.

O eixo *Educação* trouxe aos debates também a formação em nível superior, na tábua sobre residência multiprofissional, que discutiu o valor dessa proposta para a potencialização dos serviços de saúde. Aspectos positivos foram verificados, por exemplo, no âmbito da saúde mental, como mostrou a professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/Ufba) Mônica Lima, ao relatar a experiência de formação de profissionais de saúde e o cuidado em saúde mental em terrenos educativos na primeira residência multiprofissional criada na UFBA, em 2008, e que conta com 15 residentes (três enfermeiros, três terapeutas ocupacionais, três psicólogos, dois assistentes sociais, dois educadores físicos e dois cientistas sociais). Mônica pesquisou essa residência e acompanhou uma das equipes de residentes nos centros de atenção psicossocial (Caps) da Bahia. Em sua análise, a presença de uma residência multiprofissional “produziu nos sujeitos em formação um tensionamento das fronteiras dos núcleos profissionais”. Foram inquietações sobre qual o papel específico de uma categoria, em que diferem as atuações, até onde uma determinada formação profissional permite agir e a quem compete tal função. Os residentes, esclareceu, faziam rodízio entre os Caps, o que os obrigava a encarar diferentes cenários, pessoas e contextos. “Descrevê-los nesse processo educativo demonstrou quão rica e desafiadora pode ser a formação em serviço”, observou.

Na pesquisa, Mônica identificou ainda que o fato de não haver a presença de um psiquiatra na residência abriu espaço para que outro discurso hegemônico, do psicólogo, ocupasse esse lugar. “Na ausência de um, outro toma espaço. Isso é um perigo, pois fortalece o mal da hierarquia do conhecimento”, criticou.

O SUS COMO ESCOLA

Uma proposta de transformação da rede de serviços de saúde em espaço de educação e desenvolvimento profissional foi apresentada na tábua *O SUS como escola*, que teve como foco a formação continuada e em serviço e foi uma das que contou com público mais expressivo. A professora Ivana Barreto, da Faculdade de Medicina da



Núbia: equipe matricial na atenção a pessoas com transtornos mentais

Universidade Federal do Ceará, expôs a experiência do *Sistema de Saúde Escola*, criado em Fortaleza, em 2007, propondo-se a criar estratégias de educação permanente em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares na rede de serviços de saúde do município. “A ideia é servir de apoio ao SUS no processo de gestão das comunidades, e na comunicação e construção de uma identidade coletiva no sistema”, explicou Ivana.

Para a professora da Universidade de Londrina Rossana Baduy, não há como se pensar a formação de profissionais de saúde sem pensar o SUS como escola e, sobretudo, “sem pensar nas mudanças das práticas”. Como formadora em uma unidade de Saúde da Família de Londrina, ela relatou ter pela frente os desafios de relacionar a teoria e a prática, estabelecer conexões entre trabalhadores e usuários e transformar essa prática com o conhecimento. Para tanto, listou Rossana, é preciso “compartilhar a produção dos espaços de aprendizagem com gestor, trabalhadores e usuários, construir vínculos, pactuar papéis e respeitar os limites das relações”.

A mesa de debate encerrou-se com um questionamento da professora da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Laura Feuerwerker quanto ao tipo de formação oferecida pela universidade no que diz respeito ao mundo do trabalho. “Nós estamos formando profissionais para os princípios do SUS. Mas o que parece é que esses princípios são apenas a Estratégia Saúde da Família e que o SUS é apenas para pobres”, observou Laura.

Da plateia, um entusiasta do debate ressaltou que não é a universidade que transforma o SUS em escola. “O sistema sempre foi escola sem universidade e me parece que



Clarita: desafio é superar a carência de atenção básica em Novo Hamburgo (RS)

se produz mais saber fora desses espaços formais de aprendizado”, avaliou. Laura concordou. “Sempre tive a certeza de que a formação do estudante é mais bacana na prática. A universidade aprende muito mais com o SUS do que o contrário”.

ATENÇÃO BÁSICA

A ênfase na atenção básica no congresso da Rede Unida expressou-se, entre outros espaços, em uma roda de conversa do eixo Trabalho, que discutiu o papel das equipes matriciais e multidisciplinares. A psicóloga Núbia Dias Costa Caetano, da Secretaria Municipal de Fortaleza, tratou de uma experiência matricial na atenção do paciente de saúde mental, na capital cearense, que envolveu 12 centros de Saúde da Família e dois centros de atenção psicossocial (Caps) – um Caps Álcool e Drogas e um Caps Geral. A proposta de apoio matricial é dar suporte técnico em áreas específicas às equipes da atenção básica. Na experiência relatada por Núbia, o objetivo foi sensibilizar e ajudar as equipes de saúde da família no atendimento às pessoas com transtornos mentais, além de sistematizar e organizar suas rotinas, desafogando assim os Caps. Os profissionais, relatou Núbia, se reuniam em rodas de conversas para discutir os casos de pessoas com transtornos que acompanhavam, e os responsáveis pelo apoio matricial realizavam com as equipes de saúde da família o acompanhamento direto de alguns pacientes, visando evitar a internação.

Egressa da primeira turma de especialização de residentes em apoio matricial da Universidade Federal de São Carlos (Ufscar), Aline Barreto de Almeida buscou responder à indagação presente no título de sua pesquisa, *Apoio matricial em unidades de*

Saúde da Família: uma retarguada possível?. Ela e Giovanni Gurgel Aciole, também da Ufscar, realizaram pesquisa qualitativa que tinha como objetivo identificar evidências de articulação entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e unidades de Saúde da Família.

Os pesquisadores perceberam alguns conflitos quanto ao papel do apoio matricial. “As equipes de saúde da família tinham a ideia de que os profissionais especializados do apoio matricial fossem resolver todos os seus problemas”, exemplificou. Apesar de identificar problemas de entendimento da proposta, da predominância biologicista e curativa e dos próprios limites em relação à não resolução completa dos problemas da população, a pesquisa confirmou que a integração entre os profissionais das equipes de saúde da família e do apoio matricial possibilitou pactuações conjuntas, trabalho interdisciplinar e construção de projetos terapêuticos comuns.

A interdisciplinaridade também esteve presente no trabalho apresentado pelo educador físico Marcos Luiz Pereira da Silva, sob o título *Academia carioca da saúde*, que faz parte da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, por meio de sua Superintendência de Promoção da Saúde. Hoje, 20 academias criadas nas clínicas e unidades de saúde atendem diversas faixas etárias e necessidades específicas de saúde. “Os participantes precisam pertencer a um grupo específico da unidade, seja da nutrição, da saúde mental, entre outros”, explicou. Já os professores são contratados pelo Nasf, entendendo que educador físico faz parte de uma equipe de apoio. “Nós não pertencemos à equipe de saúde da família”, esclareceu.

Ao ingressarem, os praticantes preenchem uma ficha com dados pessoais, familiares e história clínica, e os educadores físicos fazem uma avaliação antropométrica e funcional, prescrevendo os exercícios de acordo com a especificidade de cada praticante. É realizado o acompanhamento da pressão arterial pré e pós atividade, além da glicemia para os diabéticos. “Depois de dez meses de trabalho, percebemos efeito hipotensor do exercício, ou seja, redução da pressão arterial, além da redução do índice de massa corporal”, contou, acrescentando que o projeto, iniciado em dezembro do ano passado, caminha a passos largos. “Começamos com 300 participantes. Hoje, já temos 1.300”, revelou.

Ainda no viés da interdisciplinaridade, a roda de conversa debateu também o papel da psicologia na atenção básica. A psicóloga Claudia Sedano Fait falou



Hans: no Rio, pronto-atendimento e sistema de informação para ‘organizar a casa’

sobre a inserção do psicólogo no Centro de Saúde Escola Murialdo, no Rio Grande do Sul, que serve de espaço de formação em serviço de residências multiprofissionais, incluindo psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição e odontologia. “O que temos aqui é a psicologia na atenção básica, não no Nasf nem como apoio matricial”, frisou.

Para ela, a inserção do psicólogo numa equipe de saúde da família ampliou a integralidade das práticas de saúde, a flexibilização do campo do conhecimento psicológico e apropriação do campo da saúde coletiva pela psicologia. Em sua avaliação, o papel do psicólogo em determinado lugar será dado conforme a proposta de trabalho. “Ele conseguirá superar a fragmentação de sua especificidade, se o enfoque do trabalho estiver na promoção da saúde e no acolhimento”, orientou.

MOBILIZAÇÃO

Sob o título *Nasf: construindo diretrizes e resignificando o processo de trabalho da Bahia*, Lígia Castegna-ro Trevisan, da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (Sesab), falou sobre o processo de implantação dos Nasf no estado, como estratégia de ampliação da resolutividade da atenção básica. “As primeiras equipes de Nasfs da Bahia foram credenciadas em junho de 2008, sendo que em março de 2010 o estado já contava com 75 equipes implantadas”, contou. “O estado ocupa o terceiro lugar com maior número de núcleos no Brasil”, acrescentou.

Em sua avaliação, esse avanço é fruto de mobilização social e política. Em 2009, lembrou, a Sesab realizou o 1º Encontro Estadual do Nasf, onde trabalhadores e gestores de saúde trocaram ideias e experiências. No fim do mesmo ano, encontros microrregionais permitiram novas discussões. “Esses

espaços foram fontes de conhecimento para a formulação de uma resolução estadual sobre as diretrizes desses núcleos”, disse, referindo-se à Política Estadual do Nasf, aprovada na Bahia em março de 2010. Ela antecipou que a diretoria da atenção básica da Sesab aposta na construção de uma rede regionalizada dos Nasfs, “já que a Bahia tem realidades muito distintas”.

DESAFIOS NAS REGIÕES METROPOLITANAS

A tábua *A Saúde em regiões metropolitanas: desafios para os gestores do SUS*, também do eixo *Trabalho*, contou com a participação dos secretários de saúde dos municípios do Rio de Janeiro, Hans Dohmann, e de Novo Hamburgo (RS), Clarita de Souza, que se dispuseram a fazer um diagnóstico de seus sistemas locais de saúde, citando como problema principal a ausência da atenção básica e apresentando alguns caminhos, como as unidades de pronto-atendimento (UPAs 24 horas). Estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas hospitalares de urgência (*Radis* 83), essas unidades surgiram no Rio de Janeiro em 2007 e serão levadas também a Novo Hamburgo.

Clarita comentou que Novo Hamburgo, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre, cresceu desordenadamente, devido ao *boom* industrial calçadista, com sérios problemas de urbanização, habitação, transporte, meio ambiente e, sobretudo, saúde. Segundo Clarita, um dos desafios que a gestão municipal precisou enfrentar foi a precarização do trabalho em saúde. Ela revelou que 75% dos trabalhadores do hospital público do município estavam terceirizados, “em sua maioria, com contratos precários”, e 80% dos profissionais da rede dos serviços de Saúde Mental, da Atenção Básica e do Samu estavam vinculados a associações e cooperativas. Por este motivo, optou-se pela criação por lei de uma fundação pública de direito privado, abrigando parte desse efetivo com contratos precarizados. “Sei que este é um assunto polêmico. Mas estávamos no limite da Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF) e tínhamos até 30 de dezembro para fazer a mudança desse quadro. Caso contrário, teríamos que pagar multa de R\$ 10 mil por mês”, justificou. Segundo a LRF (seção 2, capítulo 19), a despesa total com pessoal terceirizado não poderá exceder, no caso de municípios, os 60% da receita corrente líquida.

Novo Hamburgo, acrescentou a secretária, não tem sequer uma unidade de saúde da família. Além disso, a rede hospitalar da Região Metropolitana —

grande parte concentrada na capital gaúcha, enfrentou longos anos de subfinanciamento. “Quem tem uma mínima estrutura de saúde pública é financiado pelo município, quando os recursos deveriam vir dos estados”, apontou. Para ela, o maior desafio de sua gestão é superar a carência de atenção básica. “Hoje, temos apenas 15 unidades de saúde na cidade nos moldes básicos, com clínico geral, pediatra, ginecologista e uma equipe de saúde bucal”, revelou.

Clarita anunciou que uma das propostas do município é criar uma unidade de saúde da família e uma UPA. “É claro que essa não é a única saída. As UPAs são importantes, mas não são salvadoras nem aqui nem no Rio de Janeiro”, disse em resposta a questionamentos feitos pela plateia. Para ela, antes de tudo, é preciso dar qualidade às unidades de saúde,

ATENÇÃO BÁSICA É DISPOSITIVO ESTRUTURANTE DO SUS E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE


ALCINDO FERLA

ampliar e também qualificar as equipes de saúde da família. “Não se pode fazer da UPA o único lugar onde o paciente é consultado, passa por exames e tem um direcionamento”, afirmou.

Hans Dohmann concordou que a UPA “é um sucesso, mas não é suficiente”. Ele lembrou que o Rio de Janeiro enfrenta problemas de saúde históricos e que, por isso, é preciso priorizar algumas demandas. “Queremos organizar a casa

do início para o fim”, comentou. O foco da atual gestão está na atenção básica, “com pronto-atendimento e sistema de informação”. Com 13% de cobertura da atenção básica, hoje, a meta até 2012 é ampliar o índice para 35% e chegar a 100% de cobertura de pronto-atendimento, ou seja, de UPAs. “Se a meta é essa, temos que cumpri-la no prazo”, salientou.

A proposta da gestão municipal é construir clínicas da família próximas da população, superando o desafio da locomoção, “com resolutividade de 70% a 80%”. Esse modelo de atenção básica inclui uma rede formada pela Estratégia Saúde da Família, postos de saúde, UPAs, policlínicas e hospitais de referência. Ou seja, a unidade faz o acompanhamento personalizado da população, as equipes de Saúde da Família coordenam o fluxo de pacientes e os agentes comunitários fazem visitas frequentes às residências, dando orientações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças. “A clínica da família deverá contar com laboratório a disposição, aparelhos de radiografia e até de ultrassonografia”, listou. Também fazem parte desse projeto os serviços da Telemedicina, que utiliza tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de dados para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e para pesquisa. “Você tem atenção primária na clínica da família e, quando precisa de um especialista, pode recorrer primeiro a esses serviços”, explicou. Outro desafio de sua gestão, finalizou, é a construção compartilhada de um sistema de informação. “Sem isso não dá para se fazer uma gestão única numa região com tantas diferenças”.

Hans Dohmann lembrou, ainda, que o município vive o dilema do limite da LRF no que diz respeito aos profissionais da rede de saúde e que, por isso, optou pela criação de organizações sociais de saúde para a contratação de pessoal. 



Roda de conversa: uma das modalidades de debate do Congresso, que contribuiu para a agenda da formação dos trabalhadores em saúde e para o avanço do SUS

SEMINÁRIO INTERNO

Comunicação, informação e educação em foco

Especialistas trazem contribuições de suas áreas para pensar o papel da Fiocruz

Adriano De Lator e Katia Machado

O **trinômio Comunicação, Informação e Educação** — consolidado em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, como forma de ampliar o controle social — deu título a seminário promovido nos dias 5 e 6 de agosto, pela Fiocruz, como atividade preparatória do 6º Congresso Interno da Fundação, que se realiza neste mês, dentro do modelo de gestão participativa e democrática norteador da instituição. Organizado pela vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Programa RADIS, Canal Saúde, Coordenação de Comunicação Social e Editora Fiocruz, o evento reuniu palestrantes de instituições externas, que trouxeram contribuições de suas áreas, com questões e reflexões ligadas direta e indiretamente à saúde, passando por educação escolar, tecnologia, jornalismo e psicanálise. “As contribuições ajudam a refletir sobre a função social da Fiocruz”, considerou Maria do Carmo Leal, vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação. “E a pensar o papel estratégico da Fiocruz no desenvolvimento do país”, acrescentou Pedro Barbosa, coordenador da comissão organizadora do congresso interno e vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional, na abertura do seminário.

VERDADE EM FORMA DE DENÚNCIA

A primeira rodada de debates foi dedicada às discussões sobre comunicação e cidadania, nas apresentações dos professores Paulo Vaz, da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ) e Aristides Alonso, da Faculdade de Letras da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e das Faculdades Hélio Alonso (Facha).

A “retórica do risco”, examinada a partir da lógica dos meios de comunicação de massa foi o ponto de partida da exposição de Paulo Vaz. “O conceito de risco aplica-se a uma situação em que o indivíduo está diante da oportunidade



Ana: jornalista e educador, parceiros possíveis



Vaz: mídia busca ocupar o lugar do que diz a verdade



Nepomuceno: aumento da população impõe inovações

de ter prazer e é incitado a considerar se sua escolha terá consequência negativa”, explicou, observando que esta se trata de uma abordagem moral, e não científica. “Os homens sofrem porque pecaram, morre-se do coração porque se come gordura”, exemplificou. Paulo observou que há uma distância entre “os conceitos dos peritos e os conceitos dos leigos”, no que diz respeito ao risco. “A distribuição de riscos reconhecida pelos peritos não é a que aparece nos meios de comunicação”, analisou. “Os leigos não estão adequadamente informados sobre os riscos que correm”, apontou. “Embora se afirme que cigarro causa câncer, a verdade é que o cigarro é apenas fator de risco para a doença. Mas, fazer a afirmação dessa forma não muda o comportamento do indivíduo”.

Paulo mostrou, ainda, que a mídia busca ocupar “o lugar do que diz a verdade, do que se preocupa com o cidadão” e, no caso do jornalismo brasileiro, essa proposta se manifesta de maneira específica: “A verdade não tem a forma da objetividade, mas a forma da denúncia”, disse. “Investiga-se a verdade, para trazer à luz o que as autoridades querem esconder”. Como exemplo, ele comparou a forma como o jornal americano *The New York Times* e a revista *Veja* abordaram pesquisa sobre os efeitos do colesterol na redução de doenças coronarianas e cânceres. O estudo, o maior já realizado sobre o assunto — levou oito anos e envolveu cerca de 50 mil mulheres —, contrariou os próprios cientistas envolvidos, revelando que comer pouca

gordura não reduz o risco de desenvolver as doenças. “Enquanto o *New York Times* deixou evidente a angústia dos cientistas quanto ao resultado, apresentando os diferentes pontos de vista sobre o assunto, *Veja* afirmou que a pesquisa estava errada e trouxe só depoimentos contrários, além de anúncios de remédios contra colesterol e hipertensão”, relatou Paulo Vaz, para quem a prática da denúncia é comum a todos os meios de comunicação do Brasil.

IMPÉRIOS CULTURAIS

O professor Aristides Alonso tratou da educação brasileira e dos desafios a ela impostos no cenário atual, baseado no pensamento do psicanalista Magno Machado Dias, do Colégio Freudiano Brasileiro, e da “nova psicanálise” — que traz o olhar da psicanálise para questões do mundo contemporâneo, pautado pela tecnologia. Para Alonso, nesse contexto, “a escola ficou velha”, sendo a mesma escola iluminista de 200 anos atrás.

A psicanálise, observou, busca entender a espécie humana; não reconhece uma verdade única; e considera que o conhecimento não é absoluto. Esse caminho ajudaria a analisar o papel da educação, em especial, no que diz respeito à sua capacidade de lidar com os *impérios culturais*, que, segundo a nova psicanálise, pontuam a história da humanidade. De acordo com essa teoria, o primeiro império, chamado “Império da Mãe”, diz respeito à fase em que “prevalece a função social materna”.

O segundo, do “Pai”, teria ocorrido quando “a humanidade se dá conta de que a reprodução tem a participação do homem”, momento também em que as mulheres são dominadas e escravizadas. O terceiro, do “Filho”, tem como referência a linguagem. “Já que falamos a mesma língua, somos todos irmãos”, explicou Alonso. As ideias de fraternidade e igualdade nascem nesse momento, embora não tenham conseguido se firmar.

É o quarto império, do “Espírito”, que mais concentra desafios à educação. Refere-se à inteligência, à tecnologia e à competência de lidar com a informação. “O conhecimento é cada vez mais transitório e circunstancial. Não está dentro da escola apenas, nem o professor é o único a detê-lo”, frisou. Diante disso, escolas e universidades precisarão tornar-se mais plurais, concluiu Alonso.

SUPERPOPLAÇÃO E TECNOLOGIA

A tarde do dia 5 foi dedicada às discussões sobre comunicação, informação e tecnologia e contou com a participação dos jornalistas Carlos Alberto Teixeira, o Cat, colunista de tecnologia de *O Globo* e autor do blog *Catalisando.com*, e Carlos Nepomuceno, professor da UFRJ, pesquisador e coautor do livro *Conhecimento em Rede* (Campus) e editor do blog *Nepo.com.br*.

Cat fez um retrospecto do uso da tecnologia ao longo da história, desde as formas primitivas de comunicação — grito, sinais de fumaça, cornetas alpinas e luzes —, passando por instrumentos como o telégrafo, o telex e o telefone, até chegar à internet. “O computador vai diminuir até sumir, como hoje não se vê mais o motor nos carros”, previu.

Ele apresentou um painel de tendências, como a convergência de mídias, a diminuição de custos para uso da internet e a intensificação do uso das redes sociais e de tecnologias em 3D. Mudanças que, apesar de encontrarem resistência de ativistas que criticam os riscos à privacidade, irão se estabelecer inclusive em políticas públicas. Neste cenário de “nuvem computacional”, em que dados, programas e informações, cada vez mais, ficam guardados na internet e não nos computadores dos usuários, Cat acredita que os novos hábitos daí decorrentes serão acompanhados de perto pelo mercado, através de dispositivos como *spywares*, de modo a não se perderem chances de oferecer ao usuário o que ele quer, e se intensificará a confecção de produtos tão inovadores quanto o aroma digital. As previsões, no entanto, geram dúvida: “Tecnologias são sempre boas?”.

O jornalista Carlos Nepomuceno trouxe uma pergunta-chave ao debate: por que esse processo tão acelerado de mudanças? Para ele, a explicação está

no aumento radical de habitantes do planeta, nos últimos 200 anos — apenas no Brasil, passamos de 90 milhões, em 1970, para quase 200 milhões, hoje. Esse crescimento populacional vem trazendo problemas em relação à vida — e à sobrevivência. “Uma conta que teremos que pagar”, alertou.

O desafio de sobreviver com qualidade em um mundo com tanta gente é o que estaria movendo esse processo de “inovação acelerada”, em busca de alternativas. O pesquisador comparou o uso da internet, hoje, ao surgimento do livro impresso, no século 16. Nos dois casos, acredita, uma crise produtiva relacionada ao aumento da população exigiu inovações. Para Nepomuceno, o tamanho da população está relacionado à quantidade de informação que precisa circular, em uma velocidade determinada. Com 7 bilhões de pessoas no planeta, tornou-se incompatível o modelo da mídia unidirecional. “Saímos de um para muitos e estamos no muitos para muitos”, analisou. Ele ressaltou, no entanto, que todas essas mudanças não são introduzidas pela tecnologia “mas pela capacidade humana de transformar”.

EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O seminário encerrou-se com a mesa de debate sobre comunicação e educação. A educadora Heloísa Dupas Penteado, da Universidade de São Paulo, tratou da educação escolar ao longo do tempo, dos papéis do professor e do aluno frente ao “ensino comunicacional” e da relação entre mídias eletrônicas e escola. A jornalista Ana Lagôa fez uma reflexão sobre o papel da educação no mundo da comunicação, a partir de suas experiências como idealizadora e primeira editora do extinto caderno *Educação & Trabalho*, do *Jornal do Brasil*, e editora da revista *Nova Escola*.


Heloísa tratou da forma como as principais tendências educacionais que conhecemos são marcadas ou pela informação — conjunto de dados, apresentados em mão única — ou pela comunicação — que prevê a interlocução. Entre as tendências, ela citou a da escola tradicional, com ensino centrado na informação, em que “o professor transmite um conhecimento pronto para o aluno aplicar”; a Pedagogia Cultural, que aborda valores culturais, “ampliando a compreensão do educando e a sua possibilidade de interação com o meio social”; a Pedagogia Crítico-Social, do educador Paulo Freire (1921-1997), pela qual se articulam o conhecimento do professor, as questões sociais e as habilidades e capacidades dos educandos; e a Pedagogia da Comunicação, pela qual a escola começa a pensar na importância das mídias. “Nesse caso, articulam-se professor, aluno, conhecimento, reali-

dade social e mídia”, observou Heloísa.

Ela defendeu a escola como produtora de conhecimento e o ensino baseado na comunicação, e ressaltou a importância do professor pesquisador, que explora com seus alunos diferentes conhecimentos e realidades, reorganiza conhecimentos prévios e promove a geração de novos. Nessa proposta, os alunos “são sujeitos portadores, ressignificadores e coprodutores do conhecimento, junto com os professores”. Tal pedagogia precisa se servir de diferentes linguagens e mídias — livros, vídeos, cinema, TV, internet —, propondo o exercício de sensibilização e raciocínio, a partir da problematização.

A exposição de Heloísa Dupas levantou paralelos e, ao mesmo tempo, convitou questões relativas à forma de a Fiocruz se organizar como instituição que tem como uma de suas responsabilidades formar quadros para o governo, como observou a vice-presidente Maria do Carmo Leal. “A educação baseada na pesquisa é mandatória, somos uma instituição que se faz com produção de conhecimento. O aluno tem grande nível de parceria e produz em conjunto conosco”, analisou, para ponderar também: “Somos médicos, dentistas, enfermeiros, cientistas sociais que nos tornamos professores. Nossa avaliação é feita sobre a produção científica”, disse, propondo que as aulas sejam avaliadas e pontuadas também.

Fechando o debate, a jornalista Ana Lagôa fez um paralelo entre o professor e o comunicador/jornalista, ambos sujeitos com demandas em comum, tornando-se “parceiros possíveis”. Ela fez menção à *pedagogização* do jornalismo, isto é, ao fato de “o jornalismo querer ensinar como fazer”. Para ela, isso, em certa medida, foi positivo, pois tirou a educação dos muros da escola, entendendo-se a sociedade como um grande espaço para se educar. Por outro lado, gerou-se inicialmente um conteúdo estereotipado, com fórmulas de aprendizado, sem valor acadêmico. Uma parceria entre o jornalismo e as instituições acadêmicas, em que jornalistas passaram a estudar e entender a área da educação, fez a “a cara do produto jornalístico mudar para o professor”. Esse momento foi marcado pelo surgimento de iniciativas como a *TV Escola*, do Ministério da Educação, o *Canal Futura* e a *TV Brasil*, entre outras. “Alguns projetos de comunicação também passaram a levar a mídia para a sala de aula, a exemplo do programa *Globo Educação*”, lembrou.

Para Ana, não existe bom ou mau jornalismo, apenas “o” jornalismo, que precisa de um discurso claro e firme, “sem estereótipos”, ensinou. “O profissional precisa ter espírito investigativo, um olhar de estranhamento e, ao mesmo tempo, humildade para o novo”, propôs. 

ENTREVISTA

Paulo Marchiori Buss

“Cooperação entre países deve ser horizontal e estruturante”

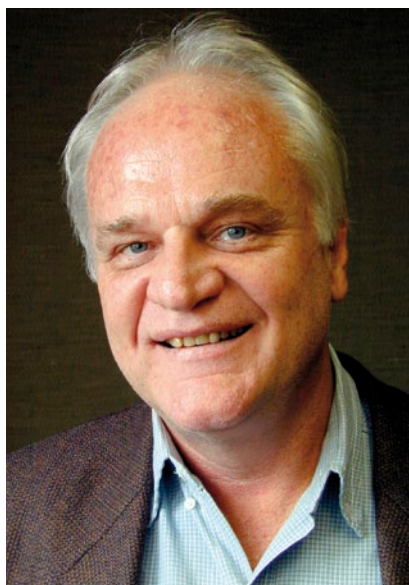


FOTO: PETER LICCIEV

Saúde (OMS), do qual foi eleito vice-presidente pelo período de um ano, até maio de 2011. Nesse cenário, o Brasil assume papel de cooperação não só financeira, como técnica e de recursos humanos, observa ele, nesta entrevista à *Radis*.

Quais os pontos frágeis da cooperação Norte-Sul e em que contexto desponta a cooperação Sul-Sul?

A cooperação Norte-Sul começou a mostrar limitações, devido a uma visão e práticas centralizadoras. Os modelos de cooperação em saúde dos países desenvolvidos nem sempre servem aos países em desenvolvimento devido à diferença de capacidade financeira, técnica, de recursos humanos, das condições de vida da população etc. Não foi à toa que as críticas às formas vigentes de ajuda propiciadas pelos países desenvolvidos, e que vinham de todo o lado, levaram à realização de um fórum, em 2005, em Paris, sobre sua eficácia (em inglês, *High-Level Forum on Aid Effectiveness*), do qual saiu a *Declaração de Paris sobre a Efetividade na Ajuda*. Esse documento reiterou a necessidade de ampliar a ação para o desenvolvimento dos países parceiros como também melhorar sua eficácia através de alinhamento, apropriação, humanização, gestão centrada em resultados e responsabilização mútua. Ou seja, tudo o que fracassou na cooperação Norte-Sul. Daí emerge a cooperação Sul-Sul.

Qual o papel do Brasil nesse cenário?

A presença política do Brasil é reconhecida no exterior nos últimos 20 anos, dada sua competência técnico-científica. Ao longo desses anos, o país entendeu que era preciso investir no desenvolvimento científico-

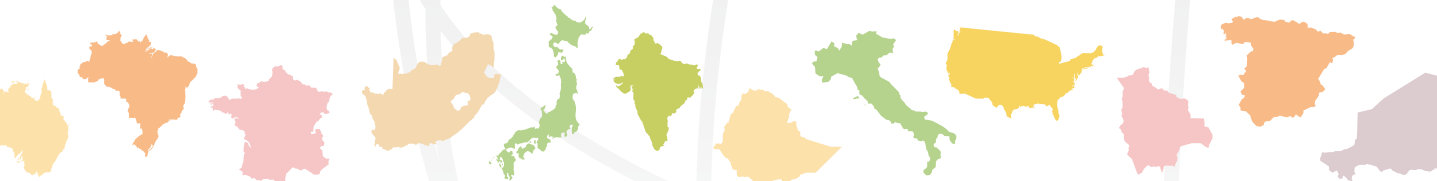
tecnológico, fazendo força para que as universidades tivessem a sua produção em saúde, criando um grupo forte de pesquisadores, professores e acadêmicos, gerando conhecimento. Isso resultou em instituições fortes, sustentáveis e sustentadas, com gente de qualidade dentro delas. Foi assim que se construiu um grande capital social, ou seja, pessoas qualificadas em todas as áreas do conhecimento. O Brasil se torna, ao mesmo tempo, país emergente e cooperante. E assume não apenas um papel de cooperação financeira, como também técnica e de recursos humanos. É um importante parceiro, que terá sensibilidade para conhecer as necessidades e os problemas dos demais países envolvidos e propor soluções na área da Saúde.

Isso é o que queremos para os países parceiros da cooperação Sul-Sul. Nós apresentamos a eles propostas que chamamos de *cooperação estruturante* em Saúde, ou seja, ajudamos os países parceiros não só com projetos como também fortalecendo suas instituições. É por isso que a Fiocruz está presente com cursos no exterior, formando mestres e doutores, em associação com instituições internacionais.

Por que caminhos o Brasil assume esses papéis?

São duas ações de cooperação Sul-Sul nas quais nos inserimos: o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (Pecs/CPLP), que abarca Brasil, Portugal, Timor Leste e cinco países na África (Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe); e a Unasul Saúde, que contempla os 12 países da América do Sul. A cooperação tem como proposta definir eixos prioritários e metas a serem atingidas na área da Saúde.

A cooperação internacional entre os países do Sul na área da Saúde vem se consolidando, projetando o Brasil como importante parceiro e superando o modelo de cooperação Norte-Sul, caracterizado por práticas centralizadoras e distantes da realidade dos países em desenvolvimento. Como ressalta o sanitarista Paulo Marchiori Buss, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, países europeus e os Estados Unidos começam a se influenciar pelos conceitos de *cooperação estruturante* e *diplomacia da saúde*, que norteiam a cooperação Sul-Sul. “As questões de saúde transcendem fronteiras nacionais e expõem os países às influências globais”, explica Buss, ex-presidente da Fiocruz e representante do Brasil no Comitê Executivo da Organização Mundial da



Em que etapa se encontra o Pecs/ CPLP?

A CPLP definiu, em abril de 2008, o seu programa estratégico de cooperação em saúde. Já está em desenvolvimento a rede da CPLP de institutos nacionais e a rede de escolas técnicas de saúde. Foi reconstruído o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, e Cabo Verde está organizando um novo instituto.

E a Unasul Saúde?

O processo de cooperação da Unasul Saúde anda mais rápido. Os presidentes dos países dos blocos regionais (Mercosul e Comunidade Andina), que formam esse grupo, instituíram a Unasul Saúde em dezembro de 2008 e, em abril de 2009, promoveram a primeira reunião de ministros de Saúde. Já em novembro do mesmo ano, foi realizada a segunda reunião e, em abril de 2010, a terceira. A partir desses encontros, foi criada a rede de institutos de Saúde da Unasul e a rede de escolas técnicas, com um programa de bolsas que vai financiar a formação de recursos humanos dentro da América do Sul. Claro que Argentina, Colômbia e Brasil, pelo seu histórico, têm mais oferta de pós-graduação do que outros países.

Que vantagens a cooperação traz?

Essa cooperação implica enorme avanço. As pessoas não precisam mais pagar 40 mil dólares em média por um mestrado ou doutorado no exterior. O Brasil, por exemplo, já conta para este ano com 20 bolsas de estudo, especialmente na Fiocruz e no Inca [Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde], e a perspectiva é, em 2011, duplicar ou triplicar a oferta, abrindo vagas em universidades brasileiras.

Que reflexos as duas ações de cooperação terão na saúde dos países envolvidos?

Moçambique, por exemplo, está criando o Instituto da Saúde da Mulher e da Criança, para o cuidado da gestante e do recém-nascido, a exemplo do Instituto Fernandes Figueira, da Fiocruz. O modelo brasileiro está sendo transferido ao país, adaptado às necessidades da região que tem elevada taxa de mortalidade materna e infantil, e já conferimos melhora da qualidade da assistência à parturiente e ao recém-nascido. É bem provável que nos próximos anos tenhamos reflexos positivos nos indicadores de mortalidade em Moçambique.

E para o cenário mundial, o que representam as ações de cooperação Sul-Sul?

Participei do Comitê do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, para o comprometimento dos Estados Unidos com a saúde global, em abril de 2008, apresentando a experiência da Unasul Saúde e aproveitando para criticar a política dos americanos exatamente por conta das ações verticalizadas. Eu era o único da América do Sul — havia um colega de Uganda e os demais eram

O BRASIL SE TORNA, AO MESMO TEMPO, PAÍS EMERGENTE E COOPERANTE

americanos. Todas as recomendações foram depois acatadas pela Casa Branca, tanto que, em fevereiro de 2010, os Estados Unidos divulgaram sua nova política global de saúde, segundo nossas ideias. Não leva o nome de *cooperação estruturante*, mas o conceito é o mesmo: não trabalhar verticalmente, mas horizontalmente. A experiência da Unasul foi também apresentada à Europa, em visita que fiz recentemente. Os europeus já conheciam o trabalho da Unasul e começam a ser influenciados por nossos conceitos de *cooperação estruturante* e de *diplomacia da saúde*. As experiências da Unasul e da CPLP fortalecem nossas ideias.

Em que se traduz o conceito de diplomacia da saúde?

Todo esse processo de ajuda externa de um país para outro é parte do que chamamos de *diplomacia da saúde*. É o espaço de negociação sobre temas internacionais na área da Saúde, muitas vezes polêmicos, que envolvem diversos países em relações multilaterais ou bilaterais. A diplomacia da saúde surge com a abertura do comércio internacional e com a ameaça de grandes epidemias, como a de cólera, na metade do século 19. O objetivo era, por causa do comércio, controlar as doenças infecciosas, promovendo negociações entre países. Atualmente, é mais do que isso. Por exemplo, as repercussões das mudanças climáticas sobre a saúde é um tema da diplomacia.

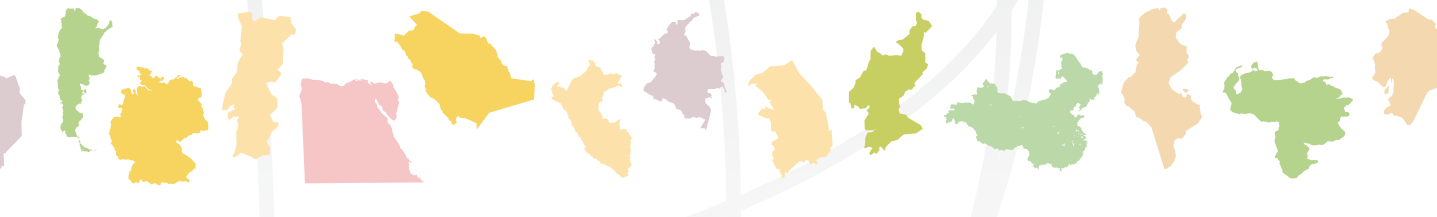
A mobilização dos países do Sul nas últimas décadas resultou em uma triangulação Norte-Sul-Sul...

Sim e ela é muito importante, porque os países do Norte começaram a compreender que a eficácia da sua ajuda seria maior se eles contassem com parceiros recém-saídos da situação de subdesenvolvimento. A cooperação Norte-Sul-Sul começa a existir com iniciativas do Brasil com os Estados Unidos e vários países da África. São arranjos em que, muitas vezes, os mais desenvolvidos do Sul entram com seu capital humano e sua experiência próxima da realidade do outro, enquanto os recursos financeiros vêm do Norte. A grande questão nesse caso é seguir com o conceito de *cooperação estruturante* em Saúde. Não adianta um país do Norte, a exemplo do que fizeram os Estados Unidos durante o governo de George Bush, oferecer fortunas em medicamentos a países que não têm um sistema de saúde para entregar o remédio ou para acompanhar as pessoas que recebem a medicação. Quando falamos em cooperação estruturante, queremos dizer que é preciso, antes de entregar o remédio, reforçar o sistema de saúde do país. Esse conceito garante continuidade e sustentabilidade das ações de cooperação, e não apenas iniciativa que chega e vai embora.

De que forma a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), pelo Brasil, em 2008, vem contribuindo para a cooperação Sul-Sul em saúde?

A CNDSS fortalece a ideia de que saúde é um produto social e não resultado de serviços apenas. Ou seja, saúde é consequência de uma sociedade mais equânime. Nesse sentido, temos insistido na ideia de que a cooperação internacional do Brasil não seja exclusivamente em saúde. Que saúde, agricultura, educação, construção da institucionalidade pós-conflito e pró-democracia façam parte de um grande projeto da cooperação internacional. (K.M.)

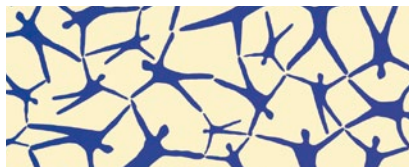
Acesse na seção *Exclusivo para web* do site do RADIS, link para artigos de Paulo Buss, sobre tema, em parceria com outros autores (www.ensp.fiocruz.br/radis/98/web-01.html).



SERVIÇO

EVENTOS

1ª CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL



Lançada no 3º Fórum Social Mundial *Lda Saúde*, em janeiro de 2009, em Belém (PA), a conferência visa estruturar as agendas políticas pela universalidade do direito à seguridade social nos âmbitos nacional e internacional. A conferência buscará caminhos em um cenário no qual se fazem necessários, como demonstrou a recente crise, um aprofundamento estratégico da perspectiva universalista, bem como uma agenda internacional voltada à garantia dos direitos humanos em seguridade social. Serão 1,3 mil participantes, entre delegados, convidados e observadores de países do mundo inteiro. Para participar de alguma das delegações, o interessado deverá contatar sua entidade da sociedade civil ou órgão do governo e obter informações sobre a realização do evento nacional, onde serão escolhidos os representantes que participarão da Conferência Mundial.

Data 1º a 5 de dezembro
Local Brasília, DF

Mais informações:

<http://conselho.saude.gov.br/confmundial.html>

10ª EXPOEPI

Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, chega a sua 10ª edição, e se realiza em Brasília, de 24 a 26 de novembro. Entre as áreas temáticas, estão *Saúde pública, Saúde ambiental, Saúde do trabalhador, Vigilância da população, Capacidade de resposta ante emergências, Atenção primária à saúde, SUS e Prevenção & Controle*.

Data 24 a 26 de novembro

Local Brasília, DF

Mais informações:

www.saude.gov.br/svs

PUBLICAÇÕES

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

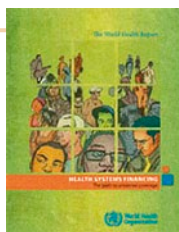
Nosso remédio é a palavra: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de Alcoólicos Anônimos, da série *Antropologia e Saúde* (Editora Fiocruz),

traz estudo de Edmilson Antunes de Campos sobre o modelo terapêutico proposto pelos Alcoólicos Anônimos (AA). A publicação, resultado de pesquisa etnográfica realizada com um grupo da periferia de São Paulo, abrange o universo cultural dos AA e busca compreender o modo como as representações do alcoolismo ali identificadas permite a homens e mulheres se estabilizarem em relação ao álcool.



RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE 2010

A OMS lançou o *Relatório Mundial de Saúde 2010*, sob o tema *Health systems financing: the path to universal coverage*. A publicação traz informações sobre a capacidade de decisão na implementação de políticas de financiamento na Saúde e apresenta enquadramento analítico e estratégico de como os países, em qualquer fase de desenvolvimento, podem atuar para modificar os sistemas de financiamento, considerando a cobertura universal e a sustentabilidade dos ganhos em saúde alcançados. O livro pode ser adquirido por encomenda.



QUALIDADE DAS EMERGÊNCIAS

Delicadeza esquecida – Avaliação da qualidade das emergências (Editora Universitária UFPE), de Antônio Mendes, pesquisador da Fiocruz de Pernambuco, trata da qualidade do atendimento de emer-



gência, privilegiando as relações entre usuários, profissionais e gestores. A obra analisa a valorização dos direitos dos usuários, seu acolhimento por profissionais e serviços de saúde e a motivação dos profissionais que optam em trabalhar nas emergências. O autor defende que um gesto de carinho, de delicadeza, de acolhimento é tão importante quanto uma boa conduta clínica ou cirúrgica prestada.

AMÉRICA LATINA

Recolonización, bienes comunes de la naturaleza y alternativas desde los pueblos

publicado pelo Grupo de Estudos sobre América Latina e pelo Diálogo dos Povos, com apoio do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), traz análises sobre as consequências socioeconômicas e sociopolíticas do processo de colonização da América Latina no mundo atual. Segundo os autores, José Seoane e Emilio Taddei, hoje, mesmo depois de 200 anos dos processos de independência política da maioria dos países da região, "a América Latina, indígena e afrodescendente, ainda sofre e sangra diante de uma nova desapropriação sob o império do capitalismo globalizado e sua fase neoliberal". O livro, ainda sem tradução para o português, pode ser acessado no link http://www.ibase.br/userimages/liv_ibase_dialogo_web.pdf



ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

Email editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

Editora Universitária UFPE

Tel. (81) 2126-8930

E-mail edufpe@nlink.com.br

Site <http://www.ufpe.br/edufpe>

Ibase

Tel. (21) 2178-9400

Site www.ibase.br

OMS Brasil

Tel. (61) 3251-9595

Site <http://new.paho.org/bra/>

PÓS-TUDO

Sem complacência

Mohga Kamal-Yanni *

Os representantes de dezenas de governos do mundo encerraram a 18ª Conferência Internacional de Aids com um dilema: comemorar ou não? Os mais otimistas podem apontar significativas vitórias na luta contra o HIV e a aids: o número de pessoas que são infectadas todos os anos, por exemplo, caiu cerca de 17% desde 2001. E mais, o número de doentes que recebem tratamento aumentou dez vezes em cinco anos e as mortes foram reduzidas em 10%.

Os desconfiados, por sua vez, também têm muito o que contar: apesar dos avanços, mais da metade das pessoas com HIV e aids não recebe o tratamento adequado. A situação mantém-se particularmente sombria em grande parte da África Subsaariana, onde se encontram 60% das pessoas que vivem com HIV, dois terços das novas infecções e cerca de três quartos de todas as mortes relacionadas à doença.

Essa relativa falta de progresso é decepcionante, especialmente considerando que 2010 foi o ano escolhido pelos líderes mundiais para ser o marco a partir do qual haveria acesso à prevenção, ao tratamento e aos cuidados a todos que estão em risco para o HIV e a aids. E por que o mundo não conseguiu fazer jus às promessas feitas por seus líderes em 2001? Inevitavelmente, parte da resposta é dinheiro. O fato é que os doadores não se dispuseram a encontrar os fundos necessários para enfrentar a propagação do HIV e tratar as pessoas infectadas.

* Assessora em Saúde e HIV da organização não governamental Oxfam na Inglaterra. Artigo publicado em O Globo, em 28/07/2010. Leia mais sobre a 18ª Conferência Internacional de Aids (realizada de 18 a 23 de julho de 2010, em Viena, Áustria) em www.ensp.fiocruz.br/radis/rede/248.html

O mais grave é que ao invés de intensificar os esforços para o enfrentamento da epidemia, os países e instituições doadores parecem sobrevalorizar o sucesso alcançado como forma de justificar sua complacência e, assim, não cumprir com o seu dever. Um exemplo disso é o caixa vazio do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária — responsável por salvar quase cinco milhões de vidas até agora. É preciso lembrar que, para garantir o acesso universal ao tratamento, os doadores deverão

O progresso em deter a epidemia da aids depende de ações de países ricos e pobres

reabastecer o Fundo com, no mínimo, 20 bilhões de dólares para os próximos três anos. Além disso, de forma a assegurar a efetividade e sustentabilidade da intervenção, faz-se necessário manter nos países serviços de saúde pública, infra-estrutura e recursos humanos bem treinados.

Não se pode atribuir, no entanto, a solução do problema somente a vontade dos países ricos ou a gestão da ajuda financeira. Os governos africanos também têm papel crucial a desempenhar. Como parte da declaração das Nações Unidas de 2001, da qual consta a promessa de universalidade do acesso ao tratamento da doença, eles se comprometeram a destinar 15 por cento dos seus orçamentos nacionais para o setor saúde e, em especial, para o combate ao HIV e aids.

Apesar de alguns poucos países como Malawi e Botsuana cumprirem a meta, em onze nações africanas se gastam atualmente em saúde

somente cinco dólares por pessoa ao ano. Em março, África do Sul, Ruanda e Egito conseguiram, em surdina, fazer com que o compromisso fosse derrubado na reunião de ministros da Fazenda da União Africana. Isto é preocupante. Se os governos do Norte e do Sul não destinarem fundos adicionais, o acesso universal à prevenção, ao tratamento e aos cuidados continuará sendo uma meta inatingível. A batalha também será perdida se a discriminação e o preconceito contra a doença e suas consequências não forem enfrentados.

Há países na África onde os governos dificultam a luta contra o HIV aplicando medidas punitivas. Em Serra Leoa, por exemplo, uma lei de 2007 criminaliza pessoas com HIV, pois considera-se que as mesmas expõem outras ao risco de infecção. A lei prevê penas inclusive para mulheres grávidas que passam o vírus para os seus filhos ainda na gestação. Não é só na África que isso acontece: em 2008, no Texas, nos Estados Unidos da América, um morador de rua HIV positivo foi condenado a 35 anos de cadeia por "agredir um funcionário público com uma arma mortal". Seu crime: cuspir em um policial quando estava bêbado. Esses mecanismos de criminalização das pessoas portadoras do vírus da aids buscam cortar caminho para o controle da doença, mas na verdade acabam contribuindo para a sua expansão, pois desestimulam aqueles que desconfiam estar infectados de fazer o teste e de receber o tratamento.

A realidade é triste, pois, quase uma década depois da promessa dos líderes mundiais em deter a epidemia da aids, o progresso ainda depende de ações tanto de países ricos quanto pobres. No momento, uma coisa é certa: os delegados dos países que participaram da Conferência de Viena voltam com muito dever de casa para fazer. E é bom que saibam: não há espaço para complacência. □



Saúde é terra, identidade e cidadania



Programa RADIS apresenta cenas do cotidiano indígena, em exposição que percorre os principais aeroportos do país

Consulte a programação em: www.ensp.fiocruz.br/radis/exposicao



APÓIO



REALIZAÇÃO

