

NESTA EDIÇÃO



EDUCAÇÃO PRA VALER

Cristovam Buarque
expõe na Fiocruz
proposta inovadora

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 83 • Julho de 2009
Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361
www4.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

9912233515/2009-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS



UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

São Paulo inaugurou, o Rio aderiu e agora o SUS adota a novidade: sanitaristas opinam (e divergem)

O Brasil de Carlos Chagas

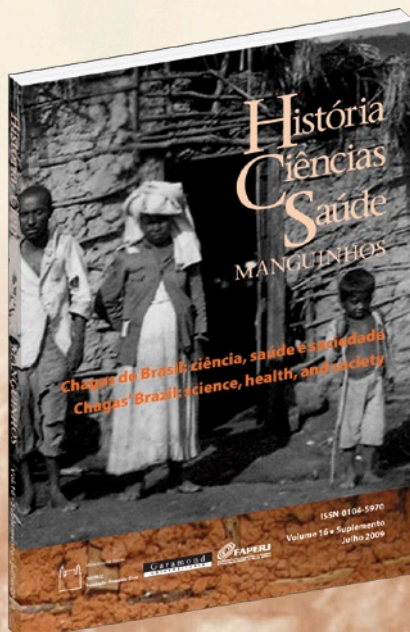
A revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), lançará neste mês de julho edição comemorativa dos 100 anos da descoberta da Doença de Chagas (volume 16), o suplemento temático *Chagas do Brasil: ciência, saúde e sociedade*.

Dedicada à preservação da memória da Fundação Oswaldo Cruz e às atividades de pesquisa, ensino, documentação e divulgação da história da saúde pública e das ciências biomédicas no Brasil, a COC publica a revista desde 1994, mas seu acervo reúne material desde o fim do século 19. Esse suplemento tem previsão de lançamento no Simpósio Internacional sobre os 100 Anos da Descoberta da Doença de Chagas, que a Fiocruz promoverá de 8 a 10 de julho. A *Radis* sintetiza aqui os resumos dos artigos selecionados para a edição – e alguns deles levantam questões de grande atualidade.

No artigo “Doença tropical, endemia dos sertões: Carlos Chagas e o Brasil ‘imenso hospital’ (1909-1923)”, a socióloga da COC/Fiocruz Simone Petraglia Kropf – estudiosa da trajetória de Chagas –, relaciona as controvérsias sobre a descoberta da doença à campanha pelo saneamento rural do Brasil. A “nova moléstia tropical”, apresentada por Chagas como emblema das endemias rurais, foi caracterizada como “doença do Brasil”, expressando a identidade nacional em vários sentidos: era símbolo de um “país doente” e da ciência que o “redimiria”. A campanha sanitária, segundo Simone, foi elemento decisivo na polêmica em torno da abrangência da doença (*Radis* 82): os críticos de Chagas condenavam a pregação sanitária, considerada antipatriótica e exagerada.

Com a bióloga e historiadora da Fiocruz Magali Romero Sá, Simone também escreve “A descoberta do *Trypanosoma cruzi* e da doença de Chagas (1908-1909): medicina tropical no Brasil”, sobre as condições científicas e sociais da época, determinantes para a especificidade da medicina tropical no Brasil.

O artigo “O Brasil não é só doença: O Programa de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek”, do cientista



político Gilberto Hochman, também da COC, analisa a plataforma política do candidato JK em 1955 e as relações entre saúde e desenvolvimento. Ainda sobre o período JK e sua maior obra, “No coração do Brasil, uma capital saudável – a participação dos médicos e sanitaristas na construção de Brasília (1956-1960)”, a historiadora Tamara Rangel conta que era preciso dar condições de salubridade à região, historicamente associada ao isolamento, à pobreza e a doenças.


A cientista política Nísia Trindade Lima (COC/Fiocruz), no texto “Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisario Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro”, aborda o papel das viagens científicas na imaginação social sobre o Brasil: doenças e distância geográfica e cultural, entre litoral e sertão, são destaque nesses retratos. O historiador Vanderlei Sebastião de Souza (Fiocruz), em “Arthur Neiva e a ‘questão nacional’ nos anos 1910 e 1920”, passeia pelos diagnósticos do cientista e escritor sobre o Brasil. Nas crônicas literárias ou no relatório da expedição de 1912, Neiva criticou a mentalidade de elites dirigentes e intelectuais, apontou falta de ação política, apego à imitação de ideias e uso exagerado da retórica bacharelesca como responsáveis pelo atraso cultural e político do país.

“A viagem científica de Neiva e Penna: roteiro para os estudos das

doenças do sertão”, do médico e escritor Joffre M. de Rezende, trata do relatório de Arthur Neiva e Belisario Penna, “Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás”. A historiadora Dominichi Miranda de Sá (COC/Fiocruz) volta ao tema em “Uma Interpretação do Brasil como doença e rotina: A repercussão do Relatório Médico de Arthur Neiva e Belisario Penna (1917-1935)”, destacando críticas como a dos médicos que editavam o periódico *A Informação Goiana* (1917 a 1935), que não admitiam ser o interior definido como ‘doente’ e ‘atrasado’.

Em “Expedições científicas, fotografia e intenção documental: as viagens do Instituto Oswaldo Cruz (1911-1913)”, os historiadores Maria Teresa V. Bandeira de Mello e Fernando A. Pires-Alves (COC) se debruçam sobre imagens, no caso, as séries fotográficas produzidas pelo IOC em suas viagens científicas. Aline Lacerda, também da COC, examina no texto “Fotografia e valor documental: o arquivo de Carlos Chagas (Seção Imagem)” as questões metodológicas no tratamento técnico de arquivos.

Pesquisadores de instituições estrangeiras participam do suplemento com artigos originais. O texto de abertura é de Gabriel Gachelin (Université de Paris VII) e Annick Opinel (Instituto Pasteur), com relato da receptividade nos meios médicos franceses da descoberta de Chagas em 1909: o tema começou a ser debatido de imediato e em 1912 já constava de manuais de parasitologia, estimulando pesquisas sobre a doença. O professor Nikolai Kremetsov, da Universidade de Toronto, fala sobre “*Trypanosoma cruzi*, Cancer, and the Cold War”. Juan Pablo Zabala (cuja tese de doutorado aborda produção e uso do conhecimento científico na Argentina sobre a doença de Chagas), em artigo em espanhol apresenta, entre outros, os aspectos políticos e institucionais da trajetória da doença no país, entendida como fato social e biológico.

Na seção *Depoimento* da revista, o personagem central é o cardiologista gaúcho Francisco Laranja (1916-1989), do IOC, cujo trabalho ajudou a impulsionar os estudos da doença em Bambuí, Minas Gerais (ver pág. 20). 

Alto lá!

Uma das contribuições do RADIS, há 27 anos, tem sido abrir espaço para o debate que aperfeiçoe a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. Em temas como farmácias populares, fundações estatais de direito privado e, agora, as unidades de pronto-atendimento (UPAs), as divergências não opõem defensores e detratores do SUS, mas os seus próprios construtores.

Por que alguém seria contra uma unidade de saúde que funciona 24 horas, inclusive fins de semana, tem consultórios de pediatria, clínica médica e odontológica, salas de nebulização, sutura, raios-x, laboratório e farmácia que entregam exames e remédios na hora e uma ambulância para levar pacientes graves a hospitais?

Pois o que parece salvação para o usuário pode subverter e fazer regredir a lógica do sistema de atenção pensado para melhor promover saúde, asseguraram os críticos. UPAs têm problemas: entrega da gestão a grupos privados em São Paulo, serviços de ortopedia desativados no Rio, força de trabalho contratada com vínculos precários, demora no atendimento de casos menos graves.

A maior preocupação, porém, compartilhada até por alguns que defendem as UPAs, é que a lógica do atendimento de urgência se sobreponha à da atenção básica. Os críticos afirmam também que os investimentos nas UPAs concorrem com outro maior na rede básica, que deveria ser qualificada e funcionar em

horários compatíveis com a atenção integral à população, inclusive nos fins de semana. A matéria de capa traz opiniões dos dois lados e de usuários de uma unidade carioca.

Cristovam Buarque, em aula inaugural, quer que educação e conhecimento movam o Brasil. Mestrado da Ensp e do Ipea destaca desigualdade fundada na escravidão e subfinanciamento das políticas públicas. Secretários municipais alertam que a União reduz sua participação no custeio da saúde e que o projeto de reforma tributária no Congresso prejudica a Seguridade Social e o SUS.

Na semana em que a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental foi anunciada para dezembro e que o "prontuário" ambiental e trabalhista das propriedades entrou nos critérios de desapropriação para reforma agrária, o Senado - incrível! - aprovou, sob protestos, a "MP da grilagem", que torna regular a ocupação irregular e venda de terras da União na Amazônia.

Enquanto isso, a onda de judicialização da saúde atinge injustamente Gastão Wagner, figura pública ilibada e admirada, referência teórica e ética para gerações de sanitaristas brasileiros e latino-americanos, secretários de Saúde e os próprios jornalistas desta revista, que protestam: Alto lá!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ O Brasil de Carlos Chagas 2

Editorial

♦ Alto lá! 3

Cartum

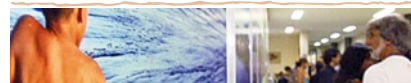
3

Cartas

4

Súmula

6



Toques da Redação 7

Debates na Fiocruz

♦ Trem da educação 8

1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental

♦ Entrevista: Guilherme Franco Netto
"O olhar do SUS é fundamental" 10

Unidades de Pronto-Atendimento (UPA)

♦ Novidade no SUS 12

♦ Demora, mas atende 14

♦ UPA, não
Entrevista: Paulo de Tarso Puccini
"Sou contra unidades de saúde limitadas" 15

♦ UPA, sim
Entrevista: Elaine Machado Lopez
"Ela é efetiva no atendimento resolutivo" 16

Desenvolvimento e políticas públicas

♦ As sequelas da escravidão 17

Radis adverte

17

O público e o privado na saúde

♦ Relação de entraves 18

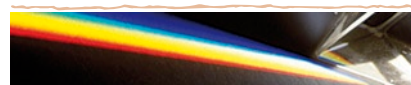
♦ Reforma tributária em xeque 19

Centenário da Descoberta da Doença de Chagas (1909-2009)

♦ Bambuí, a fase da legitimação 20

Serviço

22



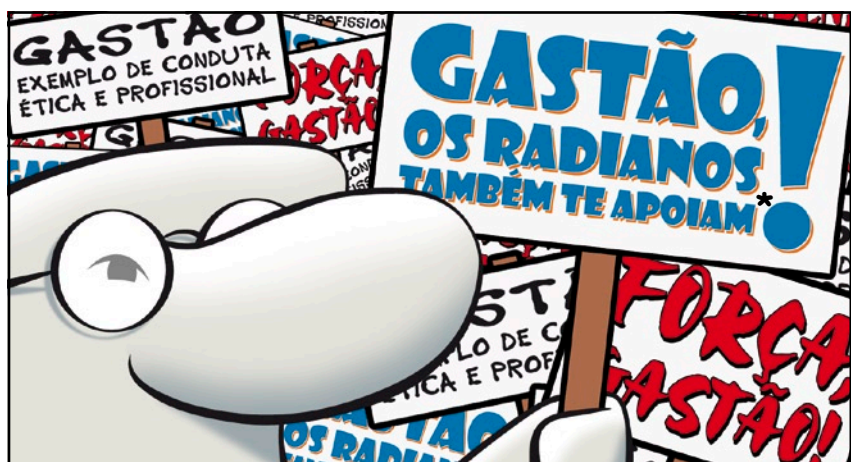
Pós-Tudo

♦ A memória da homossexualidade 23

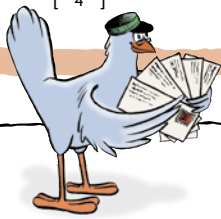
Capa (UPA de Manguinhos, Rio) e ilustrações Aristides Dutra (A.D.)

Foto do detalhe: Vinicius Marinho/Icict

CARTUM

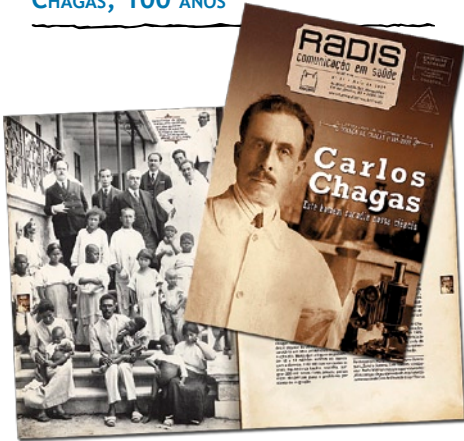


*SAIBA POR QUE NOS TOQUES DA REDAÇÃO



CARTAS

CHAGAS, 100 ANOS



Prezado coordenador, parabéns pela cobertura total da descoberta da doença de Chagas, comemorando 100 anos. Está completa e com todos problemas e contradições do evento. Genial a publicação do *paper* do Carlos Chagas na última página. Aproveito para cumprimentá-lo não só por esta edição, mas todas, dessa importante publicação, *Radis*. Jornalismo de ponta, engajado, crítico, em defesa de uma causa sagrada: a

saúde pública. A edição nº 81 está tão boa que um colega meu que trabalha com Chagas pediu-me um exemplar. Como não quero entregar o meu, pergunto se poderia enviar-me outro exemplar. Muito obrigado.

♦ Cid Velloso, Rede Unida, Belo Horizonte

☑ *Caro leitor, enviado!*

Caramba, vocês dessa vez pegaram pesado! Pessoal, eu só não chorei porque sou homem com H! Justa, quer dizer, justíssima homenagem ao cientista que para mim é o maior do Brasil e um dos maiores do mundo, o Dr. Carlos Chagas. Eu me arrepiava em cada parágrafo que lia. Homenagem melhor que essa só mesmo fazendo um filme ou uma telenovela de sua vida. Vocês foram felizes ao buscar lá no fundo detalhes da vida de um dos patrimônios da humanidade. Parabéns pela matéria, pois sou fã do Dr. Carlos Chagas. Se possível façam também matérias sobre o Dr. Vital Brasil e Oswaldo Cruz.

♦ Marcus Tobias da Silveira, Rio de Janeiro

A *Radis* arrasou na edição focando a luta do Carlos Chagas. As fotos, o texto, enfim, tudo remetia o leitor à época deste grande cientista brasileiro, parabéns! Li toda ela de uma vez só, durante a viagem que fiz a Salvador para participar da Comissão Científica e de Temas do 2º Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas e 2º Congresso Latino-Ibero-Americano sobre úlceras e feridas.

Neste evento, assisti a uma conferência feita pelo presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras, que foi excelente! Preciso dizer que comentei o "Toques da Redação" da *Radis* que fala sobre a receita que usa álcool e cravo da índia? Mais uma vez, a pergunta que não quer calar foi feita por mim a ele, no sentido de saber o que fazer para evitar que tanta gente morra ou fique com sequelas gravíssimas por conta da explosão da garrafa plástica de álcool líquido. Precisamos continuar a lutar, foi a resposta...

Como muita gente associa queimadura às festas de São João, embora as relativas à explosão da garrafa de álcool ocorram durante o ano inteiro, que tal enfatizar este caso de saúde pública, mais uma vez, na *Radis*?

♦ Aparecida de Luca, professora da Unirio, Rio de Janeiro

EXPEDIENTE



Ministério da Saúde



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

Periodicidade mensal
Tiragem 66.000 exemplares
Assinatura grãtis
(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 Marinilda Carvalho (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Pedro Widmar (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio) e Rosângela Pizzolati (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas e Cristiane Abrantes
Informática Osvaldo José Filho e Sybrand Willen Reinders (estágio supervisionado)

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 coluna *Radis* na Rede e o Exclusivo para web, de complementa a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

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

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

Sou graduando em enfermagem e quero agradecer a todos vocês que fazem a *Radis* pela revista nº 81. Estava primorosa. E a entrevista com o médico José Rodrigues Coura foi demais. É de tirar o chapéu para este senhor de 81 anos de idade pela sua sinceridade e consciência social, o que é raro hoje em dia no nosso país.

♦ Flávio Luis do Rego, São Gonçalo, RJ

ALTO RIO NEGRO

Já recebemos a *Radis* de Carlos Chagas, mas gostaríamos, ainda que com atraso, de comentar o excelente número que abordou a questão da saúde indígena. A revista está inteira um primor e mais uma vez ousa por abordar um tema muitas vezes esquecido, que é a formação profissional voltada a atender as necessidades de populações diferenciadas. Não apenas nós, mas todos que trabalham com a temática, com certeza estão orgulhosos de ver um pouco de nossas dificuldades e

conquistas retratadas de forma tão precisa. Parabéns.

♦ Altamiro Vilhena, médico especializado em Saúde Indígena; Lídia Pantoja, nutricionista, especialista em Vigilância Nutricional para Povos Indígenas, Boa Vista

FUNDAÇÕES ESTATAIS

Venho aqui parabenizar pela reportagem sobre as fundações. Sou pernambucano e acompanho a saúde de perto, pois faço parte do Conselho de Saúde de Bonito e participo de uma ONG que promove oficinas na área de conselhos. A reportagem nos alimenta com experiências de outros estados. E o Fórum Social Mundial foi demais: eu estava lá e vocês estão de olhos sempre abertos e prontos a analisar. A crítica de responsável da revista é de arrasar.

♦ José Manoel da Silva Neto, Bonito, PE

REFORMA PSIQUIÁTRICA



Gostaria de parabenizar a revista pela incrível matéria sobre reforma psiquiátrica (*Radis* 79). Sou enfermeira, atuei em Caps prestando assistência a pacientes dependentes químicos, amo saúde mental e defendo muito a idéia de inseri-los na sociedade, como é a proposta da Reforma Psiquiátrica, com a desinstitucionalização dos pacientes. Somente quem trabalha nessa área sabe a importância e a gratificação que é prestar assistência aos pacientes de saúde mental.

Aumenta cada vez mais a discussão sobre a saúde mental. Achei de extrema importância a novela *Caminho das Índias* retratar como é a vida desses pacientes, o preconceito que ainda existe na sociedade diante de um paciente com transtorno mental, considerado louco. A discriminação ocorre inclusive na família, que não enxerga o problema. A ideia é essa, mostrar que um paciente com transtorno mental é um ser humano que tem que ser respeitado.

♦ Maisa Matias Pereira, enfermeira, Conselheiro Lafaiete, MG

ACS, O SEGREDO DE FORTALEZA

Parabéns a todos da *Radis*. Sou agente sanitária da Prefeitura de Fortaleza e faço parte do Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social, onde desenvolvo ações de promoção da saúde e prevenção de endemias. Sou assinante da revista e fico feliz ao ver que a cada mês os temas são de suma importância para meu trabalho.

Aliás, gostaria de registrar que Fortaleza é uma das poucas capitais com número expressivo de profissionais de nível médio envolvidos diretamente em ações de educação em saúde para controle de endemias; fruto disso é que nesse primeiro semestre de 2009 tivemos redução significativa dos casos de dengue tanto no município como em todo o estado, que registra redução de 73%.

Gostaria de chamar atenção das autoridades para esses dados divulgados pelo Ministério da Saúde [*casos de dengue caem 49% no Brasil*], pois foi graças a nossas ações e ao engajamento dos fortalezenses que estamos conseguindo controlar a dengue, mas ainda falta muito, a começar pela valorização dessa categoria tão sofrida historicamente, que há anos espera sua valorização profissional.

♦ Rafael Nascimento, Eusébio, CE

☑ *Caro leitor, esperamos que tenha gostado da capa da Radis 82!*

MORAL E SAÚDE PÚBLICA

Parabenizo toda a equipe pelos artigos publicados. Sendo morador do Recife e tendo acompanhado o debate sobre o aborto na garota estuprada pelo amante da mãe, gostaria de fazer o seguinte comentário: a meu ver houve um tremendo desvio do foco nos debates, em que os médicos e principalmente o arcebispo José Cardoso levam toda a culpa, ficando isenta a mãe da garota que colocou em casa um camarada bem mais novo do que ela e não cuidou bem de suas filhas. Os médicos agiram certo e também o religioso ao defender seus princípios.

Foi uma ótima oportunidade para debater a família como base da sociedade e a mulher como base da família. Vejam o belo exemplo da mãe do presidente Lula ao assumir a responsabilidade na ausência do pai e o destino de seus filhos. Infelizmente, vivemos uma época em que a mulher é constantemente enaltecida como modelo corporal em detrimento do espiritual, da racionalidade, da criatividade e da inteligência, que dão força à melhoria de seu caráter.

Parece que os nossos dirigentes estão despreparados para enxergar esta realidade: na recente visita do príncipe Charles ao Brasil, um grupo de dançarinas seminuas sambou para o príncipe. Por que não dar ênfase ao casal de portabandeiras da mesma escola de samba que se apresentou bem vestido, com um belo espetáculo? As consequências dessa política errada em relação à mulher são visíveis. Morei no Rio de Janeiro e não havia o descontrole e o medo de hoje. Toda a sociedade depende da família (e da mulher), dos educadores e das medidas adotadas pelos governantes. Nós, como formadores de opinião, temos o dever de alertar e contribuir para a melhoria do debate em prol de nossa sociedade. Fraternal abraço a todos.

♦ Francisco Ivo de Oliveira, Recife

☑ *Caro leitor, agradecemos sua crítica. Lembramos que o foco da revista (Radis 80) é sempre a saúde pública.*

NA LUTA PELA SAÚDE

Venho agradecer a todos vocês pelo excelente trabalho à frente dessa revista. Sou assinante desde os primeiros números, quando já era auxiliar de enfermagem atuando na assistência hospitalar. Posteriormente, a *Radis* foi fonte constante para discussões durante toda a minha formação acadêmica em enfermagem, e agora serve de referencial para minha monografia. Definitivamente, a *Radis* foi essencial nessa minha conquista. Obrigado a todos!

♦ Roberval Cruz, Campina Grande, PB

Acompanho há um bom tempo as edições da revista, que me têm sido muito favoráveis, pois sou estudante de Serviço Social. O conteúdo é riquíssimo.

* Lusiene Araújo da Conceição, Caxias, MA

Antes de qualquer coisa meu reconhecimento pelas belíssimas edições. Sugiro uma edição que apresente experiências de residências multiprofissionais em saúde da família.

♦ Izabel Leite, Recife

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

ATAQUE SÉRIO À EC 29

As Assembleias Legislativas pretendem levar ao Congresso quatro propostas de emendas constitucionais para aumentar o poder dos deputados estaduais (*O Estado de São Paulo*, 1º/6). Uma delas trata da EC 29, que obriga estados e municípios a aplicarem em ações e serviços de saúde 12% e 15%, respectivamente, de seus orçamentos. Os deputados defendem que as assembleias possam votar lei complementar que defina esses percentuais. Para chegar ao Congresso, uma PEC precisa ter apoio de, no mínimo, 14 dos 27 Legislativos estaduais.

VACINA PARA NORTE/NORDESTE

O Instituto Butantan, de São Paulo, produzirá a partir de 2010 vacina com as cepas dos vírus da gripe do Hemisfério Norte para as regiões Norte e Nordeste do Brasil (Agência Fapesp, 2/6). É antiga reivindicação dos sanitaristas: além de expostas a vírus não prevalentes no Sul, essas regiões demandam calendário específico de vacinação. “É importante essa iniciativa para que as pessoas não tenham a falsa impressão de que a vacina não funciona”, disse Isaias Raw, presidente da Fundação Butantan.

Com base nas cepas em circulação, a OMS recomenda anualmente vacinas diferentes contra a gripe para Sul e Norte. Contudo, estudo publicado em abril na *PLoS One*, liderado pelo brasileiro Wladimir Alonso, do Centro Internacional Fogarty (EUA), indicou que a vacina do Norte teria eficácia maior nas áreas mais próximas à linha do Equador — e mesmo mais ao Sul.

ENDEMIAS (SEMPRE) ESQUECIDAS

Enquanto o mundo se espanta com a gripe suína, outras epidemias e endemias mais fatais não recebem atenção (*Correio Braziliense*, 18/5). Segundo a OMS, a África é refém de pelo menos três grandes vilãs: cólera, malária e poliomielite, que também assolam o Sul da Ásia. Na América do Sul e no Brasil, dengue e malária são as maiores ameaças.

Segundo a OMS, 3,3 bilhões de pessoas correm o risco de contrair malária. Por ano, 250 milhões são infectadas e 1 milhão não sobrevivem. Na

África, é responsável por 20% da mortalidade infantil: uma criança morre a cada 30 segundos. De agosto de 2008 a março deste ano, a cólera fez mais de 4 mil vítimas fatais no Zimbábue, que registra 90 mil contaminados.

No centro-oeste africano, Níger, Nigéria e Chade enfrentam endemia de meningite. Doença prevenível, infectou 56 mil e matou quase dois mil; 250 equipes vacinam 1,5 milhão de pessoas entre 2 e 30 anos. A OMS lançou alerta para a pólio em quatro países: Etiópia, Quênia, Uganda e Sudão. Segundo a OMS, a taxa de letalidade da dengue por aqui é 6 vezes maior que a “aceitável”. Até 30/4 morreram 87 pessoas de dengue hemorrágica ou complicações da doença — 6% do total de infectados. Pelos padrões da OMS, o máximo seria 1%.

A FEBRE DOS TRANSGÊNICOS

A velocidade de adesão do produtor ao milho transgênico preocupa as empresas que apostam no filão da não-transgenia para exportação à Europa e ao Japão (*Valor*, 29/5). “O Brasil ainda é o único país com excedente de não-transgênico para exportar: na Argentina e nos EUA não existe mais oferta”, disse Ricardo Souza, secretário-executivo da Associação Brasileira dos Produtores de Grãos Não-Geneticamente Modificados. “Com o não-transgênico, o Brasil ganhou mercados que não tinha”. Na safra de verão, foi de transgênicos apenas 1,5% das lavouras. Na safriinha, 30%; e pode chegar a 70% em 2009/10. Além disso, transgênicos e não-transgênicos estão sendo tratados sem diferenciação (*Radis* 82).

INPE: 197 KM² DESMATADOS

Entre fevereiro e abril, 197 km² de florestas foram desmatados na Amazônia, segundo relatório do Sistema de Detecção de Desmatamento em Tempo Real (Deter), divulgado em 2/6 pelo Inpe. Devido à alta cobertura de nuvens na região, não foram monitorados Acre, Amazonas, Amapá, Tocantins e Maranhão, o que deixa a “representatividade da análise reduzida” — a devastação pode ter sido muito maior porque os satélites só conseguiram observar 20% da Amazônia. Em relação a 2008, houve queda de 90%:

foram 1.992 km² de desmatamento no período. Como sempre, o desmatamento maior — mais de 56%, ou 111,8 km² — foi no Mato Grosso do Sul. No Pará, segundo maior desmatador, 21 fazendas de gado e dezenas de frigoríficos e curtumes — que abatem ou revendem subprodutos bovinos — são processados pelo MP e o Ibama. Os supermercados Wal-Mart, Carrefour e Pão de Açúcar anunciaram em junho que suspenderiam as compras de carne de fazendas que desmatem a floresta. Em 12/6, a ONG Amigos da Terra confirmou que o Banco Mundial cancelou contrato com o frigorífico Bertin, que compra carne de pecuaristas desmatadores.

MP DA GRILAGEM

O “prontuário” ambiental e trabalhista será critério na desapropriação de terras para reforma agrária — antes, contava apenas a produtividade da propriedade. Ao festejar a novidade no Grito da Terra (29/5), Carlos Minc, do Meio Ambiente, xingou os ruralistas que, apoiados pela mídia, reabriram a guerra contra o ministro: foi denunciado na Comissão de Ética Pública e na Procuradoria-Geral da República por “crime de responsabilidade”. Para minar mais ainda a conquista, o Senado aprovou (3/6) a Medida Provisória 458, a MP da Grilagem, que regulariza a ocupação e a venda de terras da União na Amazônia por pessoa jurídica.

Considerando-se apenas o valor da terra nua, os 67 milhões de hectares que serão privatizados valem R\$ 70 bilhões; produtores com áreas acima de 1.500 hectares (6,9% do total) ficarão com 49 milhões de hectares, 72% das terras, denunciou a senadora Marina Silva, que pediu “com amor” em carta aberta: “Companheiro Lula, vete a MP 458”. Minc vai sugerir ao presidente o veto “dos pontos desfigurados pela votação no Congresso”. (Detalhes no *Radis na Rede*: www4.ensp.fiocruz.br/radis/rede/lista.html)

ANTI-ABORTISTAS VOLTAM A MATAR NOS EUA

Semanas após o apelo do presidente americano, Barack Obama, ao diálogo civilizado no debate sobre o direito ao aborto, o médico George Tiller foi assassinado a tiros (31/5) no Kansas. Ele fazia abortos de gestantes em risco — nos EUA, o aborto é permitido. Um dos primeiros suspeitos foi o ativista anti-aborto Randall Terry, que

toques da redação



APOIO A GASTÃO WAGNER— O RADIS se associa aos secretários de Saúde que, em assembléia no Congresso do Conasems, aprovaram moção de apoio ao sanitarista Gastão Wagner. Diz a moção: “Pessoa de ilibada conduta profissional e ética, de reconhecida dedicação à construção do SUS, que devido a denúncia do MPF vem sendo processado judicialmente de forma indevida e injusta pelo fato de ter assinado convênios pelo Ministério da Saúde, quando ocupou cargo de secretário-executivo, com entidades de saúde, cujos recursos estavam atrelados a emendas parlamentares e que foram repassados regular e legalmente, mas executados de modo ilícito pelas entidades receptoras”. Em Campinas (3/6), 250 pessoas compareceram a ato público em defesa de Gastão — em clima de muita emoção foram lidas algumas das centenas de mensagens de apoio ao sanitarista (para se solidarizar visite www.abaixoassinado.org/abaixoassinados/4401). Muita força ao querido Gastão!

FALHA NOSSA 1! — A pesquisadora Isar Oswaldo Cruz, neta do grande sanitarista, ligou para a redação questionando a legenda da foto de Carlos Chagas com duas crianças (ed. 81, pág. 14). Os filhos de Chagas eram Carlos e Evandro, mas os meninos da foto seriam Bento e

Walter, filhos de Oswaldo. Isar, que é filha de Walter, não tem certeza, mas tirou como parâmetro a diferença de idade. Carlos e Evandro tinham pouca diferença, enquanto os meninos da foto parecem ter diferença maior. Sua hipótese: seriam Walter (com uns 7 anos) e Bento (com uns 16), logo após a morte de Oswaldo, quando passaram a ser educados por Chagas. A bibliotecária Sandra Benigno, do RADIS, procurou Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva, pesquisador emérito da Fiocruz, que bateu o martelo: os meninos são Evandro e Carlos Chagas Filho.

FALHA NOSSA 2! — Siti Supari é a *ministra* da Saúde da Indonésia, e não o *ministro*, como saiu na Radis 82.

PAULO FREIRE DIXIT— Gilson Carvalho assinou algumas Domingueiras com frase porreta de Paulo Freire, um incentivo à tolerância: “Gosto de gente porque é inacabado”.



FOTO: ARISTIDES DUTRA


tratava Tiller de “assassino em massa” — ecoando Bill O’Reilly, do canal ultra-conservador Fox News, que o chamava de “Tiller the Baby Killer” (matador de bebês). As pesquisas mostram os EUA divididos sobre esse direito, embora estreita maioria o aprove. Pesquisa da CNN em maio mostrou que 7 em 10 pessoas (68%) querem que a Suprema Corte mantenha a decisão do caso Roe vs. Wade (leis contra o aborto ferem o direito à privacidade e ao uso do próprio corpo). Os movimentos sociais se queixam: Obama demora a cumprir promessas de campanha não só sobre restrições do direito ao aborto, mas ao

casamento gay, à presença de homossexuais nas Forças Armadas e à entrada de pessoas com HIV nos EUA.

“MOORE IDEAS”

O cineasta Michael Moore sugeriu (1º/6) plano alternativo de 9 pontos a Barack Obama na salvação da General Motors, que pediu concordata. Crítico das práticas da GM desde *Roger & Me* (1989), no qual tentava entrevistar Roger Smith, presidente da empresa, que deixara 30 mil desempregados em sua Flint natal, no Michigan, não conseguiu

ECOS DO ALTO RIO NEGRO — A reportagem de Adriano De Lavor e Rogério Lannes sobre o curso de formação de agentes indígenas de saúde no Alto Rio Negro (*Radis* 80) não rendeu apenas cartas emocionantes, mas também exposição de fotos (abaixo) na sede da Asfoc-SN, o sindicato dos servidores da Fiocruz. A beleza da floresta e de seu povo brilhou ainda mais nas fotos em tamanho grande de Rogério. E rendeu sugestão para nova pauta, desta vez no Agreste pernambucano, sobre a saga quase bíblica do povo xukuru que, após décadas de exílio e perda de identidade, recuperou suas terras ancestrais. Com a ajuda preciosa do Aggeu Magalhães (Fiocruz/Recife), a dupla radiana cobriu a 9ª Assembleia Nacional do Povo Xukuru do Ororubá — “protegido pelas forças dos Encantos da Luz e da Natureza Sagrada” —, cujo tema, “Fortalecer a organização para enfrentar a criminalização”, é bela lição para nossos movimentos sociais. Aguardem a próxima edição!

a entrevista, mas expôs a desesperança de uma geração. Para Moore, a crise é uma oportunidade para revolucionar a política de energia com novo sistema de transportes à base de trens-bala, veículos leves sobre trilhos e carros elétricos ou híbridos. A estratégia usaria os recursos que Obama destinará à reestruturação da empresa. “O presidente precisa transformar este triste e azedo limão num grande jarro de limonada”, propõe. 

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

TREM DA EDUCAÇÃO

Bruno Dominguez

Uma afetiva conversa entre amigos de infância. Este foi o tom no início da abertura do ano letivo do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) – na manhã de 4 de maio, no auditório do Museu da Vida. Os amigos em questão eram o senador **Cristovam Buarque** (PDT-DF), ex-ministro da Educação, e o diretor do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz), **Carlos Morel**, ex-presidente da Fiocruz. Morel apresentou Cristovam à plateia lembrando que se conheceram ainda meninos em Pernambuco, 55 anos atrás. Jogaram hóquei em patins, estudaram juntos na escola e na faculdade – o primeiro cursava Medicina; o segundo, Engenharia. Cristovam, por sua vez, revelou que Morel contribuiu para sua atração por política e filosofia.



FOTO: VINICIUS MARINHO/ICICT

A palestra teve como tema a Educação, que Cristovam recolocou na agenda do país em sua campanha à Presidência em 2006. O senador partiu do contexto de esgotamento da civilização industrial, nos planos real e conceitual, e aos poucos o tom afetivo foi perdendo espaço. No real, citou como exemplos o aquecimento global e a desigualdade crescente, especialmente a de esperança de vida – “camponesas e rainhas morriam das mesmas causas,

hoje mulheres ricas quase não morrem no parto, mas pobres continuam morrendo”. No conceitual, falou em “rebelião de conceitos”, que já não mais representam o que representavam antes – entre eles, riqueza, nação, desenvolvimento, socialismo, capitalismo, liberdade, igualdade.

Cristovam defendeu uma mudança de rumos: da economia da indústria para a economia do conhecimento, com equilíbrio ecológico, compromisso social, abrangência global, mercado em funcionamento e responsabilidade fiscal. Esta é a base do projeto que apresentou no evento, intitulado Educação e socialismo, uma junção de educação e socialismo. “Mas em vez de tomar o capital do capitalista para dar ao trabalhador, a ideia é colocar o filho do trabalhador na mesma escola do filho do capitalista”, ressaltou. O lema é incluir todos em escola com a máxima qualidade, do início ao fim da educação básica e ao longo da vida. O senador explicou a não-inclusão da universidade, comparando-a à seleção de futebol: “É apenas para 11”, disse, referindo-se a uma elite intelectual.

TEMPO DE CONHECIMENTO

Antes de indicar as medidas concretas necessárias para melhorar a qualidade do ensino público, Cristovam propôs reflexão sobre quatro questões. A primeira: por que educação é importante? Ele voltou no tempo, lembrando que no período da escravidão bastava força nos braços ou intuição para conseguir trabalhar; com a industrialização, passou-se a exigir habilidade manual para operar máqui-

nas; agora, é preciso longo tempo de conhecimento – mesmo para operar máquinas, ditas “inteligentes”.

O senador acredita que, hoje, não há ascensão social sem conhecimento: “Na atual circunstância, não teremos um outro Lula, que conseguiu chegar à Presidência apenas com curso técnico”. Cristovam aproveitou a menção ao nome do presidente para explicar sua relação com Lula, que o teria demitido por telefone: “É um gênio, um presidente que orgulha o país, dos melhores que já tivemos; crítico porque sei que poderia fazer mais”. E prosseguiu: o conhecimento também dita o valor dos produtos, lugar antes ocupado pela matéria-prima e pela quantidade de trabalho. Um chip custa US\$ 270, o equivalente a 90 caixas de 40kg de laranjas ou 3,4 toneladas de minério de ferro, comparou. “O Brasil exporta laranjas e ferro, não chip”.

Para ele, a falta de conhecimento gera consequências graves, como a desigualdade social. O ex-reitor da UNB citou dados que provam a precariedade da educação no país: 60 milhões de brasileiros com mais de 14 anos não fizeram o ensino fundamental, de cada 100 alunos que ingressam na educação básica, apenas 52 terminam a 8ª série e só 34 chegam ao fim do ensino médio de forma regular, um quinto dos estudantes de quarta série trabalha.

Como forma de garantir oportunidades iguais, Cristovam defendeu acesso à educação de qualidade para todos. A atual rede de proteção social não basta: deve se somar a uma “escada de ascensão social”. O senador contou que propôs que os filhos dos



congressistas fossem obrigados a estudar em escolas públicas, mas a questão nem chegou a ser discutida. “Não é República um país em que os filhos dos eleitos estudam em escolas diferentes das dos filhos dos eleitores”, opinou. Segundo Cristovam, é comum que lhe peçam para propor que deputados e senadores passem a ser atendidos unicamente pelo SUS.

“Muitos de nós não chegaríamos aqui se não fosse pelas oportunidades diferentes”, provocou ele. “No momento em que a escola for igual para todos, os ricos provavelmente vão reclamar, porque seus filhos terão que dividir oportunidades com os filhos dos pobres”. O salário médio de um brasileiro sem instrução é de R\$ 401, enquanto um trabalhador com 18 anos de estudo chega a receber R\$ 5.027.

O ensino fundamental puxa o ensino médio para baixo, que puxa a universidade para baixo, que puxa Ciência e Tecnologia para baixo e os Centros de Ciência e Tecnologia sem qualidade puxam a universidade para baixo, relacionou. A exclusão educacional é um desperdício: “O Brasil é um trem indo para o futuro jogando fora 60 cérebros por minuto letivo”. A frase veio seguida de outra igualmente chocante: “Ainda não ganhamos nenhum Prêmio Nobel porque quem o ganharia morreu analfabeto”.

A segunda questão sugerida para reflexão: como está a educação? O senador tomou como base o resultado do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) de 2007, cuja média geral foi de 49,47 pontos em 100. As escolas federais tiveram melhor desempenho (63,59), seguidas pelas particulares (61,15), mas estas reúnem respectivamente 0,5% e 10% do total de alunos. Os demais estão nas escolas com pior desempenho: municipais (47,96) e estaduais (47,42). “Entre as 1.000 piores no Enem de 2008, 967 são estaduais”, lamentou. Cristovam ainda apresentou o gráfico da exclusão educacional no Brasil, em forma de funil: no ensino público, 4,1 milhões iniciam o ensino fundamental e somente 2,1 milhões o completam.

Por que no Brasil não damos importância à educação? A terceira pergunta teve três respostas: por razões culturais, sociais e políticas. O senador disse acreditar que o brasileiro não tem a educação como um valor: sabe o nome do técnico

de seu time, mas não o do diretor da escola de seu filho. “Se o jovem diz que vai estudar filosofia, os pais ficam bravos”. Para ele, o Brasil é exemplo no combate à aids porque o HIV atinge pessoas indistintamente de sua classe social. “Se analfabetismo pegasse...”

Cristovam chegou à quarta questão: como mudar nossa realidade educacional? O começo, apontou, é definir “boa escola”. Para ele, “boa escola” quer dizer toda criança matriculada, frequentando, aprendendo e concluindo o ensino médio, todo professor bem formado, bem remunerado e dedicado, toda escola bem construída e bem equipada, funcionando em horário integral. “Não podemos aceitar viver num país em que a escola virou restaurante”, disse, em referência às crianças que assistem a aulas apenas por conta da merenda.

AVANÇO EM BLOCOS

O senador apresentou 23 pontos para espalhar 200 mil “boas escolas” pelo país, com 50 milhões de alunos e dois milhões de professores em 5.564 cidades. Sua estratégia prevê avanços por blocos de cidades, até atingir todo o país em 20 anos. O primeiro passo seria transferir ao governo federal a coordenação nacional da educação de base, com descentralização gerencial e liberdade pedagógica. Ao renomeado Ministério da Educação de Base caberia definir padrões de salário (cerca de R\$ 4 mil), formação (coordenada pela Universidade do Magistério e pela Rede Nacional para a Formação de Professores) e dedicação do professor (exclusiva na educação de base). O órgão também estabeleceria critérios para edificações e equipamentos das escolas (com teleinformática e multimídia) e para o conteúdo (novos idiomas, artes, ecologia, solidariedade social).

A estratégia de Cristovam inclui a criação de leis de Metas para a Educação e de Responsabilidade Educacional para os gestores, além do Sistema Nacional de Avaliação e Fiscalização da Educação de Base, espécie de tribunal de contas. “Hoje, os gestores ficam inelegíveis se gastarem demais numa obra, mas não se os alunos tirarem zero no Enem”.

O projeto ainda pretende universalizar a frequência às aulas até a conclusão do Ensino Médio, levando à escola os 5% não-matriculados. Para isso, o senador indicou ser preciso desvin-

cular o Bolsa-Escola do Bolsa-Família e implementar a Poupança-Escola. O Bolsa-Alfa também está previsto, a fim de erradicar o analfabetismo: “Hugo Chávez diz que erradicou, Evo Morales está se esforçando para erradicar, Lula criou uma secretaria com este fim, mas a fechou um ano depois”. Mais: ele pediu a universalização do ensino técnico — “o que o Lula já está fazendo” — e o envolvimento da universidade com a educação de base. O envolvimento entre família, mídia e escola — que chamou de “santíssima trindade” — é igualmente necessário.

SAÍDA PARA A CRISE

Cristovam calcula que o projeto custaria R\$ 7 bilhões por ano, pouco, segundo ele, perto dos R\$ 30 bilhões prometidos para a possível Olimpíada de 2016 no Rio ou aos R\$ 400 bilhões destinados ao Programa de Aceleração do Crescimento. “A Coréia tinha meta de do Produto Interno Bruto do Brasil, hoje tem o dobro, porque investiu em educação de igual qualidade para todos”, observou. Para ele, melhorar a qualidade do ensino público é a melhor forma de se sair da crise. “Ações para erradicar o analfabetismo gerariam cerca de 100 mil empregos”.

O que fazer?, questionou ao fim da palestra. “Despertar o Brasil para a atuação do movimento educacionista, que vê a educação como vetor do progresso”, respondeu, enquanto sua apresentação em PowerPoint mostrava a bandeira brasileira com a frase “Educação é progresso” no lugar de “Ordem e progresso”.

No momento destinado às perguntas da plateia, o jornalista Rogério Lannes, coordenador do Programa Radis, quis saber o que impede a mudança, levando-se em consideração que Cristovam esteve à frente do Ministério da Educação por um ano — entre 2003 e 2004. O senador indicou como entraves fragilidades próprias e do PT. No “mea culpa”, disse que sua experiência como governador do Distrito Federal e reitor da UNB fez com que se sentisse dono da pasta, em vez de auxiliar do presidente. Na crítica ao antigo partido, do qual se desfilou em 2005, lamentou que seus militantes não tenham atentado para o poder transformador da educação: “A origem ideológica do PT é a economia, a indústria”.



1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

ENTREVISTA: **Guilherme Franco Netto****“O olhar do SUS é fundamental”**

Adriano De Lavour

Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (SVS/MS), Guilherme Franco Netto integra a Comissão Organizadora Nacional da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, que terá lugar em Brasília, entre 15 e 18 de dezembro. Nesta entrevista em seu gabinete, ele fala da relação entre ambiente e saúde, do processo coletivo de construção do encontro, há tanto tempo aguardado, e de seus eixos temáticos. Guilherme defende a participação equânime, nas etapas do processo, de representantes da cidade, do campo e das florestas, como também dos trabalhadores do SUS — essa rede imensa da atenção básica, da vigilância à saúde, agentes de endemias, diz: “O olhar deles sobre suas realidades concretas é fundamental na construção das teses que serão trabalhadas; eles podem colaborar não só no sentido de cidadania, mas de poder influenciar nas deliberações finais e nas conclusões da conferência”.

Quais os paralelos entre saúde ambiental e determinantes sociais da saúde?

O meio ambiente tem relação direta com a saúde e a qualidade de vida. Encontramos nos escritos de Hipócrates e em todas as civilizações antigas, romanos, gregos, asiáticos, intervenções no sentido de fazer chegar ao homem água de boa qualidade. Com a qualidade do ar, do solo, dos alimentos, a mesma coisa. Isso se intensificou muito com a industrialização. Hoje, estes aspectos são considerados na conceituação dos determinantes sociais ou socioambientais da saúde. Há três aspectos do meio ambiente que têm relação com a saúde.

Fale sobre eles.

O primeiro, o subdesenvolvimento, a ausência de saneamento básico, de infraestrutura básica para garantir

boa saúde e qualidade de vida às pessoas. Isso gera um conjunto importante de cargas na saúde. Talvez a expressão maior disso sejam os índices de doenças e mortalidade por diarreia infantil, relacionado à qualidade da água e dos alimentos. Temos mais de 1 milhão de casos de diarreia no Brasil por ano. Recentemente, reunimos um conjunto de indicadores relacionados ao saneamento inadequado. É impressionante o quanto nosso país ainda é dividido em dois mundos. Norte e Nordeste representam índice muito alto de problemas relacionados à ausência desses serviços. O segundo aspecto, os problemas do desenvolvimento, a partir da forte pressão do processo de industrialização, que começou no fim do século 17 e início do 18. Hoje, qualquer programa educativo sobre a natureza mostra esse impacto na qualidade do meio ambiente. Isso, evidentemente, gera problemas de saúde. A OMS tem estudo recente: o impacto do ambiente na saúde é quase de 30%; no cenário brasileiro, é de pelo menos 18%.

Pode dar exemplos desta realidade?

Pelas estatísticas oficiais, a principal causa de internação no Brasil são as doenças respiratórias. Temos regiões metropolitanas onde já estão vivendo quase 40% da população altamente impactados pela poluição atmosférica. Estudos independentes, especialmente em São Paulo, têm mostrado a relação direta entre poluição atmosférica e doenças e até mortes a ela relacionadas.

E o terceiro aspecto?

O problema da crise ambiental global. Isso já está no inconsciente da população. Hoje, a humanidade tem percepção diferente do meio ambiente da que tinha no passado, já se faz a relação com os problemas humanos, o volume e a intensidade dos desastres naturais. No Brasil, isso é muito frequente quando chove: os desabamentos, a mudança do clima. Estudos inequívocos mostram que vamos ter certamente algum grau de



FOTO: ADRIANO DE LAVOUR

aquecimento da Terra nos próximos 100 anos e que isso vai exigir esquemas de correção e adaptação para que possamos seguir nossa sobrevivência.

Então, os problemas ambientais estão mais próximos do cotidiano?

Sem dúvida alguma. Aqui no Brasil temos cidades altamente impactadas, com os ecossistemas destruídos. No Nordeste, particularmente o semi-árido, que vive as secas. A história do êxodo rural brasileiro tem muita relação com essa questão, inclusive por ausência de políticas públicas que dessem conta disso. Na Amazônia, dois grandes fenômenos: o desmatamento e as grandes queimadas. Isso traz repercussão absolutamente diferente do que observávamos até 30, 20 anos atrás, mas está vinculado ao próprio processo do desenvolvimento brasileiro. Os processos agrícolas extensivos, das monoculturas de soja e cana, impactam o solo pelo uso intenso de agrotóxicos. Além disso, há uma concentração urbana absurda. Somos o país que mais se urbaniza no mundo, o mais urbanizado da América Latina. Mas não significa qualidade de vida. No passado as cidades eram vistas como opção de boa qualidade de vida: educação, saneamento, bens de consumo, serviços, a imagem romântica do valor

da cidade. O que temos aqui são aglomerados, a população em péssimas condições. O padrão de urbanização no Brasil é absolutamente fora do aceitável pela ONU. A Conferência Nacional de Saúde Ambiental nasce daí.

As ideias da Rio 92...

Agenda que o Brasil buscou integralizar, baseada no desenvolvimento sustentável — que hoje preferimos chamar de sustentabilidade. O que quer dizer desenvolvimento sustentável? É um desenvolvimento econômico com respeito às leis da natureza e garantias ao meio ambiente. Que promova bem-estar social e que faça com que a qualidade de vida — omitida ou garantida para esta geração — também seja experimentada pelas gerações futuras. Em 1995 a Opas propôs às Américas a construção de caminhos para que o setor saúde participasse dessa agenda. O Brasil aderiu, sementinha que começou a ser plantada. Esse processo foi incipiente até o fim da década de 1990. No início deste milênio, a agenda foi retomada e foi possível construir um arco referencial de aglutinação de setores de governo, organizações não-governamentais, representações sindicais, setores produtivos em torno das teses da saúde ambiental, submetidas às últimas conferências de saúde, de meio ambiente e das cidades, quando foram aprovadas moções para que se organizasse uma conferência de saúde ambiental.

Quem são os parceiros da saúde nesta conferência?

Os ministérios de Meio Ambiente e Cidades, embora a conferência não nasça somente da perspectiva governamental. Será o primeiro grande debate público, político e estratégico, para construir políticas integradas de saúde e ambiente, que fortaleçam consciências ecossanitárias, que saia da visão quase aprisionadora de que o problema está muito longe da gente. Este trabalho tem que ser feito no cotidiano, a partir das questões concretas que as pessoas estão vivendo. Ainda contamos com os ministérios do Trabalho, da Educação, do Desenvolvimento Agrário e de organizações não vinculadas ao governo, como a Abrasco.

O know-how da saúde em conferências facilita?

Sem dúvida. No fim de 2009, o Brasil terá realizado 100 conferências, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde, em 1941. As primeiras foram somente de saúde. A partir da 8ª CNS é que se incorporou a sociedade ao pro-

cesso, antes restrito à perspectiva do governo. A própria constituição do SUS e o fortalecimento de outros setores se basearam no caminho desenvolvido a partir da 8ª. Por exemplo: a lógica de operacionalização do sistema de saneamento e de meio ambiente no Brasil é baseada nos princípios da universalidade, da hierarquização, da integralidade e da participação da sociedade, o controle social. Este é o esqueleto que vai sendo replicado. As conferências permitem uma democracia mais ampla, não somente representativa, mas participativa, direta, que pode estar sendo progressivamente implementada. A Conferência de Saúde Ambiental também vem nessa direção.

Como é esse processo de montagem?

Muito rico, construído coletivamente. Primeiro, legitimou-se a decisão de realizar a conferência nos conselhos de saúde, meio ambiente e cidades. Em seguida, os ministérios, de forma muito integrada, se posicionaram favoravelmente. A comissão organizadora nacional é formada pelos próprios conselhos, para que se fortaleça a participação da sociedade na construção de políticas públicas. São 28 pessoas, 24 delas indicadas pelos conselhos — eu fui indicado pelo Conselho de Saúde. Das outras quatro, três são indicadas pelos ministérios e a última representação é da Abrasco.

Comente o lema "Saúde ambiental: Vamos cuidar da gente".

Ele permite um olhar múltiplo. O cuidado não é só com as pessoas, mas com nosso entorno. São proposições de ampliação das políticas públicas universais de populações e grupos que representam a população brasileira. Então veio a idéia de trabalhar com cidade, campo e floresta, a partir de iniciativas que fazem com que o SUS chegue também às populações que ainda não têm a concretude do sistema em seu dia-a-dia, como seringueiros e indígenas. O tema — "*A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis*" — faz a ponte entre cidade, campo e floresta, na perspectiva de construirmos espaços saudáveis. Gira em torno da possibilidade de fazer com que a cidadania, o território e os ambientes possam ter vitalidade, uma expressão afirmativa, positiva.

E os eixos temáticos?

A temática foi construída para apontar caminhos. Vai permitir um grande diagnóstico — em nível nacional e dos estados — das relações

entre saúde e ambiente no Brasil. A idéia é construir um diagnóstico, que é o primeiro eixo. O segundo vai permitir que analisemos as estruturas, as respostas, os mecanismos para enfrentar a situação. E o terceiro eixo é a visão do futuro. Obviamente que isso vai suscitar debate político muito intenso, porque são as relações entre o desenvolvimento econômico, a qualidade ambiental e a qualidade de vida no Brasil sob o olhar da saúde ambiental.

É um debate difícil?

Como é um debate intersetorial, teremos uma metodologia que nos deixe discutir o secundário sem prejuízo do principal. Esse é o grande desafio. Primeiro, queremos que as etapas municipais, estaduais e a nacional realmente se concentrem em torno destes três eixos: construir diagnósticos, verificar as respostas evidentes e o que a gente quer. Além disso, é importante que o debate se traduza em ferramentas concretas, para que a realidade seja transformada.


Quando serão as etapas?

As municipais, até julho. As estaduais, até 15 de outubro. A nacional, de 15 a 18 de dezembro, quando es-
peramos 1.200 pessoas.

E a participação?

Temos tido o cuidado de dar a mesma importância aos grandes aglomerados urbanos e à situação do campo e das florestas. Temos procurado fazer com que estejam representados os atores sociais que normalmente têm maior dificuldade de participar, com mecanismos que lhes garantam o mesmo nível de participação dos setores mais organizados. Não queremos que esta conferência seja dos grandes centros, que já têm capacidade de mobilização.

Qual a importância da participação do profissional de saúde?

É fundamental. Toda a diretriz da estruturação da conferência está dirigida para que grupos locais estejam representados, nos três setores: saúde, meio ambiente e cidades. No caso dos profissionais do SUS — essa rede imensa da atenção básica, da vigilância à saúde, agentes de endemias —, o olhar deles sobre suas realidades concretas é fundamental na construção das teses que serão trabalhadas em nível municipal, estadual e nacional. É um espaço onde eles podem colaborar não só no sentido de cidadania, mas de poder influenciar nas deliberações finais e nas conclusões da conferência. 

UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (UPA)



UPA da Tijuca, bairro carioca de classe média; 420 atendimentos diários

FOTOS: ARISTIDES DUTRA

Novidade no SUS

Katia Machado

As Unidades de Pronto-Atendimento são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas hospitalares de urgência, compondo rede organizada de Atenção às Urgências. Esta é a definição da chamada UPA 24h segundo o Ministério da Saúde, que constrói 123 unidades no país, com investimento de R\$ 188,8 milhões, e promete entregar, até o fim de 2010, mais 377 unidades, totalizando 500 UPAs.

Segundo a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do ministério (SAS/MS), que coordena os três componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências – Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Rede Samu 192), APH Fixo (UPAs 24 horas) e emergência hospitalar (QualiSus) –, a intenção é atingir o maior número possível de áreas.

Embora o sistema já exista há tempos em São Paulo, na esfera federal é relativamente novo. O Estado do Rio aderiu em 2007 buscando desafogar as grandes emergências dos hospitais públicos, resume o tenente-coronel médico do Corpo de Bombeiros Ricardo Bruno, coordenador das UPAs. “A ideia é atender à demanda de pacientes de urgência, média e baixa complexidade, que vão para os hospitais públicos e não conseguem atendimento ou acabam atrapalhando a própria rotina dos hospitais, que têm como função inicial atender grandes emergências”.

A novidade: o serviço de pronto-atendimento, que encaminha pacientes graves a hospitais, funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana. Tem consultórios de pediatria, clínica médica e odontologia, salas de nebulização e medicação, sutura, raios-X e gesso, laboratório e farmácia – exames saem na hora, e também os remédios. Na “sala amarela”, de observação, há leitos para adultos

e crianças. Na “vermelha” ficam os recursos necessários para estabilizar pacientes graves até a remoção. “Toda UPA tem ambulância do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) de prontidão para a transferência”, conta o tenente-coronel.

Dois anos após a inauguração da primeira UPA na comunidade carioca da Maré, em 30 de maio de 2007, a iniciativa ainda provoca divergência. De um lado, defensores como a enfermeira Elaine Machado Lopez (ver entrevista “UPA, sim”, pág. 16): a despeito de alguns problemas, a UPA traz resolubilidade – “tecnológica, inclusive” –, vinculada a conceitos de humanização. Elaine entende de UPA: coordenou o projeto no Rio até a terceira unidade.

De outro, os que defendem o pronto-atendimento ligado à atenção básica, como os sanitaristas Paulo de Tarso Puccini, que estudou as unidades de assistência médico-ambulatorial (AMA) de São Paulo, na linha da UPA (ver entrevista “UPA, não”, pág. 15),



ou Gilson Carvalho. “Não tenho dúvida de que é preciso ter o pronto-atender na urgência e emergência e nas intercorrências dos agravos crônicos”, afirma Gilson. O *locus* ideal, porém, seria a própria unidade de atenção básica, que chama de Centro de Saúde da Família: “Devem trabalhar rotina e pronto-atendimento juntos, com as portas abertas à clientela”.

No artigo “Qualificar o pronto-atendimento às necessidades de saúde como essência da integralidade”, de 2007, Gilson já dizia que essa qualificação deve ser “sempre” na atenção “Básica, Primária e Primeira” e, complementarmente, na urgência-emergência.

Suas características são “simples e simplórias”, em seu entendimento: ação integral a partir da queixa-problema, qualificada conforme a necessidade, seguida de conduta-solução; equipe multiprofissional, com destaque para o profissional de enfermagem; serviços de atenção básica abertos a atendimento não-agendado em horários compatíveis com os do usuário, além de coleta de exames e entrega de resultados. “O que já vêm fazendo várias unidades com horário estendido até 20h, 22h ou 24h e nos fins de semana, diz. “Atenção básica com horário marcado, de segunda a sexta, das 8h às 17h, com hora de almoço? Com 60 horas sem cobertura, em cada fim de semana?”, pergunta Gilson. “Não pode dar certo”.

A crítica dele se estende à transformação do serviço em “alma” do sistema, que está na tríplice dimensão da integralidade: promoção, proteção e recuperação da saúde. Pronto-atendimento, e não primeiros cuidados, como unidade estruturante muda a lógica do sistema, que é a da “integralidade de ações numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada de complexidade crescente”.

PORTA DE ENTRADA

“Quando a UPA ocupa o papel de porta de entrada há um equívoco”, concorda a médica de saúde comunitária Claunara Schilling Mendonça, diretora do Departamento de Atenção Básica (SAS/MS): a porta de entrada deve ser a Atenção Primária da Saúde (APS), “entendida como acesso aos mesmos serviços, pelos mesmos profissionais, que vão dar respostas efetivas, integrais e ao longo do tempo”. A UPA, salienta, deveria atender processos agudos, pois uma APS resolutiva soluciona de 80% a 90% dos problemas, inclusive os agudos pouco complexos: medicação endovenosa,

pequenas cirurgias, suturas, drenagem de abscesso etc. A UPA cabe em regiões metropolitanas ou de tráfego intenso, “onde as causas externas e a violência são responsáveis por 10% da carga de doenças”.

Mas a proposta não é substituir os centros de saúde, ressalta Elaine, hoje diretora do Complexo Hospitalar Público de São Bernardo do Campo (SP). A UPA, conta, foi uma forma de organizar as redes de atendimento integral nas urgências e emergências do país. “A unidade em si, seu perfil de oferta ou seus serviços de apoio não promove desvio de finalidade, ao contrário, garante condições ideais”. Para Elaine, a UPA deve ser acompanhada do fortalecimento dos outros níveis de atenção.

A UPA é necessária não apenas nos grandes centros urbanos, afirma, mas também nos municípios menores. O mesmo pensa Ricardo Bruno: boa parte dos pacientes que morria à espera de socorro nos grandes hospitais está sendo salva. “Temos dado atendimento muito bom, em até 6 horas como deve ser, e condição de sobrevida muito boa”, diz. “A UPA é o melhor lugar para isso”.

A EXPERIÊNCIA DE BH

Para o sanitarista Nilo Breta Júnior, assessor técnico do Conasems, a UPA é unidade complementar da rede e sua inserção, pela atenção básica. “Belo Horizonte prova isso”, diz. “Lá a UPA surgiu na reorganização da rede de atenção básica”. Se descolada, não é resolutiva nem dá conta da demanda. “Pelo que sei, essa não é a proposta da gestão de saúde do Rio de Janeiro, que tem também como foco a atenção básica”, avalia.

No Rio, o projeto ainda não resolveu justamente o problema da demanda, ainda reprimida, atesta Ricardo Bruno, e para isso contribui a falta de investimento na atenção básica. “Vemos muitas pessoas que, mesmo sem emergência, acabam procurando a UPA ou porque faltam postos de saúde em sua localidade ou porque funcionam até as 17h ou porque fecham as portas mais cedo por falta de especialistas”, analisa. Como a UPA funciona 24 horas, acaba atraindo pacientes de ambulatório.

Em março deste ano, a Secretaria de Saúde constatou que as UPAs mais sobrecarregadas do Rio eram as da Zona Oeste, onde faltam unidades básicas — em fevereiro, a UPA de Campo Grande sozinha atendeu média de 604 pacientes por dia. Segundo Ricardo, as unidades têm capacidade de 300 a 350 atendimentos diários, mas a média já

chega a 500. “Já estão com mais de 2,5 milhões de atendimentos”.

Gilson Carvalho lembra que os cidadãos só recorrem a tais serviços por falta de alternativa. “A população continuará buscando a urgência-emergência, pois é inteligente e sabe exatamente o que procura: os serviços de pronto-socorro têm fama de eficiência”, diz. “O atendimento pode demorar, mas, serão atendidas, medicadas, farão exames e até poderão ser internadas”.

As UPAs enfrentam ainda a falta de profissionais, recorrente na rede pública (ver box). Em maio foi suspensa a ortopedia: não há ortopedistas disponíveis, lamenta Ricardo. “A ideia era termos 160 ortopedistas, mas não deu certo” — dois concursos não preencheram o quadro. E os poucos existentes, na maioria dos Bombeiros, pediram baixa.

Cerca de 1.000 pacientes deixaram de ser atendidos, 10% do total. Comparada ao atendimento clínico, a demanda era pequena e não causou impacto, na visão do tenente-coronel. “Não chegavam a 100 atendimentos por dia, quando temos de 300 a 400 atendimentos clínicos e de 100 a 150 de pediatria”. Os ortopedistas das UPAs foram remanejados para hospitais do estado, que atendem as demandas cirúrgicas das UPAs.

Os profissionais são contratados por concurso público do Corpo de Bombeiros e por cooperativas — na UPA da Tijuca, por exemplo, há um militar para cada quatro clínicos e três pediatras cooperativados (sem benefícios), com salário de R\$ 3 mil (para os que cumprem plantão de 24h) ou R\$ 1.500 (para os que cumprem plantão de 12h).

No futuro, esse pessoal será gerido pelas fundações estatais de direito privado — contrato pela CLT, benefícios trabalhistas e melhores salários, garante o governo —, assim que for regulamentada a lei. “A coordenação seria do estado e do Corpo de Bombeiros”, informa Ricardo.

O Estado do Rio tem 21 unidades, e estão previstas mais 29 até 2010, com capacidade para 12 mil atendimentos mensais cada. A UPA de Manguinhos, no complexo de favelas do bairro, inaugurada em maio numa grande festa, é uma “super-UPA”: fruto das verbas do Plano de Aceleração do Crescimento, tem 2.400 metros quadrados, o que a torna a maior do estado, dispõe de ambulatório com 10 consultórios (as normais têm seis) e 29 leitos (as normais, 14).



Demora, mas atende



A recepção na UPA da Tijuca: à espera da classificação de risco

Inaugurada em maio de 2008, a UPA da Tijuca, Zona Norte do Rio, atende até 420 pacientes por dia – a maioria não frequenta o posto mais próximo ou trabalha no bairro, tem mais de 40 anos e busca a clínica geral. “Nossa demanda de pediatria é pequena”, informa a coordenadora, major Ana Queiroz. A unidade virou “referência” na “área programática 2.2”, que abrange Tijuca, Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira e Vila Isabel.

A aposentada Lia do Couto Bruce, 68 anos, moradora da Praça da Bandeira, procurou a UPA porque “é preciso ir de madrugada para conseguir atendimento” no posto de saúde mais próximo de casa. “Eu estava com medo de morrer, pressão a 20 por 10, 18 por 9, oscilando”, contou. Como o neto de 7 anos foi “muito bem tratado” quando o levou lá, recorreu de novo à unidade. Joana Darc Campos Silva, 43 anos, também elogiou o atendimento: com crise renal, procurava a UPA pela segunda vez.

O paciente é acolhido na recepção, encaminhado à triagem – a sala de classificação de risco, com enfermeira – e depois atendido por médico. Pela gravidade, o paciente é classificado nas cores azul ou verde (menos grave) e amarelo ou vermelho (mais grave), o que determina a prioridade. “Nem todos estão acostumados a essa



Lia Bruce

classificação, querem ser atendidos pela hora de chegada”, conta a major.

De acordo com a coordenadora, o paciente em risco azul ou verde espera em média 3 horas. A técnica de enfermagem Cléa Duarte, 28 anos, esperou bem mais. Com febre e dor de garganta, chegou às 11h30 e às 15h30 ainda não chegara à triagem. Moradora de Nova Iguaçu, procurou a unidade porque trabalha na Tijuca. “É falta de humanidade”, reclamou. Segundo ela, algumas pessoas foram embora. “É tudo fuchada”. Andrea Almeida, 26 anos, com dor na perna, chegou às 13h e, às 15h30, aguardava na recepção. Moradora de Barros Filho, não sabia que não havia ortopedista. “Fiquei para a clínica geral”.

A falta de profissionais parece, de fato, a questão-chave. A equipe da

Radis fez alguns cálculos: para classificar o risco de 400 pacientes diários, a enfermeira precisaria fazer 16 triagens por hora, sem pausa – cada um teria 3 minutos e 75 segundos –, para ouvir queixas, medir pressão, checar batimentos. Mas os pacientes não chegam todos juntos: tomando-se 250 pacientes entre 9h e 17h, cada um teria 1 minuto e 92 segundos na triagem. A média de 9 a 10 minutos por pessoa, longe da ideal, demandaria 66 horas (cerca de 3 dias): cinco enfermeiros seriam necessários para dar conta do fluxo no período.

No atendimento, a mesma coisa: com 4 clínicos, são 4 pacientes por médico por hora: 15 minutos para cada um. No fluxo maior, das 9h às 17h, os 250 pacientes teriam 7,68 minutos cada. (Colaborou: Pedro Widmar, estágio supervisionado)



Cléa Duarte



NÃO

UPA, NÃO

ENTREVISTA: Paulo de Tarso Puccini

"Sou contra unidades de saúde limitadas"

O artigo "As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006", publicado em 2008 nos *Cadernos de Saúde Pública*, é fruto dos estudos do médico Paulo de Tarso Puccini, doutor em saúde pública pela USP, nos quais avaliou a atenção básica nessas unidades, semelhantes às UPAs. Para ele, a atenção básica é a porta preferencial do sistema. "Sou contra unidades de saúde específicas e limitadas a pronto-atendimento". Nesta entrevista à *Radis* por e-mail, Paulo esclarece o porquê.

Como analisar UPAs ou AMAs?

Há uma questão primeira sobre as razões que justificariam esse tipo de unidade. O questionável é se o tipo de unidade denominado de pronto-atendimento, organizado para prestar serviço específico para demandas "simples", que adota como forma de trabalho médico o contato pontual, de baixa qualificação profissional e baixa resolubilidade, seria um serviço capaz de pronto-atender de forma integral e qualificada. É forçoso perguntar por que não resolver essas demandas no âmbito do trabalho da unidade básica de saúde ou do pronto-socorro, com seus conjuntos de definições e exigências técnicas e profissionais.

Então, você é contra?

Sou contra unidades de saúde específicas e limitadas a pronto-atendimento, seja AMA ou UPA.

Faz confusão com a atenção básica?

Acredito que sim. A ideia de grave para o usuário tem a ver mais com o temor (que não é ilusório) de uma situação que, sem resposta, poderia ter consequências sérias para sua vida. Para os profissionais de saúde, a ideia de grave é mais sentida como razões importantes que levariam a um proceder técnico especializado e imediato. No caso de um serviço limitado ao pronto-atendimento há um conflito crescente entre essas duas lógicas, pois a natureza do trabalho desmotiva a ação clínica abrangente e completa

do profissional médico e estimula uma prática indolente. Estimula, por outro lado, que os usuários valorizem exageradamente um contato superficial e sem efetividade para a recuperação possível da saúde. Profissionais e usuários foram historicamente deseducados segundo esse tipo de produção-consumo dos serviços de saúde que, com AMAs e UPAs, é reforçado. Mudar tal significado tem sido um dos desafios do papel transformador esperado para a atenção básica abrangente e integral.

Como deve ser?

Conforme a Portaria MS/648/06, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é fundamento da atenção básica ser porta de entrada preferencial do sistema e efetivar integração entre ações programáticas e demanda espontânea. Deve desenvolver trabalho voltado à solução de problemas de saúde mais frequentes e realizar assistência básica integral e contínua, o que inclui primeiro atendimento a urgências médicas e odontológicas. O fato é que pronto-atender, e com médicos, é objetivamente fundamental para a atenção básica. A questão é como fazer isso de forma racional, ampla, estável e articulada com os princípios gerais de defesa do direito de todos à saúde, e de forma a ampliar o cuidado imediato, quando necessário, com a contribuição de variadas profissões de saúde, a reconhecer o momento da intervenção de um ou outro profissional, a fixar e articular protocolos que ampliem o trabalho interdisciplinar e o cuidado continuado.

Como seria isso?

A organização da atividade de pronto-atender qualificada, segundo o princípio da integralidade, não surgirá sem que se atente para o fluxo de uma longa história de unidades básicas em número insuficiente, fragilmente organizadas, embaralhadas com as pretensas verdades nacionais do Programa Saúde da Família e desumanizadas na sua ação.

Por que não é assim?

A organização dessas novas unidades, intermediárias entre a atenção básica e o pronto-socorro, não se limita à ideia sensata e necessária de pronto-



FOTO: ACERVO PESSOAL

atender demandas não-agendadas. Esse atendimento tem história de interesses no Brasil. O Plano de Pronta Ação (PPA), estabelecido pela portaria do MPAS 39/1974, teve como objetivo declarado tornar mais acessível o atendimento aos segurados da previdência e seus dependentes. Distinguiu-se pela legalização de política de atenção médica voltada a atendimento de urgência ou emergência e teve responsabilidades na perda do controle gerencial por parte da Previdência, levando a significativas fraudes das contas médico-hospitalares. Tal política alavancou o setor privado na área da saúde. Verificou-se intensa produção de atendimentos, nem sempre necessários ou racionais. No município de São Paulo significou iniciativa política para a transferência apressada da gestão de unidades públicas estatais não-hospitalares a empresas privadas, tipo organização social.

E quanto ao custo?

É uma iniciativa que consome muitos recursos, em detrimento de seu emprego no rumo proposto pela reforma sanitária. É um recurso empregado estrategicamente de forma equivocada. A reestruturação da atenção básica não é questão restrita à produção de volumes de atos médicos. A despeito do volume adicional de consultas, há desperdício de dinheiro e de oportunidade histórica para o efetivo desenvolvimento da rede básica.



ENTREVISTA: Elaine Machado Lopez

“Ela é efetiva no atendimento resolutivo”

A enfermeira Elaine Machado Lopez, com mestrado em gestão de sistema de saúde e especialização em gestão hospitalar, coordenou o início do projeto das UPAs no Estado do Rio. Hoje diretora-geral do Complexo Hospitalar Público de São Bernardo do Campo, considera a UPA iniciativa eficiente e eficaz de pronto-atendimento. “Mais do que isso, ela é efetiva no atendimento resolutivo das pequenas e médias urgências e na estabilização dos pacientes mais graves ou de maior complexidade”, afirma nesta entrevista por e-mail, integrado às outras redes de atenção.

Fala-se que a ideia da UPA é sua. Como foi a proposta?

O projeto foi fruto de uma construção coletiva, de uma equipe de diferentes técnicos – enfermeiro, médico, arquiteto, além de profissionais com experiência na Política Nacional de Humanização. No caso do Rio de Janeiro, fui responsável pela coordenação do projeto até a implantação da terceira unidade. Mas não é uma ideia nova, muitas experiências de UPA já existiam no Brasil. O que este projeto traz de inovação é a proposta de resolubilidade (tecnológica, inclusive) vinculada a conceitos de humanização, como ambiência, acolhimento, classificação de risco, valorização dos profissionais, entre outros. Na verdade, o que concebemos é a tradução fiel do disposto no Capítulo 3 do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 2.048 de 5/11/02).

É uma boa iniciativa?

Mais do que isso, ela é efetiva no atendimento resolutivo das pequenas e médias urgências e na estabilização dos pacientes mais graves ou de maior complexidade. Se, com essa unidade, conseguirmos fazer isso com sucesso já terá valido a pena. A unidade em si, seu perfil de oferta ou seus serviços de apoio garantem as condições ideais para dar conta de seus objetivos. O que talvez tenhamos que pensar mais profundamente, em paralelo com a implantação da rede integral de atendimento das urgências e emergências, é o que temos

que fazer para o fortalecimento de outras unidades e garantir que as UPAs se integrem de forma inequívoca aos demais serviços disponíveis em rede.

A UPA pode gerar falsa expectativa de que a demanda de saúde está resolvida?

Isso é uma falsa polêmica. Implantar a rede de urgência e emergência fixa não-hospitalar (UPA) não exime o gestor da responsabilidade de prover com eficiência e prioridade a rede básica de saúde, assim como a saúde mental ou hospitalar. Este é um risco que depende mais da atuação dos gestores de saúde na composição de sua rede de atenção à saúde do que desta ou outra unidade. A UPA tem que funcionar articulada e se inserir na rede a partir da atenção básica. Tem mais a ver com a atenção básica do que com o hospital, pois é a partir da demanda da rede básica que a UPA deve se estruturar, e não o contrário.

É um ganho para grandes cidades?

A atuação da UPA no esvaziamento das portas dos hospitais é um ganho secundário e, na ausência da atenção básica estruturada, passageiro também. Portanto, o foco não é esse. Trata-se de oferecer uma alternativa de qualidade ao atendimento das pequenas e médias urgências em ambiente não-hospitalar. São várias iniciativas que precisam ser implantadas ou implementadas paralelamente às UPAs, principalmente o fortalecimento da Atenção Básica e o acesso à atenção secundária. A UPA é necessária não somente aos grandes centros urbanos, como também em municípios de pequeno e médio porte, pois oferece tecnologia adequada para a resolução de problemas importantes de forma mais acessível e próxima do cidadão, 24 horas por dia. Fortalece a articulação com a atenção básica e, no atendimento específico das urgências e emergências, pode abreviar a espera para um atendimento em que o tempo pode definir a vida e a morte ou minimizar sequelas.

A UPA então cumpre o papel do pronto-atendimento?


A UPA é unidade pré-hospitalar de atendimento a urgências e emergências, diferente do pronto-atendimento tradi-



FOTO: ACERVO PESSOAL

cional. Num país com tantas diversidades, entendo que cada gestor deva avaliar o melhor modelo para seu município. Em alguns casos pode ser que o melhor resultado seja obtido com as duas unidades funcionando juntas. Em outros, como no Rio ou São Bernardo do Campo, que adota unidades conjugadas, percebe-se que a lógica do atendimento da urgência se sobrepôs à atenção básica. Nessas experiências, este modelo mostrou-se pouco efetivo, proporcionando conflito de perfil e baixa capacidade de resposta. Em São Bernardo do Campo, a população vê as duas unidades como uma coisa só, em que uma pode substituir a outra. O que não é verdade.

Nesses casos, a UPA substitui a atenção básica? Seria necessário investir mais nos postos de saúde?

Falamos de serviços diferentes, não excludentes. Não se trata de escolher onde investir. Na verdade, há necessidade de investimento tanto na Atenção Básica quanto nos demais pontos da rede. O perfil assistencial das unidades básicas obedece a outra lógica, que remete à promoção e à prevenção da saúde e ainda ao atendimento eletivo. A UPA, e por isso deve estar absolutamente integrada e articulada à rede básica, propõe-se a realizar atendimento de urgência que necessite de pronta intervenção, estando apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados nas 24 horas do dia. 



As sequelas da escravidão

O desenvolvimento foi tema da aula inaugural do curso de Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas, fruto de parceria entre a Ensp/Fiocruz e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. O diretor de Cooperação e Desenvolvimento do instituto, o economista Mário Lisboa Theodoro, substituiu o presidente da instituição, Marcio Pochmann, e proferiu a palestra “A questão do desenvolvimento e as políticas públicas” na noite de 26 de março no auditório do Ipea, em Brasília.

Antes, o sanitarista Antonio Ivo de Carvalho, diretor da Ensp, explicou que o curso foi criado a partir da noção de que saúde é produto social, portanto não deve ser tratada apenas por médicos. “É necessário estabelecer parcerias com a sociedade e outros saberes, a fim de entender e enfrentar a complexidade do processo saúde-doença”, justificou. O mestrado, disse ele, está ligado a 13 instituições da esfera pública. Antonio Ivo ainda defendeu a inclusão da saúde na discussão estratégica do modelo de desenvolvimento brasileiro, já que o setor “vem se descobrindo como parte do desenvolvimento”.

Para a vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, Maria do Carmo Leal, a reunião de profissionais de vários campos no curso pode dar início a uma história de integração das políticas públicas, num momento em que perdem efetividade por serem desconectadas. A cooperação também deve se dar a nível internacional, acrescentou o consultor de Recursos Humanos da Opas/OMS no Brasil, o médico José Paranaguá de Santana. “A impressão que se tem é que o país tem boa disposição de se aproximar dos vizinhos, mas esta é uma visão retórica, pois na verdade estamos nos afastando deles”, avaliou.

Completavam a mesa a coordenadora de Cooperação e Desenvolvimento do Ipea, Christiane Girard, a diretora da Fiocruz-Brasília, Fabíola de Aguiar Nunes, e a pesquisadora da Ensp Jeni Vaitsman, que coordena o mestrado com Mário Theodoro.

Mário iniciou sua rápida palestra lembrando que a ideia de desenvolvimento está presente no Brasil desde o início da República, proclamada em 1889. Na época, recorria-se a outro termo: progresso, que acabou estampado na bandeira brasileira. Até os anos 1980, acreditava-se que o crescimento econômico seria suficiente para nos colocar na lista dos países desenvolvidos. Esta visão mostrou-se falha mais tarde, quando o Brasil cresceu — “no século 20, foi o que mais cresceu no mundo” — mas não se desenvolveu, lembrou: a expansão da economia não diminuiu a miséria, a pobreza e a desigualdade. Então, a partir dos anos 80, na visão de muitos o desenvolvimento deixou de ser sinônimo de crescimento econômico. “Desenvolver é ter mecanismos que garantam o compartilhamento, a distribuição do crescimento”, disse.

CARGA IDEOLÓGICA

Ainda hoje, o termo tem definição pouco clara no país: é recorrente nos discursos dos políticos, sem que se saiba exatamente qual é seu significado para cada um. “Eu diria que se o sujeito quer ser presidente dos Estados Unidos tem que falar muito em liberdade; se quer ser presidente da França, tem que falar muito em igualdade; se quer ser presidente do Brasil, tem que falar muito em desenvolvimento”, comparou.

A carga ideológica sobre a palavra desenvolvimento é muito pesada, salientou o economista, e por isso faz-se necessário tirar esse peso. Segundo ele, deve-se trabalhar com o desenvolvimento a partir de perspectiva conceitual, principalmente da perspectiva normativa das políticas públicas. Ou seja, imprimindo nas ações governamentais o objetivo de crescer economicamente, distribuir riqueza e repartir bens como educação e saúde.

Na opinião de Mário Theodoro, o desenvolvimento é também uma forma do Estado se fazer presente — atualmente, suas políticas não conseguem dar acesso a todos. “A ausência de segurança pública nas favelas abre espaço para que traficantes de drogas controlem essas comunidades e façam as vezes do Estado”, exemplificou. Para mudar essa realidade, opinou, o primeiro passo é conhecer o país e os limites do Estado e das políticas públicas. Dois pontos a serem observados: primeiro, o financiamento das políticas públicas. O sistema brasileiro ainda é deficiente, mas está mais avançado do que os de muitos países em situação similar, o que abre possibilidades de ação.

O segundo: a desigualdade persistente na história do Brasil, que atravessou séculos sem ser quebrada. A escravidão, por exemplo, deixou fortes sequelas na sociedade: “Se fôssemos representar a história do país em uma semana, de segunda a sexta teríamos escravidão”. Os problemas sociais brasileiros estão intimamente ligados à questão racial, apontou — “o epicentro de uma tragédia social”. Por isso, Mário defende a mescla de políticas públicas universais e focalizadas: “As universalistas são as que mudam o país, mas as focalizadas também são importantes, visto que alguns grupos precisam de atenção maior”. (B.D.)



Relação de entranças

O entranças da relação entre público e privado na saúde foram tema do seminário *O público e o privado na saúde*, promovido em abril pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Hospital Sírio-Libanês, o Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

A privatização do sistema de saúde e o impacto da crise econômica no setor mereceram destaque no evento, que teve lugar no auditório do Hospital Sírio-Libanês em São Paulo e reuniu 360 pessoas, entre sanitaristas históricos, profissionais e estudantes, empresários, economistas e sindicalistas. “O tema é crucial para o avanço do conhecimento e da prática política da Reforma Sanitária”, justificou na abertura a cientista política Sonia Fleury, presidente do Cebes. Em sua avaliação, há um vazio na política de saúde: “O setor privado não foi devidamente regulado na época da Constituição e hoje estamos pagando o preço”. Em que medida é possível estabelecer relações virtuosas?, perguntou. “É isso que precisamos debater de forma corajosa”.

A Reforma Sanitária se limitou ao setor público e garantiu a liberdade do setor privado, sem discutir regras, avaliou Tânia Menicucci, professora da UFMG, em sua palestra. Na década de 90, lembrou, o movimento sanitário centrou-se no SUS estatal ou público, enquanto o setor privado cresceu em direção ao público pela gestão privada de unidades públicas, a delegação de serviços ao setor privado e o aumento de seguros de saúde e hospitais privados. “O movimento sanitário foi ideológico, e não de interesse”, disse.

O contexto da época legitimou um sistema dual. Faltou a ação de categorias relevantes, como sindicatos, médicos e movimento popular. “Os sindicatos apoiaram a Reforma Sanitária, mas mantiveram seus acordos coletivos com planos de saúde”. O Ministério da Saúde ficou responsável por regular dois sistemas independentes: a saúde suplementar, com sua lógica de mercado — “que é desigual” —, e o SUS, na concepção de direito universal e igua-



litário. Em vez de reordenar o sistema privado, o Estado regulou a assistência suplementar, intervindo em atividades realizadas desde a década de 70.

Como consequência, a fragilização político-ideológica do projeto do SUS, a interpenetração de redes prestadoras, causando desigualdade de acesso. Questões cruciais acabaram indefinidas: o financiamento do SUS e os subsídios aos planos de saúde, o significado do SUS, “que não é para pobre”, frisou Tânia, as formas de articulação público-privado, visando uma agenda inovadora, e a publicização da rede de saúde, de interesse público.

MUITOS INTERESSES

“Há muitos outros interesses, como o acúmulo de capital, político, social e simbólico”, observou outro palestrante, o coordenador do Programa de Economia da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Sebastião Loureiro. Este é um quadro abrangente que envolve diversos “vasos comunicantes”: produtores de tecnologia (complexo médico-industrial), provedores de serviços (público e privado), financiadores e produtores de necessidades (entre eles, profissionais de saúde), associações de portadores de patologias especiais que necessitam de medicamentos de alto custo. Como as relações muitas vezes começam no privado e terminam no público, é urgente, para ele, tratar das agências reguladoras, que “têm papel fundamental no SUS”.

À Anvisa coube regular a eficácia e a segurança do sistema, disse. À Agência Nacional de Saúde, o preço e a qualidade de planos e seguros, e aos conselhos profissionais, a ética em saúde. “Não temos nenhuma agência reguladora que trate de equidade e universalidade”, reclamou. Isso gera iniquidades abruptas,

como o crescimento dos gastos privados em relação aos públicos. Ele apresentou tabela com o número de equipamentos de média e alta complexidade em 2005 para cada 100 mil habitantes: 912 mamógrafos no SUS, 4.461 no privado; 163 litotripsos (para quebrar cálculo renal) no SUS, 654 no privado; 3.891 equipamentos de ultrassonografia no SUS, 20.170 no privado.

A vice-presidente do Cebes, Ligia Bahia, professora da Uerj, foi além. “Os gastos públicos em relação ao total investido na saúde são cada vez menores”, disse. Em 1975, eram 75%. Em 2005, 38,8%. Em 1996, 42,7%; em 2006, 47,9%. A Bolívia gastou 58,1% e 62,1%, respectivamente. Até mesmo nos Estados Unidos, que não têm sistema universal, “as despesas públicas com saúde cresceram 6,1% em 2007”. Isso representou no ano, segundo ela, U\$ 2,2 trilhões ou U\$ 7,421 *per capita* e 16,2% do PIB. Somente o Medicare (para idosos) cresceu 7,2%, ou U\$ 431 bilhões (19% das despesas com saúde). No Brasil houve aumento (de 12%) dos gastos públicos somente em 2004. “Mas não foi superior ao do PIB”, afirmou.

A privatização do sistema, que ocorreu sobretudo entre 1981 e 2003, não foi homogênea, informou. “Nesse processo, o setor filantrópico, isento de imposto de renda, conseguiu maior remuneração, em comparação inclusive com o privado não-filantrópico”. Enquanto uma cirurgia cardíaca custava no sistema público em 2007 R\$ 244 mil, ao filantrópico o valor pago era de R\$ 528,4 mil, e o privado-público, R\$ 643,6 mil. O sistema público fez 65.206 cirurgias, o filantrópico, 132.648, e o privado-público, 116.768.

Nas internações, a remuneração no sistema público é de R\$ 421,05; no filantrópico, R\$ 959,78; no privado, R\$ 585,048. Para os 47 milhões que têm planos de saúde medianos, o valor é de R\$ 1.700 no filantrópico e no privado. Para os 4 milhões que têm planos “mais caros”, o valor é muito maior. “Cada internação num hospital como este [o Sírio-Libanês] custa em média R\$ 9.570”.

Nem se pode dizer que a “filantropização” seja herança do passado, acrescentou. Ela ocorreu de 1999 a 2000, quando foram criadas funda-

ções e entidades sem fins lucrativos. A privatização ganhou força em todos os sentidos, “inclusive quando o governo acenou pagar mais com recursos públicos pelos planos de funcionários”. Cresceram assim os planos para os segmentos C e D, com coberturas mais restritas, oferecidos a servidores e segmentos menos especializados.

A LÓGICA DA OFERTA

O mercado dos planos de saúde se apresenta em várias formas, disse: o executivo, que atende 3% da população, custa cerca de R\$ 260 a mensalidade, 3 vezes mais que o plano básico; o superior, para 35% da população, R\$ 160, 1,9 vezes mais caro que o básico; o intermediário, para 15%, custa R\$ 116, ou 1,4 vezes mais; e o básico, para 47% da população, R\$ 85. A diferença segue a lógica da oferta – quanto mais serviços, mais caro.

A pressão do setor privado aparece ainda em processos na Justiça e na

legislação. A Lei 11.302/06 permitiu a assistência ao servidor mediante auxílio-ressarcimento parcial dos gastos com planos privados. “Os efeitos serão sentidos em cinco ou 10 anos”.

O economista Claudio Salm, professor da UFRJ, falou dos impactos da crise, para ele, “gravíssima, pior do que a da década de 30”. Começou nos créditos podres do mercado imobiliário americano em 2006 e eclodiu em meados de 2008, quando cessou o crédito. Para ele, é preciso restabelecer o crédito interbancário e no comércio internacional, nem que seja pela estatização do sistema financeiro. “O capitalismo nessas horas aceita maravilhosamente a estatização”, ironizou.

O Brasil não está imune à crise, embora reaja melhor do que outros, opinou. As projeções não são boas: crescimento zero em 2009 e desemprego. A saída seria a retomada da ideia nacional-desenvolvimentista dos anos

30. “A diferença é que hoje a economia brasileira é aberta, e teremos que fazer isso com muita eficiência, pois há concorrentes como a China”.

PALAVRA MÁGICA

Na saúde, a crise tem impacto no setor público, que verá seus gastos reduzidos, dificultando o funcionamento do sistema, e no privado, com redução de usuários dos planos. Isso não ocorreria se o governo priorizasse os gastos com a saúde pública e o SUS. “Infelizmente, até agora isso não está na agenda”.

Salm defendeu uma política de desenvolvimento econômico da saúde, com atenção à assistência e ao complexo industrial da saúde. “Há uma palavra mágica em economia que se chama escala: se queremos abrangência maior do sistema público ou a universalidade do atendimento, temos que aumentar a escala e isso, no capitalismo, se resolve com inovações”. (K.M.)

Reforma tributária em xeque

Os temas financiamento do SUS e reforma tributária marcaram os debates do 25º Congresso de Secretarias Municipais de Saúde, promovido pelo Conasems de 11 a 14 de maio em Brasília. A regulamentação da EC 29 foi destacada pelos palestrantes, entre eles o sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, professor da Unicamp e diretor do Cebes. “O subfinanciamento do SUS é causado historicamente pela retração financeira do governo federal desde 1980”, disse Nelsão à *Radis*.

Isso começou quando municípios e estados passaram a participar do sistema de saúde. A saída para o problema seria a regulamentação da emenda, mas na condição de que os percentuais mínimos de aplicação sejam os mesmos determinados para estados e municípios. “Não podemos adotar para o governo federal um percentual calculado pelo PIB, que vem crescendo muito lentamente, de 1% a 3%, menos que o crescimento da população e da inflação”, comparou.

Em 31 de outubro de 2008 a Câmara aprovou o PLP 1-B/03, regulamentando a EC 29: o orçamento da saúde passaria a ter base no PIB, e não mais na receita corrente bruta da União – a pedra mais preciosa para os sanitaristas (*Radis* 65).

O projeto de reforma tributária enviado pelo governo à Câmara foi

condenado por todos, porque retira da Seguridade Social cerca de R\$ 40 bilhões, ao atrelar esse orçamento à arrecadação do Imposto sobre Valor Adicionado (IVA-Federal), do qual a Seguridade teria 39%. “Só que, fazendo as contas, 39% não alcançam sequer o orçamento atual da Seguridade Social, já insuficiente; não sobra quase nada para o SUS”, disse. A reforma, disse, deveria focalizar a forma de tributação, hoje regressiva e atrasada. “Atualmente, quanto mais se sobe na escala social menos tributo se paga e quanto menos se sobe mais se paga”. A reforma é necessária, mas é preciso que seja progressiva, “taxando mais quem ganha mais”.

Nelsão ainda chamou atenção para outros dois problemas do SUS: modelo de gestão e relação público-privado na saúde. “O Cebes tem frisado a necessidade da reforma do Estado, com novos modelos em que os gestores se vejam obrigados a gastar conforme a necessidade da população”, salientou o sanitarista, para quem a reforma parou em 1994, apenas repassando algumas responsabilidades a entidades privadas e agências reguladoras. “O Estado permaneceu intocável, e os gestores se viram engessados”.

A reforma deveria transformar a gestão, permitindo autonomia gerencial e remuneração por metas, e não por tabela, “herdada do Inamps”,

disse Nelson, um dos muitos sanitaristas que apoiam o projeto das fundações estatais. O debate sobre o público e o privado na saúde, para ele, ainda não tem clareza. “Como as interfaces dessa relação não estão definidas, o privado come o público por dentro”. Diferentemente dos países europeus, que têm sistemas públicos de saúde avançados, o Brasil amplia cada vez mais sua participação financeira no setor privado. “Na Europa, as empresas privadas de seguros de saúde são legitimamente capitalistas: ou baixam preços ou fecham”, disse. “Já o Estado brasileiro tem o vício secular de subsidiar o mercado”.

O Estado amplia subsídios ao mercado de saúde desde os anos 1990, seja concedendo isenções maiores a hospitais filantrópicos de grande porte, credenciados por planos privados, seja cofinanciando planos de servidores e parlamentares, seja pelo não-ressarcimento ao SUS dos gastos com usuários de planos.

“Somando tudo, o governo põe no mercado privado de saúde de R\$ 13 bilhões a R\$ 15 bilhões por ano”, afirmou. “É mais do que a regulamentação da EC 29 pede para o SUS”. Somente no ano passado o governo aplicou no sistema privado R\$ 14 bilhões. “Tira do SUS a classe média e os servidores e fica o SUS pobre para pobres, que não têm poder de pressão para que dê certo”. (K.M.)

CENTENÁRIO DA DESCOBERTA DA
DOENÇA DE CHAGAS (1909-2009)

Bambuí, a fase da legitimação

Cafua infestada
por barbeiros
(Bambuí, 1944)



FOTOS: CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ

outubro de 1940, foco importante da doença de Chagas na pequena Bambuí, logo descrevendo 25 casos agudos: era a primeira vez, desde Lassance, que se identificava um número expressivo de infectados.

A denúncia das endemias, pelo jeito, atraía o ódio dos governantes para os sanitaristas emergentes: o interventor em Minas logo voltaria à carga, proibindo Amílcar de atuar em Bambuí. Inconformado, pediu ajuda a Evandro Chagas, filho de Oswaldo, e conseguiu apoio do IOC para as pesquisas.

O INÍCIO DA SAGA

Evandro morreu em 1941, Amílcar partiu para a guerra. Emmanuel Dias, filho de Ezequiel, sobrinho de Oswaldo e afilhado de Chagas, que herdara o laboratório do padrinho em Manguinhos, foi então enviado a Bambuí em dezembro de 1943 por Henrique Aragão, então diretor do IOC, para trabalho de três meses em seu Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, criado em novembro: era o início de uma saga. "Só saiu quase vinte anos depois, no dia de sua morte", contou o sanitarista João Carlos Pinto Dias no livro que organizou pelo centenário de nascimento do pai — *Emmanuel Dias 1908-1962* (Ed. Fiocruz, março de 2009).

Para ajudar Emmanuel, Aragão despachou para Bambuí seus companheiros Genard Nóbrega, do Hospital Evandro Chagas, e Francisco Laranja, cardiologista experiente em clínica e eletrocardiografia — campo que dava saltos tecnológicos a partir das descobertas do americano Frank Wilson, que conferiam maior precisão ao exame dos distúrbios elétricos do coração, contaram as pesquisadoras Anis Rassi, da Universidade Federal de Goiás, e Simone Kropf, da Fiocruz, no artigo "A forma cardíaca da doença de Chagas — histórico". A própria cardiologia avançava como especialidade.

Carlos Chagas descobriu a tripanossomíase americana em 1909 e em suas pesquisas em Lassance formulou os enunciados básicos da doença. Morreu em 1934 sem ver a atuação, nas décadas de 1940 e 1950, do grupo de pesquisadores do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, na cidade mineira de Bambuí, que comprovaram a relevância social da doença, contestada na década de 1920 (*Radis* 82).

O centro em Bambuí — ainda em atividade — era herdeiro dileto do Instituto Oswaldo Cruz. Fundado no Rio em 1900 como Instituto Soroterápico Federal, o IOC, então famoso como Instituto de Manguinhos, logo chegou a Belo Horizonte: pecuaristas mineiros pediram a Oswaldo Cruz vacina contra a peste da manqueira. A vacina foi um sucesso, outras se seguiram e em 1906 o governo de Minas propôs ao IOC uma

filial local. Para a direção Oswaldo nomeou seu amigo, discípulo e conchudado Ezequiel Dias, cuja tuberculose reclamava o clima da capital mineira. Como no Rio (*Radis* 81), a filial debatia em animados grupos as novidades e os artigos científicos — "uma espécie de berço das ciências biológicas em Minas", nas palavras dos pesquisadores Eduardo Thielen e Lisabel Klein, da COC/Fiocruz, — reuniões que deram origem à Faculdade de Medicina em 1911.

Após a morte de seu diretor, em 1922, a filial de Belo Horizonte passou a se chamar Instituto Biológico Ezequiel Dias. Mas Benedito Valadares, interventor em Minas (de 1933 a 1945) nomeado por Getúlio Vargas, desfez seus laços com Manguinhos e fechou o setor de pesquisas. Frequentador da biblioteca e das reuniões do instituto desde estudante, o médico Amílcar Martins investigava a sistemática dos barbeiros em Minas e descobriu, em

O trio mergulhou no trabalho. Era bem mais fácil identificar os infectados a partir do “sinal de Romaña”, como Emmanuel e Evandro batizaram o inchaço do olho apresentado como sintoma típico da fase aguda pelo médico argentino Cecílio Romana em 1935 (*Radis* 82), que se tornara grande amigo dos brasileiros. E os casos surgiram aos borbotões. “Eram 45% de crianças infectadas antes dos dez anos. Mais de 90% de infestação domiciliar em várias localidades. Filas intermináveis de pacientes com avexames e bateadeiras”, conta João Carlos no livro.

Emmanuel foi ficando e conquistou colaboradores entre os bambuienses. Ensinou a coletar triatomas, a elaborar testes, a preparar o inseticida, o pó Fly Tox, com querosene e um composto de piretro sem efeito residual, “já que o DDT, milagroso contra anofelinos, foi um fracasso contra os triatomas”. Visitava as cafuas primeiro de charrete, depois de motocicleta. Numa, achou 500 barbeiros, noutra, mais de 10 mil, infestação em grau extremo que descreveu nas *Memórias* do IOC com Rodrigo Zeledón, da Costa Rica. Com os companheiros, fez descrição precisa da cardiopatia crônica chagásica, informa João Carlos. Pelo menos 40% dos infectados adultos apresentavam alterações no miocárdio ou no sistema de condução. Milhares de eletros, chapas e observações clínicas foram cotejados. A lista de pacientes crônicos chegou a mais de sete mil.

Nesses estudos destacou-se Francisco Laranja, que demonstrou a gravidade e a alta frequência da cardiopatia crônica, a “verdadeira expressão clínica da doença”: os distúrbios da condução do estímulo, como os bloqueios aurículo-ventriculares (especialmente o bloqueio A-V total) e o bloqueio do ramo direito (BRD), “cuja detecção se tornava possível graças às modernas técnicas eletrocardiográficas”, segundo Anis e Simone. Outra “evidência sugestiva” no diagnóstico: “as extrasístoles ventriculares, já referidas por Chagas como arritmia característica da tripanossomíase americana crônica”.

DETERMINANTES SOCIAIS

O grupo de Bambuí também aperfeiçoou um método de diagnóstico sorológico, feito em laboratório, que complementava a identificação dos casos clínicos. A contribuição de Bambuí foi decisiva ainda no estabelecimento de ações preventivas. Emmanuel e José Pellegrino descreveram suas experiências no combate ao barbeiro com inseticidas de ação residual em estudo publicado em 1948, provando que era possível o controle do vetor e destacando a



Benaim, Emmanuel,
Pifano, Medina e Laranja
(Bambuí, 1947)

necessidade de melhoria das condições de habitação. Herdeiros de Oswaldo e Chagas, tinham visão clara do peso dos determinantes sociais da saúde.


Emmanuel reuniu muitos parceiros na jornada, como os brasileiros Pedreira de Freitas e Mário Pinotti, os venezuelanos Félix Pifano, Arnoldo Gabaldón, Benaim Pinto e Rafael Medina, Amador Neghme (Chile), Cecílio Romana (Argentina), Hugo Escomel (Peru), Rafael Torrico (Bolívia), entre outros. Em 1949, Laranja sintetizou Bambuí como o início de nova fase na “história acidentada” da doença de Chagas, em que o reconhecimento da cardiopatia chagásica crônica como “entidade clínica de realidade indiscutível” superou o “ceticismo generalizado” dos primeiros estudos.

NAS AMÉRICAS

“A boa clínica, o bom laboratório e uma boa anatomopatologia foram caracterizando os quadros de etiologia chagásica exclusiva, diferente dos eventos sifilíticos, reumáticos e átero-escleróticos que também grassavam na região”, escreveu João Carlos. As publicações de *Clínica e Terapêutica* se sucediam, “lado a lado com livretos simples que ensinaram a doença de Chagas aos médicos do interior”. E das Américas: os companheiros descobriam focos no Chile, na Argentina, no Paraguai, na Venezuela, nos países centro-americanos,

no México — a tripanossomíase americana era uma realidade.

Como Chagas, Emmanuel fez trabalho coletivo e em rede, nacional e internacional: Bambuí atraiu sanitaristas de toda parte. Como o mestre, ele repetia à exaustão a importância das medidas profiláticas, batalhando para que os governos abraçassem a causa. Visionário como Chagas, reuniu dezenas de prefeitos na cidade, “antecipando em trinta anos o processo de municipalização das ações preventivas em saúde”, observou João Carlos. Como o padrinho, Emmanuel morreu antes de ver o Programa Nacional contra a Doença de Chagas ganhar status de prioridade em 1983: o principal triatoma desapareceria de 711 municípios brasileiros. Em 1991, os países do Cone Sul se reuniram em iniciativa inédita de eliminação da transmissão.

Bambuí, desde 1980 rebatizado Posto Avançado de Pesquisas Emmanuel Dias — onde João Carlos, doutor em Medicina Tropical, ainda faz pesquisas — foi marco decisivo na afirmação da doença de Chagas como problema de saúde pública de relevância para o Brasil e as Américas. Emmanuel morreu em 1962 em acidente de carro, aos 54 anos — como as do tio e do padrinho, uma morte prematura. 

Na próxima edição,
as expedições de Chagas

FONTES

- ♦ “Ciência das doenças nas Geraes — Da filial de Manguinhos ao Centro de Pesquisas René Rachou”, de Eduardo Vilela Thielen e Lisabel Espellet Klein, no site do CPqRR www.cpqrr.fiocruz.br/pt-br/historia
- ♦ “A forma cardíaca da doença de Chagas — histórico”, de Anis Rassi e Simone Petraglia Kropf, no site *Doença de Chagas*

www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=143

- ♦ “Emmanuel Dias: o principal artífice do combate à doença de Chagas nas Américas”, de João Carlos Pinto Dias, Aluizio Prata e José Rodrigues Coura, no site da *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50037-86822008000500013

SERVIÇO

EVENTOS

6º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOSSEGURANÇA

A Associação Nacional de Biossegurança (ANBio), que completa 10

anos em 2009, promoverá no campus da Uerj, de 20 a 25 de setembro, o 6º Congresso Brasileiro de Biossegurança, com participação de especialistas da OMS, do programa de biossegurança do Departamento de Estado e do National Institute of Health (EUA) e de representantes de associações de biossegurança do mundo. Paralelamente, o 1º Simpósio Internacional de Biossegurança e Pesquisa de Uso Duplo (22 a 25/9) e cursos sobre biossegurança para profissionais de saúde, em laboratórios ou no transporte de materiais perigosos.



Data 22 a 25 de setembro de 2009
Local Campus da Uerj, Rio de Janeiro
Mais informações
Tel. (21) 2220-8678/8327
E-mail secretaria@anbio.org.br
Site www.anbio.org.br/congresso/2009/index.htm

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA



Promovido pela Sociedade Brasileira de Bioética e a Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro em associação com o Conselho Federal de Medicina, o evento debaterá temática vasta: direitos e deveres individuais e coletivos com os seres vivos, a biodiversidade e o planeta, a globalização e o multiculturalismo, com o direito à igualdade e o reconhecimento da diferença, a medicalização e a judicialização do cotidiano, a tecnologia e

sua aplicação aos sistemas vivos. Não faltarão questões polêmicas, dos direitos e deveres da propaganda à criança e os meios de comunicação, passando por agronegócio e meio ambiente, gestão do SUS e cobertura, medicalização da vida e políticas sanitárias, o direito animal e a Lei Arouca, a Declaração de Helsinque e sua revisão.

Data 23 a 26 de setembro de 2009
Local Hotel Atlântico Búzios Convention & Resort, Búzios, RJ
Mais informações
Tel. (21) 2496-4048
Fax (21) 2499-4943
E-mail roberta@rsvpress.com.br
Site www.congressodebioetica2009.com.br/index.asp

INTERNET

NOVO SITE DA RETS

A Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (Rets) lançou seu site, com informações sobre os cursos oferecidos pelas instituições de ensino e materiais didáticos, a legislação de diversos países nas áreas de educação e saúde, publicações, eventos, notícias sobre o tema e a versão eletrônica das edições da *Revista Rets*. A Rede tem mais de 100 integrantes, entre instituições de ensino, órgãos de governo e associações profissionais de 21 países.
Site www.rets.epsjv.fiocruz.br

PERIGOS DO FUMO PASSIVO



O Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) lançou portal com informações sobre o fumo passivo e o desenvolvimento de tumores malignos, bandeira do governo do estado para banir o uso de cigarro nos ambientes públicos e privados de São Paulo. O portal traz estudos nacionais e internacionais que contabilizam

os impactos da aspiração de fumaça alheia, entre eles o de que o fumo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, superada apenas pelo tabagismo ativo e o consumo excessivo de álcool.
Site www.icesp.org.br

PUBLICAÇÕES

VIDA DE ANTROPÓLOGO

Antropologia Brasileira: ciência e educação na obra de Edgard Roquette-Pinto, organizado por Nísia Trindade Lima e Dominichi Miranda de Sá, publicado pelas editoras




Fiocruz e UFMG, reúne artigo inédito de Edgard Roquette-Pinto, médico, antropólogo e educador, mais lembrado por suas realizações no rádio e no cinema educativos, e outros textos sobre o autor, sua trajetória, seu pensamento e suas viagens.

MEDICINA DA FAMÍLIA

Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho, de Rômulo Maciel Filho e Maria Alice Fernandes Branco (Editora Fiocruz), é prefaciado pelo mi-



nistro da Saúde, José Gomes Temporão. Os autores tratam de mercado e oferta de médicos nas regiões brasileiras, da experiência de estímulo à fixação de médicos no interior, apontam os motivos da extinção do Programa de Interiorização do Trabalho, apesar de interessante, e analisam políticas e futuras estratégias de intervenção. 

ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

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

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

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

PÓS-TUDO

A memória da homossexualidade

IHU Online *

A USP criou em abril o Programa de Estudos da Diversidade (Homo)Sexual – grafia escolhida por permitir dupla leitura. À frente dele está o professor Horácio Costa, ex-presidente da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura, que deu entrevista ao jornal online do Instituto Humanitas Unisinos – universidade jesuíta de São Leopoldo (RS) –, cujo resumo a *Radis* reproduz. Segundo ele, “qualquer identidade passa necessariamente pela reivindicação, pelo destaque, pela reconstrução, pela redimensionalização da memória do passado”. José Horácio de Almeida Nascimento Costa é graduado em Arquitetura e Urbanismo pela USP, tem mestrado em Artes da New York University e mestrado e doutorado em Filosofia da Yale University. Sua obra poética inclui *Satori* (Iluminuras, 1989) e *Fracta* (Perspectiva, 2004).

Por onde vão as pesquisas do programa?

O enfoque não é na diversidade sexual, algo muito amplo. A finalidade é criar na USP espaço de reflexão sobre a homossexualidade. Estudaremos a memória homossexual brasileira, muito pouco pesquisada. No 4º Congresso da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura tivemos professores de quase todos os estados e até de outros países. Procurei estabelecer, principalmente, relações com países vizinhos. É um espaço novo de reflexão que promete muito para o futuro.

Qual a diferença entre diversidade sexual e diversidade homossexual?

A diversidade sexual inclui estudos sobre feminismo, e a diversidade homossexual entra apenas no tópico da homossexualidade. Há um debate sob o ponto de vista acadêmico, mas a diversidade sexual inclui outros tipos de problemas, como a questão da heterossexualidade feminina diante dos mecanismos de poder etc.

O programa tem posicionamento político?

Evidentemente, não político-partidário, porque isso não é parte do

espírito da universidade. Entretanto, toda pesquisa que se faz sobre a diversidade homossexual, particularmente no que diz respeito à memória da homossexualidade no Brasil, termina por ser um campo de reivindicação política de inclusão e respeito aos direitos humanos, sobretudo naquilo que se refere ao direito à memória.

Que tipo de estudos esse campo necessita?

É um campo em construção e diz respeito às ciências humanas, fundamentalmente. Também inclui tópicos como saúde pública e direito. São problemas de legislação, políticas públicas, economia. Sob o ponto de vista das ciências humanas, trata-se de levantar questões que envolvem manifestações culturais, a exemplo da história do teatro, das artes plásticas visuais, da conformação do cânone literário, da receptividade da voz homossexual no registro da literatura nacional. Há muitos campos que precisam ser cobertos. A experiência vem em função do congresso, do qual fui presidente.

As experiências do movimento feminista podem inspirar a discussão sobre gênero e diversidade homossexual?

Sim. Há uma coincidência política e cultural. A história do feminismo é iluminadora para o movimento homossexual, pois suas conquistas foram expressivas. Os embates não são os mesmos, mas rumamos a este precedente, deixando claro que o movimento homossexual surge das reivindicações femininas no fim do século 19. Entretanto, a chegada da mulher ao trabalho fez com que os tópicos dos movimentos feministas tivessem grande avanço, ao passo que o movimento homossexual, apesar de sua raiz no século 19, só nas últimas décadas do século passado se organizou em diversos países. No Brasil, com atraso, apenas no fim do século 20.

De que maneira a sexualidade dialoga com a teologia?

Acho que a liberdade, se existe um Deus, para a vida, inclui todas as suas manifestações positivas. Portanto, qualquer tipo de coerção às manifestações gozosas da existência é, do meu

ponto de vista, autoritário e eticamente incabível. Assim, o que tem sido preconizado pelas religiões monoteístas é vergonhoso, considerando a liberdade e a beleza da existência.


Quais os desafios da diversidade homossexual hoje?

O maior desafio é de ordem político-cultural justamente na construção, ou reconstrução, ou destaque dessa memória subjacente. É uma memória que existe, mas que não está expressa em termos sociais. Mesmo para os homossexuais, essa memória não é conhecida o suficiente. Esse é o maior desafio, porque não acredito em identidade desvinculada da memória. Qualquer identidade passa necessariamente pela reivindicação, pelo destaque, pela reconstrução e pela redimensionalização da memória do passado.

Como se constitui a moralidade homossexual contemporânea?

Não existe moralidade homossexual, assim como não existe moralidade heterossexual. Estamos falando de conjuntos fluidos de coisas, então não pode haver uma moralidade única. Temo que qualquer escrutinação moral possa levar a uma imoralização da minoria. Estamos num momento de exploração de pluralidade na sociedade, portanto com várias morais. É diferente do horizonte da ética, aquele que, por exemplo, coordena a relação do indivíduo com o Estado e do indivíduo com o poder. Daí falarmos de uma ética coletiva. A questão moral vai por outro lado e inclui os multicomportamentos, que incluem, simultaneamente, várias morais.

A cultura contemporânea mudou também o posicionamento dos homossexuais?

A cultura contemporânea alterou as relações intergeracionais e, ao fazê-lo, facilitou a afirmação de vários comportamentos que eram considerados desviantes e têm agora nova presença na sociedade. A homossexualidade funciona como mais um elemento para pluralização e relativização de comportamentos. 

Site do IHU: www.unisinos.br/ihu/index.php
 Texto publicado em 28/5/09

Quer saber como
o dinheiro público é
empregado na Fiocruz?

Visite o site

www.fiocruz.br/ccs

e veja como o seu imposto
é aplicado em ações de
saúde pública.

Agência
Fiocruz de Notícias:
divulgando o que a
Fundação Oswaldo Cruz
faz por cada brasileiro.

Agência Fiocruz de Notícias
Saúde e ciência para todos
Sexta-feira, 12 de dezembro de 2008

Notícias
Galeria de fotos
Entrevistas
Opinião
Especiais
Fio da História
Glossário de doenças
Estante
Equipe/Contato

Do Serviço de Medicamentos Odebrecht
Dilma e Temporão assinam documentos para fortalecer a produção de medicamentos
Os ministros visitaram o Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz, onde assinaram cinco documentos com impacto na produção nacional pública de medicamentos. Eles envolvem parcerias internacionais para enfrentar doenças respiratórias, tuberculose e malária, entre outras.

Novo presidente e Conselho Nacional
Direitos do físico comenta os desafios de sua gestão

Agenda
9 dezembro
Centro de Estudos Especial do IOC: E na Fiocruz - preparar futuro. Por Maria do Carmo Leal, vice-presidente de Extensão, Informação e Comunicação da F

Outros destaques
Projeto que busca melhorar reagentes diagnósticos ganha prêmio internacional
Livro mostra que 25% das mortes anuais se devem a doenças causadas por vírus

ESPECIAL AIDS

Agência Fiocruz de Notícias
Saúde e ciência para todos
Terça-feira, 10 de novembro de 2008

Notícias
Galeria de fotos
Entrevistas
Opinião
Especiais
Fio da História
Glossário de doenças
Estante
Equipe/Contato

Editora Fiocruz firma convênio com similar argentina para publicar livros traduzidos
O acordo de cooperação, firmado com a Editorial Universitaria de Buenos Aires, tem por objetivo editar livros em sistema de co-edição. Este é o primeiro convênio firmado pela editora com um país da América Latina e pretende facilitar o acesso a ambos os países.

Canal Saúde debate ao vivo a situação das comunidades quilombolas, na TV e na web, nesta terça-feira
Artigo propõe modelo matemático para criar padrões de intensidade de transmissão da dengue

Agenda
9 novembro
Centro de estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Focópole - o modo generalizado e institucionalização de questão urbana. Por Angelino de Oliveira Campos, professor da Uerj, e Marcelo Freixo, deputado estadual do RJ. Dia 10-11 (quarta-feira), às 14h, no Salão

Outros destaques
Estudo avalia fatores que podem causar transtorno depressivo em adolescentes
Balança rende está associada a um risco até 13 vezes maior de insegurança alimentar
Sistema para avaliar fatores de risco para doenças não transmissíveis será expandido

Manual do Autor
Especial DOENÇAS DO TRABALHO

Agência Fiocruz de Notícias
Saúde e ciência para todos

Especial Aids

Do trabalho de caracterização dos vírus HIV em circulação no Brasil ao estudo de fatores de risco ligados à transmissão da doença de mãe para filho, passando pela produção de medicamentos anti-retrovirais que chegam atualmente a mais portadores da doença no país, são múltiplas e relevantes as ações de grupos da Fiocruz no enfrentamento da Aids.

Tem sido assim desde que um grupo de cientistas da Fundação, coordenados pelo imunologista Bernardo Galvão, em primeira vez, em 1987, o vírus HIV no Brasil, abrindo perspectivas para uma série de ações e estudos que, desde ajudando o programa de Aids brasileiro a ser reconhecido no mundo inteiro.

As reportagens a seguir tratam de resultados de diferentes linhas de pesquisa que certamente trarão impacto ao estudo que segue sendo sinônimo de flagelo em várias partes do mundo, mas que encontra no esforço coletivo de cientistas e pr de saúde uma esperança para seu controle definitivo.

e-mail: ccs@fiocruz.br tel: (21) 2270-5343