

# Saudáveis?

Chamada de capa desta edição mereceria uma interrogação ao final: *Largada rumo a cidades saudáveis?* Nossa decisão de não colocar em dúvida a vontade política dos dez novos secretários de saúde entrevistados deve ser vista como um voto de confiança. Um desejo de que, por caminhos diferentes, mas sem distanciarem-se dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária, eles deem largos passos em prol da saúde coletiva.

A ideia de cidades saudáveis tem raízes na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, ano em que os princípios da Reforma Sanitária brasileira foram consagrados na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em maio de 2000, após ouvir especialistas para a revista Tema (vale conferir no site do Programa Radis), o editor Álvaro Nascimento descreve o conceito de cidade saudável como “o desafio da qualidade de vida em cada casa e comunidade... num mundo tão desigual em oportunidades quanto extraordinariamente generoso em ideias e promessas”, e o redator Caco Xavier como um processo que requer evolução contínua do conceito de saúde pública, um processo civilizatório na construção da urbe e a formação de redes de movimentos interligados e ao mesmo tempo autônomos.

Relembramos isso para que o leitor avalie os compromissos dos gestores municipais com a população (e agora com o Radis), tendo como referência não apenas o curto prazo, mas, principalmente, grandes ideais e o médio e o longo

prazos. Nenhuma cidade brasileira é saudável, embora o investimento sério no SUS e iniciativas intersetoriais contínuas possam colocar algumas nesta direção. Ter a saúde e a sustentabilidade como meta já é um caminho.

Nos depoimentos, preocupa a discrepância orçamentária nos municípios e que alguns gestores recorram à alternativa privatizante das Organizações Sociais de Saúde, para exercer funções de Estado. Numa das capitais, conseguiu-se desmembrar o comando do frágil Sistema Único em três. Por outro lado, animam a previsão de concursos para resolver a carência de profissionais de saúde e a determinação de alguns secretários em construir um SUS 100% público, com ampliação da atenção básica e foco na integralidade e na qualidade.

São quatro anos para que as novas equipes mostrem a que vieram. Vamos torcer pelo sucesso de todos, pelo bem dessas regiões metropolitanas. Dentro de dois anos, talvez a reportagem da *Radis* apareça para conferir *in loco* e informar nossos leitores. Quem sabe não encontraremos secretários, equipes profissionais e os Conselhos Municipais de Saúde — tão pouco citados pelos gestores — seguindo o exemplo honroso de grandes sanitaristas que apostaram na municipalização da saúde como Gastão Wagner, David Capistrano Filho e Sergio Arouca.

**Rogério Lannes Rocha**

Coordenador do Programa Radis

Capa: Ilustração Marina Cotrim

## Expressões e Experiências

• Trajetória reconhecida 2

## Editorial

• Saudáveis? 3

## Cartum

3

## Voz do leitor

4



Súmula 5

Radis Adverte 7

Toques da Redação 7



## Cidades saudáveis

- Desafios para a Saúde nas capitais 8
- Ponto de partida 9
- Boa Vista 10
- Cuiabá 11
- Curitiba 12
- Florianópolis 13
- Macapá 14
- Palmas 15
- Salvador 16
- São Luís 17
- Teresina 18
- Vitória 19

## Sanitaristas brasileiros

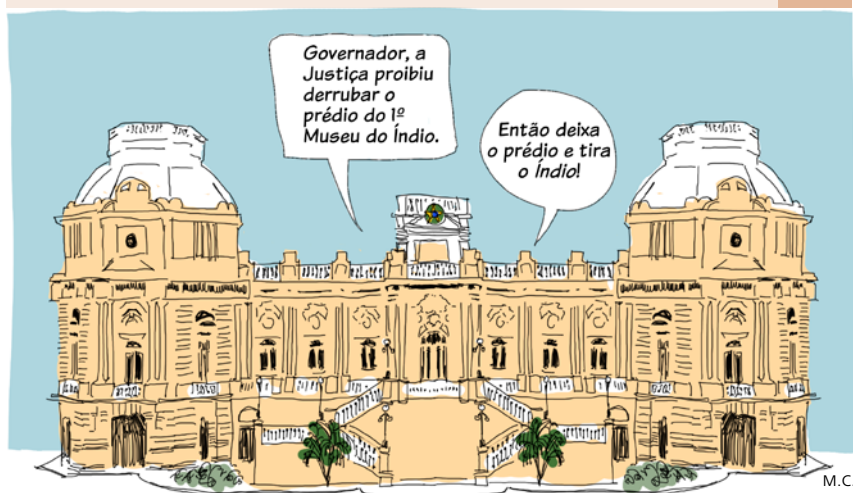
• Pirajá da Silva 20

Serviço 22

## Pós-Tudo

• A seca e o olhar sudestino 23

## CARTUM



M.C.

RADIS . Jornalismo premiado  
pela Opas e pela Asfoc-SN

100 Organização  
Pan-Americana  
da Saúde  
1902-2002

Prêmio  
Sergio Arouca  
de Saúde e Cidadania  
2012



### Pessoas com deficiência

Quero agradecer essa revista que por muitos anos me alimenta com esperança que saúde tem solução. Gostaria que me enviassem o número da revista que tem uma matéria sobre pessoas com deficiência, pois estou elaborando um trabalho de conclusão de curso sobre o tema. Desde já, agradeço a atenção.

• Conceição Aparecida de Oliveira, Santos, SP

**R:** Cara Conceição, já abordamos o assunto nas edições 124 (Súmula), 115 e 92, que você pode consultar em nosso site. Estamos produzindo uma matéria sobre acessibilidade para 2013: aguarde!

### Epidemia involuntária

Gostaria de parabenizar a *Radis* pela matéria "A epidemia involuntária e suas consequências" do professor Luís Fernando Tófoli (edição 123), uma reflexão crítica dessa onda do crack, uma questão que envolve gestão, profissionais de saúde e principalmente o próprio cidadão, formadores de opinião.

• Keila F. Guerra, Salvador, BA

### Saúde mental

Sou leitor da *Radis* e tenho uma sugestão de pauta: A responsabilidade de quem se propôs a tratar de doença mental não termina quando ele tem alta. Ela vai além. É necessário que se conheça para onde ele vai, quem vai tratá-lo, se tem condições de atender o mínimo de suas necessidades, ou seja, dar os remédios nas horas certas, observar seu comportamento, não deixar que sofra discriminação não o expondo a curiosidades dos outros. Sua casa, ou outra instituição qualquer, tem que ser sempre a continuidade do tratamento que tinha no hospital.

• Durval Almeida Luz, Paracambi, RJ

### Hemodiálise

Parabéns pela revista, ficou ótima! Recebo a *Radis* há mais de dez anos e adoro as reportagens. Gostaria que abordassem o tratamento de hemodiálise; sou enfermeira com especialização em Nefrologia, e o assunto é pouco abordado. Obrigada!

• Fernanda Sabrina Almeida Fontana, Itabira, MG

### Dependência química

Sou estudante do Curso de Serviço Social da UFJF, e recebo mensalmente a *Radis*. Gosto muito da revista, que me ajuda muito nos meus estudos. Parabéns a todos pelo excelente trabalho! Gostaria de sugerir uma reportagem sobre a dependência química e a atenção primária à saúde, que vai ser meu tema de TCC. Como os profissionais atendem essa demanda? Estão preparados ou não? aguardo resposta, muito obrigada.

• Daiane Viana, Juiz de Fora, MG

### Emergência versus escola

Gostaria que a *Radis* abordasse os diversos riscos de se ter uma unidade de saúde emergencial (UPA- Cidade de Deus) ao lado de uma unidade escolar (CIEP - João Batista dos Santos). Abordei um pouco do assunto em meu blog: <http://brasiligualitrioj.blogspot.com.br/>

• Janaina Galdino, Rio de Janeiro, RJ

### Toxoplasmose

Em primeiro lugar, feliz ano novo a toda equipe da *Radis*! É com imensa alegria que escrevo para agradecer pelo recebimento da revista, que é maravilhosa e me mantém informada sobre os principais assuntos do país. Gostaria de saber se há a possibilidade de uma matéria sobre toxoplasmose — meu pai faleceu dia 21/12/12, e nenhum médico encontrou

a causa até o dia 4/1/13, quando saiu o resultado positivo para toxoplasmose, no exame particular. O hemograma realizado só acusava infecção, sem causa aparente. Abraço a todos!

• Maria Aparecida de Moura, Seropédica, RJ

**R:** Sugestões anotadas!

### Submissão de artigos

Sou assinante da *Radis*, que recebo religiosamente na casa dos meus pais, em Manaus, há mais de 15 anos. Atualmente desenvolvo minhas atividades no Departamento de Auditoria do SUS - DenaSUS. Fiz uma pesquisa sobre o diagnóstico dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), nas três esferas de governo e gostaria de publicar um artigo na revista. Haverá espaço? Quais são os requisitos e normas da revista para publicação?

• Marília Ferraro Rocha, Brasília, DF

Gostaria de saber como é feita a submissão de produções e quais tipos vocês aceitam: artigo original, relato de experiência, reflexão? Também gostaria de saber se vocês possuem Qualis Capes. Desde já, agradeço a atenção.

• Fabiani Pereira, Uruguaiana, RS

**R:** Marília e Fabiani, como já esclarecemos nesta seção, a *Radis* não é uma revista aberta a recebimento de artigos. Trata-se de uma revista jornalística, cujos conteúdos são definidos em reuniões de pauta mensais e produzidos pela própria equipe. Ficamos gratos por seu interesse. Um abraço!

### 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.

### EXPEDIENTE

**RADIS®** é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

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

Coordenação do Radis **Rogério Lannes Rocha**

Subcoordenação **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**

Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição), **Bruno Dominguez**, **Elisa**

**Batalha** e **Liseane Morosini**

Arte **Carolina Niemeyer** (subedição)

Documentação **Jorge Ricardo Pereira**, **Laís Tavares** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho**

(Informática)

Estágio supervisionado **Anna Carolina Düppre** (Reportagem), **Marina**

**Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **78.600** exemplares | Impressão Minister

Assinatura **grátis** (sujeita à ampliação de cadastro)

Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) Tel. (21) 3882-9118

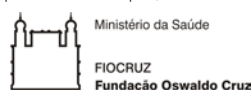
(21) 3882-9119 E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Confira também a resenha semanal Radis na Rede e a seção Multimídia, que

complementam a edição impressa, em [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

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

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.





# Tragédia vira espetáculo

O incêndio na boate que vitimou mais de duas centenas de pessoas na cidade gaúcha de Santa Maria (27/1) abalou o país e mobilizou a cobertura da imprensa. Desde então, o assunto ocupou as manchetes dos jornais e foi tema de programas de televisão, quando jornalistas, comentaristas e autoridades clamaram para que o debate sobre prevenção e segurança não caísse no vazio e os “culpados” pela tragédia fossem punidos.

O espetáculo promovido pelos meios de comunicação, na tentativa de explorar ao máximo a cobertura e as consequências da tragédia, foi excessivo. A partir da prerrogativa de informar,

muitas emissoras e jornais lançaram mão da opinião de “tragediologistas” que não estiveram no local, ou mobilizaram equipes para transmitirem ao vivo do local da tragédia.

Uma estratégia de espetacularização da realidade, de conversão da dor em produto jornalístico, teve como exemplar a cobertura do *Fantástico* (3/2), na Rede Globo, um dos programas que explorou exaustivamente o tema: reconstruiu o ambiente da boate em tamanho real, narrou trágicas histórias de mortos e sobreviventes, e mostrou o trabalho de resgate de vítimas em estado mais grave de Santa Maria para hospitais de Porto Alegre.



## Respostas da Saúde eficiente

Autoridades e pesquisadores da Saúde articularam bem os instrumentos de comunicação após o incêndio em Santa Maria. O Ministério da Saúde realizou uma videoconferência (30/1) para definir um plano de ação, com duração até 18 de fevereiro; a comunicação continuou, diariamente, para análise da evolução dos casos. O ministério também propôs o seguimento do atendimento aos familiares e às vítimas do incêndio e a uniformização da assistência continuada aos pacientes que já haviam tido alta médica, para que pudessem ter acompanhamento e — posteriormente — fizessem outras consultas e exames. As propostas foram

debatidas durante outra videoconferência (7/2) com especialistas e diretores dos hospitais de Porto Alegre, Santa Maria e o Instituto do Coração (Incor) de São Paulo que estão atendendo familiares e vítimas com problemas respiratórios, psicológicos e queimaduras.

A Agência Fiocruz de Notícias (AFN) também veiculou, logo após o incidente (29/1), entrevista com o pneumologista Hermano Albuquerque de Castro (Ensp/Fiocruz), que falou dos sintomas, riscos e tratamento para a pneumonia química. A doença, risco para os que sobreviveram à tragédia, é fatal se não for tratada adequadamente.

## SUS invisível

O SUS permaneceu invisível na maioria das notícias que registraram o esforço heroico da operação para salvar vidas, em Santa Maria. Poucos foram os programas que registraram a participação da Força Nacional do SUS (FN-SUS), que atua com uma equipe multidisciplinar integrada ao

estado e ao município e em parceria com os ministérios da Defesa e Integração Nacional. De acordo com o que noticiou o *Fantástico* (3/2), pareceu que a resposta à tragédia foi exclusivamente voluntária, sem participação alguma do sistema de saúde.

## Cianeto preocupa especialistas

Mesmo antes da conclusão do laudo oficial da perícia, a Polícia Civil gaúcha já considerava certa a hipótese de que a maioria das vítimas do incêndio na boate Kiss, em Santa Maria, morreu de asfixia por cianeto, liberado pela queima da espuma que revestia o teto da casa noturna, noticiou *O Globo* (27/2). O delegado Marcelo Arigony, responsável pelo caso, informou ao jornal carioca que a investigação realizada pelo Instituto Geral de Perícias do Rio Grande de Sul (IGP/RS) apontava para a presença dos efeitos do composto químico nos corpos analisados, mas que ainda aguardava laudo oficial dos peritos para confirmar a causa das mortes. “Todo panorama indica cianeto. Nós já temos uma sinalização da perícia no sentido de cianeto. Temos uma sinalização nesse sentido e pretendemos ter mais elementos de prova no sentido de que realmente o cianeto foi, se não o diferencial, pelo menos uma das circunstâncias que levaram a morte dessas pessoas”, declarou o delegado.

Testes anteriores realizados pelo IGP/RS, em parceria com o Laboratório Policial de Química Forense da Polícia da Província de Buenos Aires, não teriam identificado presença de cianeto em quantidade suficiente para matar as vítimas do incêndio na boate Kiss, em Santa Maria, havia noticiado o *Zero Hora* (18/02). O jornal gaúcho informou que, além dos exames para comprovar a presença de cianeto, a perícia também investigava a presença de monóxido de carbono no corpo das vítimas. Naquele momento, Miguel Dabdoub, professor do Departamento de Química da Universidade de São Paulo (USP), explicava que o gás tóxico que teria sido inalado na casa noturna, combinado com elementos químicos no interior do corpo, gera moléculas letais, mas pode não deixar vestígios, já que não foi ingerido em sua forma sólida.

O site da revista *Veja* também havia destacado (1/2) que a substância é a mesma que foi usada nas câmaras de gás dos campos de concentração nazistas. O farmacologista Daniel Junqueira Dorta, professor do departamento de química da USP de Ribeirão Preto e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Toxicologia, explicou à revista que o gás é um dos mais tóxicos, já que impede que as células consumam oxigênio. Segundo ele, a associação deste gás com o monóxido de carbono foi uma combinação fatal.

# Líder do MST assassinado

Com os noticiários ocupados com os desdobramentos da tragédia em Santa Maria (RS), passou quase despercebido o assassinato de Cícero Guedes, militante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) em Campos dos Goytacazes (RJ). O trabalhador rural foi encontrado morto com marcas de tiros na noite de 25/1, enquanto passava por uma estrada próxima à usina Cambaíba. Ele era coordenador da ocupação organizada pelo movimento na usina, um complexo de sete fazendas de 3,5 mil hectares considerado improdutivo pelo Incri em 1998, de acordo com o site do MST (26/1).

Cícero participou, na noite de seu assassinato, de uma reunião no acampamento Luiz Maranhão, instalado no complexo industrial, e voltava de bicicleta para o assentamento Zumbi dos Palmares, onde morava. Levou pelo menos dez tiros que acertaram suas costas e cabeça. A Polícia Civil de Campos prendeu (31/1) um suspeito de ser o mandante do crime, identificado como José Renato Gomes.

O portal G1 (1º/2) informou que o delegado da 134ª Delegacia de Campos, Geraldo Assed, defendeu que o suspeito também seria integrante do MST e teria cometido o crime para ocupar o lugar de Cícero na liderança do Movimento. Em nota oficial (1/2), o MST negou que o acusado fosse integrante do movimento.

Na semana seguinte, a polícia já admitia a possibilidade de envolvimento de um fazendeiro da região, que teria ameaçado militantes do movimento sem-terra no final de 2012. Na ocasião, o ouvidor agrário nacional Marcelo Nicolau cobrou uma investigação mais rigorosa. “Que os envolvidos sejam punidos de uma forma exemplar e que também sejam adotadas providências para diminuir essa sensação de medo e insegurança que existe no acampamento. Existem denúncias de que pessoas que arrendam terras na região estão ameaçando de morte e fazendo intimidação exibindo armas”, disse ao G1 (29/1).

A usina Cambaíba pertence aos

herdeiros do ex-vice-governador do Rio de Janeiro, Heli Ribeiro Gomes. O local é cenário de um perturbador capítulo do regime militar, revelado pelo ex-delegado e agente da repressão Cláudio Guerra, no livro *Memórias de uma Guerra Suja*, lançado em 2012. Ele conta que o forno do local foi cedido aos militares para que fossem incinerados ali dez corpos de militantes políticos. Em retribuição, a usina teria recebido benefícios e financiamentos do Estado.

Na nota oficial, o MST afirma que, em 1998, a área recebeu Decreto de Desapropriação para fins de Reforma Agrária da Presidência da República, mas que o processo não avançou e, em 2000, 470 famílias ocuparam as terras das fazendas. Em 2005, “a Justiça Federal de Campos aceitou todos os recursos dos proprietários da Usina contra o processo de desapropriação” e “concedeu a liminar que resultou no despejo mais violento que o MST sofreu no Estado do Rio de Janeiro”, explica a nota.

## Visibilidade trans



Uma campanha do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República foi lançada para combater a discriminação contra travestis e transexuais e humanizar seu acesso à saúde. A ação prevê a inclusão de seu nome social no Cartão SUS, com o objetivo de promover o reconhecimento da legítima identidade dessa população, e evitar possíveis constrangimentos de travestis e transexuais, quando procuram unidades de atendimento.

A campanha pretende ainda estimular o uso do serviço de proteção contra a violência da Secretaria de Direitos Humanos, o Disque 100, informa o portal do Ministério ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). “Se os serviços de saúde não têm estratégias que permitam

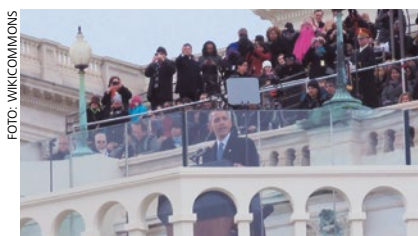
o adequado acolhimento de travestis e transexuais, esses grupos se tornarão cada vez mais vulneráveis”, afirmou o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, no lançamento da campanha, em Brasília (29/1), que aconteceu no Dia Nacional da Visibilidade Trans.

Na ocasião, também foi lançado um cartaz, que será distribuído nos serviços de saúde, divulgando o direito ao uso do nome social no SUS, estratégia que visa estimular o atendimento acolhedor para travestis e transexuais. “As travestis e transexuais são as que mais sofrem preconceito e este é dos principais fatores que as tornam vulneráveis à infecção das DST, HIV/ aids e hepatites virais. A violência cotidiana a que estão sujeitas é o retrato de uma sociedade que não respeita a diversidade”, declarou Barbosa.

O cartaz, estrelado pela travesti Ivana Spears, traz a frase: “Travesti que se cuida, denuncia”, uma alusão ao uso do “Disque 100” – serviço de proteção da Secretaria de Direitos Humanos com foco em violência. A ideia é promover o direito das travestis de serem respeitadas e terem acesso digno nos serviços de saúde. A ação traz, ainda, material informativo sobre a data, um marco na luta pelos direitos humanos, cidadania e respeito à identidade de gênero do segmento.

Saiba mais: [www.aids.gov.br/campanhas/2013/visibilidade\\_trans](http://www.aids.gov.br/campanhas/2013/visibilidade_trans)

## Igualdade para minorias



“Nossa jornada não estará completa até que nossas esposas, mães e mulheres ganhem o suficiente. (...) Nossa jornada não estará completa até que nossos irmãos gays sejam tratados de forma igual perante a lei, porque, se somos iguais, nosso amor entre nós é igual”, declarou Barack Obama, presidente reeleito dos Estados Unidos, no discurso de posse (foto), registrou o portal R7 (21/1). Obama defendeu a igualdade de direitos e oportunidades para imigrantes, mulheres e gays, assinalando que sua geração tem obrigação de continuar a lutar pela defesa dos direitos civis, referindo-se a Martin Luther King, pastor que batalhou pelo reconhecimento dos direitos dos negros nos anos 1960, destacou o Portal G1 (21/1).

O presidente americano reforçou ainda a defesa dos “esforçados e esperançosos imigrantes, que ainda veem o país como uma terra de oportunidades e merecem um modo melhor de dar as boas-vindas”, referindo-se ao sistema de imigração norte-americano que necessita de reformas.



## 225 planos suspensos

**A** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) suspendeu em janeiro a comercialização de 225 planos de saúde de 28 operadoras, por descumprirem o prazo máximo para marcação de consultas, exames e cirurgias. Até março, as operadoras estão proibidas de fechar novos contratos com clientes.

Até este período, as empresas terão que apresentar proposta de melhoria. Caso a ANS considere a proposta insatisfatória, pode indicar técnicos para acompanhar a reestruturação. Se depois de seis meses o atendimento não for regularizado, as operadoras podem sofrer penalidades mais graves, como venda da carteira e liquidação do convênio. Juntas, as 28 operadoras atendem 1,9 milhão de pessoas, ou 4% do mercado de planos de saúde. "O atendimento está assegurado", disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, ao *Estado de S. Paulo* (10/1).

Em texto publicado na *Folha de S. Paulo* (11/1), o professor da Faculdade de Medicina da USP Mário Scheffer criticou a atuação da ANS, lembrando que a agência "habilita planos com relação ínfima de especialistas, número insuficiente de serviços diagnósticos e de leitos, inclusive de UTI, e falta de estrutura para tratamento de câncer, doenças cardíacas e transtornos mentais, só para citar exemplos responsáveis pelas longas esperas". Para ele, "as redes reduzidas impedem o direito de escolha, geram filas, exclusões de coberturas e a imposição de barreiras, como triagens, e terminam por transformar os planos em uma espécie de 'parasitas' do SUS".

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

**RADIS ADVERTE**

Preconceito racial não é mal-entendido  
**É Crime**

## Morel preside conselho da Aliança TB



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

**O** diretor do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz), Carlos Morel (foto), foi eleito e nomeado (7/1) presidente do Conselho de Diretores da Aliança Global de Desenvolvimento de Drogas para Tuberculose — Aliança TB (*Global Alliance for TB Drug Development – TB Alliance*, em inglês), organização internacional sem fins lucrativos, com sede em Nova York, que busca curas mais eficientes, rápidas e acessíveis para a doença. Morel, ex-presidente da Fiocruz (1993/1997), foi também diretor do Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais da OMS, de 1998 a 2004, e ajudou a criar uma série de programas de pesquisa e desenvolvimento voltados a doenças negligenciadas, incluindo a Iniciativa Drogas para Doenças Negligenciadas (DNDi), e a própria Aliança TB.

## Equívoco educativo

**A** atitude equivocada do gerente de uma concessionária de automóveis durante atendimento feito a um casal e seu filho, no Rio de Janeiro (12/01), resultou em acusação de racismo e traz ensinamentos para a mídia, que pode reforçar preconceitos mesmo quando tem o objetivo de combatê-los. Os veículos de imprensa reforçaram o fato de o menino ser "negro", "adotado", visto como "menino de rua"; ao preconceito contra a cor, juntaram outros dois.

O equívoco é exemplar para demonstrar o que diz o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1980, que determina não haver distinção entre filho biológico e filho adotivo, concedendo a ambos os mesmos direitos. De acordo com o estatuto, adoção não é característica ou diferencial entre indivíduos; além disso, ao usarem a expressão "menino de rua" os colegas reforçaram o estigma negativo sobre crianças e adolescentes que vivem em situação de rua e que estão sujeitos às mais diversas violações.

## Cachê da discórdia

**C**ausou polêmica a decisão do governo do Ceará de contratar a cantora Ivete Sangalo para fazer show na inauguração do Hospital Regional Norte (HRN), na cidade de Sobral (18/1). As críticas se referem aos R\$ 650 mil pagos de cachê à cantora, valor equivalente ao que o mesmo governo anunciou que investirá em 278 produções do Centro Cultural Dragão do Mar, em Fortaleza, durante todo o ano de 2013. O Ministério Público Federal chegou a entrar com ação civil pública para o ressarcimento ao erário do dinheiro desembolsado, mas a Justiça rejeitou a ação por considerar que o MPF não poderia tratar do assunto, já que não haveria dinheiro federal envolvido. Um mês depois, a fachada do hospital desabou, ferindo um engenheiro da obra e um operário que estavam fazendo a manutenção da unidade hospitalar.

## Conhecimento contra tragédias



FOTO: ENSP/FIOCRUZ

**A** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) lançou (19/12) o Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, ambiente digital que integra o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz) e pretende organizar e disponibilizar guias, manuais e textos de referência, produzidos no Brasil e na América Latina.

Na mesma direção, acordo firmado entre USP, Ministério da Integração Nacional e Defesa Civil (31/1) determinou a criação do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Desastres no Estado de São Paulo (Ceped). O objetivo é integrar e compartilhar o conhecimento produzido na universidade paulista para prevenir, reduzir e mitigar desastres naturais em âmbito regional e nacional, por meio de informações sobre assuntos diversos, entre eles previsão de eventos extremos de chuva e cuidados com vítimas e profissionais em situações de desastres.

Maiores informações: [www.ensp.fiocruz.br/desastres](http://www.ensp.fiocruz.br/desastres)

# Desafios para a Saúde nas capitais

*Novos secretários avaliam possibilidades e obstáculos para a gestão municipal*

Liseane Morosini

Ilustrações: Marina Cotrim

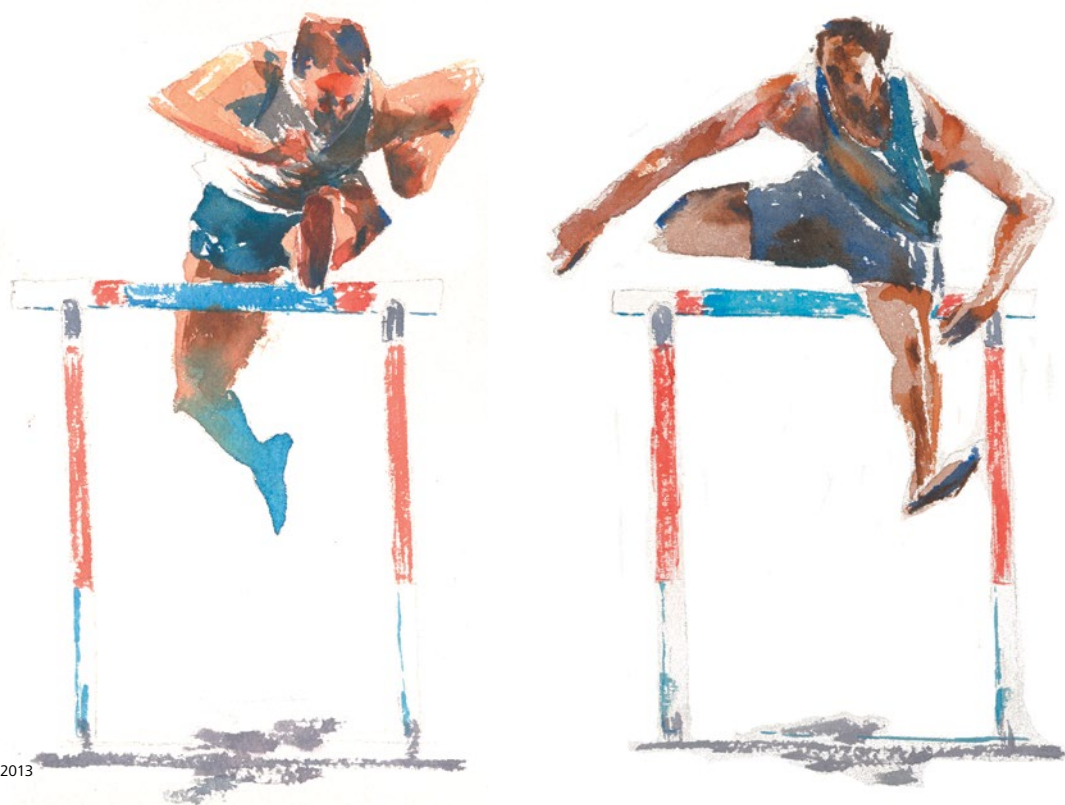
Foi dada a largada: com a posse dos novos prefeitos, em janeiro de 2013, os secretários municipais de Saúde terão quatro anos para trabalhar, com a oportunidade de efetivar a construção de cidades mais saudáveis. Na corrida em direção à melhoria da qualidade de vida da população, cada um tem suas estratégias para superar obstáculos e cumprir suas metas. Atenta à diversidade de cenários encontrados por eles, *Radis* enfoca dificuldades e possibilidades em algumas capitais brasileiras na área de Saúde.

Distâncias e semelhanças foram encontradas entre as realidades de Boa Vista, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Macapá, Palmas, Salvador, São Luís, Teresina e Vitória. Para algumas delas, os problemas começaram já na troca de bastão entre a gestão que deixa a secretaria e o time que começa a trabalhar: os novos alegam, entre outros problemas, ausência de informações sobre a rede de saúde que terão que administrar nos próximos quatro anos; em alguns casos, denunciam o sucateamento da rede

e a necessidade de sua reconstrução.

Uma barreira comum a ser ultrapassada é o hiato existente entre o discurso que sustentou o programa político do candidato e a realidade encontrada após a eleição. Programas e ações prometidos em campanha somente serão executados na medida em que a casa for arrumada, argumentam os gestores. Segundo eles, os obstáculos são visíveis: unidades superlotadas; desabastecimento de insumos básicos; contratos irregulares; falta de continuidade na condução da política de Saúde. A maioria dos secretários alega não ter recebido o município em ordem, o que atrasaria o início de sua trajetória e dificultaria o processo de implementação de ações mais afinadas com o que prometeram os prefeitos.

No horizonte comum dos relatos, os gestores apontam para a necessidade de estruturar a rede de assistência à Saúde, de se investir na Atenção Básica e enfrentar o subfinanciamento do sistema. Para cumprir suas metas, a maioria deles considera que a grande demanda nas capitais exige maior participação dos governos estaduais e do Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer localmente o SUS.





## Ponto de partida

Um levantamento publicado no boletim do Observatório Nacional de Políticas de Saúde (ONPS), de julho de 2012, que examinou a inserção do termo *saúde* nos programas de governo dos candidatos majoritários a prefeito em todas as 26 capitais brasileiras, foi o ponto de partida para a produção desta matéria. O projeto, parceria da Abrasco e Ministério da Saúde, elabora boletins, produzidos por estudantes e professores de graduação e pós-graduação de diferentes instituições de pesquisa (UFRJ, Ensp, UniRio e Unicamp), com o intuito de fazer o acompanhamento mensal da agenda da Saúde nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Nessa pesquisa, foram utilizados marcadores para mensurar a prioridade do tema *saúde* nos programas que forneceram pistas e evidências para a elaboração de uma análise sobre interesse, prioridades e correlações de forças na arena pública em relação ao tema.

A partir dos programas registrados no Tribunal Regional Eleitoral, a pesquisa analisou o número total de páginas, a quantidade de citações e as propostas sobre saúde, além da frequência com que foi usada a sigla SUS. O estudo registrou ainda a presença de profissionais de saúde entre os candidatos, e o uso do termo *saúde* no programa de governo, entendidos como expressões de projetos políticos que estavam em disputa.

A reportagem da *Radis*, produzida em janeiro de 2012, recortou nova amostra baseada nos critérios de localização espacial e filiação partidária, resultando na escolha de duas capitais por região, cada uma representando um partido político. Inicialmente, foram selecionadas Porto Alegre (PDT) e Florianópolis (PSD), no Sul; São Paulo (PT) e Vitória (PPS), no Sudeste; Salvador (DEM) e Teresina (PSDB), no Nordeste; Macapá (PSOL) e Boa Vista (PMDB), no Norte; e Cuiabá (PSB) e Campo Grande (PP), no Centro-Oeste.

A seleção foi adequada para contemplar São Luís, única capital com legenda do PTC. Porto Alegre foi retirada da pauta, já que o secretário de Saúde, que permaneceu no cargo apesar da troca de governo, estava de férias. No fim de janeiro de 2012,

o secretário foi mobilizado para o atendimento das vítimas do acidente ocorrido na cidade de Santa Maria. A capital foi então substituída por Curitiba, com prefeito da mesma legenda (PDT).

A dificuldade de contato com o secretário de Campo Grande — município que enfrentava emergência de dengue no início do ano — que não retornou às solicitações da *Radis*, levou a reportagem a Palmas, cidade com prefeito da mesma legenda, embora situada na região Norte. Também não houve retorno do secretário de Saúde de São Paulo (PT), apesar de insistentes pedidos de entrevista.

Entre os dez secretários, oito são médicos, um administrador e outro analista de sistema. A maior parte ocupou cargos de gestão em unidades públicas. Um deles, em pasta que não a Saúde. Os homens são maioria: há apenas uma secretária, o que espelha a composição dos prefeitos das capitais selecionadas, pois entre esses há também apenas uma mulher.

Com exceção de Palmas e São Luís, cujas candidaturas não apareciam como majoritárias à época do levantamento do ONPS, os marcadores sobre “saúde” confirmam, como aponta o estudo, a “heterogeneidade dos programas, amplitude ou abordagem realizadas pelas candidaturas”. A pesquisa observa a baixa citação do termo SUS na redação das proposições para a saúde — Curitiba (32), Cuiabá (13), Macapá (3), Teresina (2), Florianópolis (1) e Boa Vista, Salvador e Vitória (0). O termo *saúde* apareceu na introdução de todos os programas, exceto no do candidato de Vitória. Todos eles inseriram, ainda, o tema em áreas como educação, meio ambiente e habitação, entre outras. Quanto ao número de linhas sobre saúde, a variação é grande: Cuiabá (179), Teresina (162), Macapá (84), Boa Vista (45), Curitiba (32), Salvador (39), Vitória (5) e Florianópolis (1).

A maior parte dos secretários entrevistados pela *Radis* disse conhecer o programa político proposto para a Saúde — alguns deles participaram, inclusive, de sua elaboração. Porém, nem todos souberam destacar quais pontos consideravam prioritários, especialmente nos municípios onde o sistema estava parado, com dívidas e dificuldades herdadas da gestão anterior ou em estado de emergência, onde as propostas ocuparam espaço secundário depois que seus gestores começaram a trabalhar.

### SAIBA MAIS:

- Integra do boletim do ONPS (agosto 2012): <http://abrasco.org.br/ONPS/01/boletim.pdf>





## Boa Vista

Não há uma Boa Vista, capital de Roraima, mas duas, a depender das informações fornecidas pela equipe de transição do antigo governo, assegurou o novo secretário, o analista de sistemas **Marcelo Lopes**. Ele informou à *Radis* que sua equipe levantou os dados da secretaria e do Fundo Municipal de Saúde e constatou que os números falavam de um município diferente do que foi apresentado. Para começar, a dívida herdada alcança 54 milhões de reais, com atraso de pagamento de fornecedores e prestadores de todas as áreas, além de débitos com o INSS e FGTS, relacionados aos agentes de endemia e agentes comunitários de saúde. A pesquisa feita pela equipe ainda descobriu que as contratações eram feitas de forma precária, com diversas irregularidades. Segundo o secretário, toda a estrutura física está sucateada: há 58 prédios de serviços de saúde, entre os quais 32 unidades básicas, sete unidades especializadas, e unidades de pronto-atendimento, vigilância, zoonose e logística sem condições de funcionamento e que necessitam de reforma e recuperação.

O orçamento total da pasta é de R\$ 84 milhões. Marcelo Lopes afirmou que é muito difícil que o sistema seja equilibrado só com recursos próprios. Com apoio do governo do estado e do Ministério da Saúde, defende ser possível equacionar a situação de emergência até outubro de 2013. O desafio da nova gestão é pagar dívidas e manter a prestação dos serviços de saúde, entre eles, os do Hospital da Criança, única unidade no Estado voltada para o atendimento infantil. Em janeiro de 2013, a prefeita Teresa Surita (PSDB) liberou R\$ 2,4 milhões para recuperar os setores prioritários deste hospital, que atende a população de Boa Vista; do interior do estado e de comunidades indígenas do Amazonas; da Venezuela e da Guiana, países vizinhos.

A descontinuidade da política de saúde em Boa Vista, cidade com 300 mil habitantes e

que tem 70% da população de todo o estado, é marcada por um dado numérico: nos últimos 18 meses, oito secretários ocuparam a pasta da Saúde. Segundo Marcelo, faltou acompanhamento do Plano Municipal de Saúde. Ele lembrou que diante da gravidade do quadro, o Conselho Municipal de Saúde havia alertado para a necessidade de medidas emergenciais. “À época, nada foi feito”, disse.

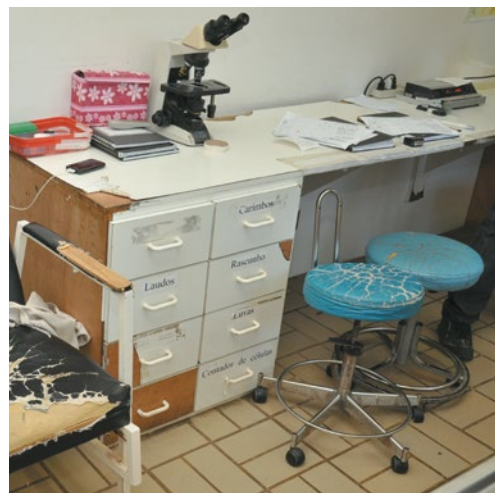
Na área de recursos humanos, os problemas são igualmente sérios, apontou. Servidores estavam sem gozar férias e sem receber abono, por pelo menos um exercício. Parte dos salários relativos a dezembro de 2012 foram creditados em janeiro. Para conter os gastos e diminuir o inchaço da folha (que correspondia a mais de 80% dos recursos do Fundo), foram tomadas medidas como limitar o número de cargos comissionados contratados, diminuir a quantidade de servidores temporários, impedir desvio de função e chamar estatutários cedidos.

Marcelo Lopes participou da elaboração do programa de governo para a Saúde. Ele garante que a intenção é aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família — que hoje é de 63%, com 54 equipes habilitadas, mas apenas 32 estão em atividade. A meta é aumentar a cobertura e melhorar o atendimento, diminuindo a demanda por serviços hospitalares. “Investindo na saúde e na atenção básica tenho certeza que vamos fortalecer o SUS”.

Em Boa Vista, a nova gestão informou ter encontrado a estrutura física sucateada e elege como desafio manter funcionando o Hospital da Criança



FOTOS: REYNESON DAMASCENO





# Cuiabá

Com uma população crescente, que chega à cidade atraída pelo desenvolvimento agropecuário, Cuiabá, capital do Mato Grosso, não consegue atender a demanda, declarou o médico **Kamil Fares**, novo secretário de Saúde. A cidade divide sua rede de assistência com população do município vizinho, Várzea Grande; na capital, há mais de 20 mil pessoas vivendo em condições sub-humanas, o que agrava as condições de saúde. Exemplo da precariedade e da dificuldade de a secretaria atender essa população, disse Kamil, é a alta prevalência de hanseníase, que faz de Cuiabá a recordista em número de novos casos no país.

Mesmo sem instalações adequadas, o secretário revelou que o pronto-socorro funciona como hospital. A situação é caótica também nos 65 postos de Saúde da Família, clínicas e policlínicas, informou Kamil. Segundo ele, a saúde municipal padece com estruturas físicas antigas, com mais de 30 anos, filas de pacientes para realizar exames, insuficiência de leitos, falta de profissionais. A rede pública sofre com déficit de 50% da necessidade de médicos, boa parte contratados sem vínculo com o município. Ele disse à *Radis* que vai convocar 60 médicos já aprovados em concurso e uma nova seleção será realizada privilegiando conhecimento técnico e com pouco conteúdo voltado para a legislação.

De acordo com Kamil, a nova gestão encontrou uma receita de apenas R\$ 95 mil em lugar dos R\$ 15 milhões anunciados pelo antigo prefeito. Boa parte desse dinheiro seria direcionada para a saúde, colocada como prioridade pelo prefeito Mauro Mendes (PSB). Do orçamento de R\$ 490 milhões, R\$ 170 milhões (34,6%) estão comprometidos com a folha de pagamento. O restante é insuficiente para manter o atendimento e melhorar o sistema. Diante do quadro, em janeiro de 2013, a Prefeitura de Cuiabá anunciou que vai investir R\$ 10 milhões no sistema neste ano. A expectativa do secretário é que a população sinta efeitos positivos nos primeiros 90 dias de gestão.

Segundo o novo secretário, visando diminuir em 10% a demanda na policlínica, os postos de saúde passaram a fazer a triagem e o atendimento básico. Além disso, pacientes que estavam internados no pronto-socorro — com cirurgia pré-agendada ou no pós-operatório — foram transferidos para hospitais que fazem parte da rede e apresentam menor custo e, de acordo com a situação, para casa. Na rede credenciada, há 1,2 mil leitos insuficientes para atender a população da Grande Cuiabá que acaba recorrendo à assistência do município.

O novo secretário aposta nas Organizações Sociais de Saúde como possibilidade de melhoria da saúde, desde que “atuem de forma complementar”. Em Cuiabá, a Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre 65% do município. Para atingir 100% de cobertura, o município precisaria de mais 55 unidades, já que a rede municipal é responsável por atender toda a alta complexidade do estado. Para isso, há 140 casas de apoio para quem vem em busca de tratamento. Nos planos do secretário, está a informatização da secretaria para identificar a origem dessas pessoas. “Não digo que Cuiabá vá se furtar a atender esses pacientes, mas pelo menos precisamos saber de onde vêm, qual o custo e como podemos compartilhar custos”. Dinheiro também pode vir das “gorduras” na Secretaria de Saúde, no que diz respeito a credenciamentos, contratações e obras. “Nosso objetivo é fiscalizar e otimizar cada centavo que entra na secretaria”, disse o prefeito.

Kamil não participou da elaboração da plataforma do prefeito Mauro Mendes (PSD) para a Saúde, já que seu partido, o PDT, somente apoiou a candidatura no final da eleição. Presidente do PDT estadual, administrou unidades hospitalares privadas e foi secretário estadual de Saúde por um curto período. Não guarda boas recordações da experiência, pois “o processo político, apesar de influenciar, não pode determinar ações que impliquem em salvar vidas”. Ele considera que agora, com mais autonomia para trabalhar, vai ser possível alterar o quadro de calamidade pública que, segundo ele, o município enfrenta. “Tem um ditado que diz que o político pensa na próxima eleição; a gente quer pensar na próxima geração,” afirmou.



Cuiabá: secretário aposta nas OSS e busca ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, que hoje é de 65%



FOTOS: LUIZ ALVES





## Curitiba

Uma dívida superior a R\$ 50 milhões, metade dela correspondendo a orçamento não empenhado, foi a herança deixada pelo governo anterior para a secretaria de saúde de Curitiba, capital do Paraná, informou Adriano Massuda, o novo secretário de Saúde. Servidores não recebiam há dois meses; a empresa de manutenção, há seis. Havia medicamentos apenas para o mês de janeiro. Segundo ele, apesar de bem organizada, a rede está descuidada e com problemas importantes, entre eles, a ineficácia na regulação dos fluxos do sistema. Médico sanitarista, Adriano ressaltou a importância deste momento para Curitiba: foram 24 anos de administração do mesmo grupo político, derrotado pelo prefeito Gustavo Fruet (PDT).

Ex-secretário executivo adjunto do Ministério da Saúde (entre 2011 e 2012), ele participou da elaboração do programa de governo municipal. Nele destaca o fortalecimento da atenção primária, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família. A cobertura está em torno de 35% da população e deve dobrar, ainda em 2013. “Vamos aumentar a resolutividade da atenção primária na saúde com ações como educação em saúde e educação permanente”, disse. Seguindo a experiência carioca, as 109 Unidades Básicas de Saúde vão oferecer “um cardápio de ofertas” na atenção primária. Além disso, uma unidade em cada um dos nove distritos deverá funcionar até as 22 horas.

Do programa, destaca também o fortalecimento das redes assistenciais e, principalmente, das redes de urgência. De acordo com o secretário, muitas das

ações serão atreladas às políticas do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, ele quer estabelecer uma “relação de solidariedade” e “definir responsabilidades” com os 29 municípios que compõem a Região Metropolitana, para a qual Curitiba oferta 30% dos serviços. “Junto com o estado, vamos tentar construir o contrato organizativo da gestão pública”, afirma.

O orçamento da Saúde é de R\$ 1 bilhão e 100 milhões (15,87% da arrecadação municipal). Como estratégia para aumentar o caixa, Adriano pretende ampliar as parcerias com o Ministério da Saúde e o percentual de participação do município, pois “o Estado participa pouco”. Para ele, na medida em que os recursos forem utilizados com mais eficiência e eficácia vão definir o impacto local no território. “Aqui o desafio é fazer a gestão do sistema. Curitiba tem uma boa rede, boa estrutura, e temos de conectar a atenção básica com urgência e emergência, e qualificar a atenção especializada”, relatou à Radis.

Em seus planos, está também a valorização do servidor por meio de uma política de cargos e salários. “Vamos fortalecer o vínculo do profissional com o serviço, com a comunidade, numa inserção horizontal nos diferentes níveis do sistema”, afirmou. Sem contar os agentes comunitários de saúde, são aproximadamente 7,5 mil vinculados diretamente à secretaria, dos quais 1,2 mil médicos e 1,3 mil servidores vinculados à Fundação estatal — destes, 600 são médicos. Ainda em 2013, será instituído o Programa de residência médica multiprofissional em áreas de necessidade do sistema de Curitiba, como Saúde da Família e Saúde Mental.

Ao enfatizar que “existe uma perspectiva muito forte de gestão democrática e participativa”, ele afirmou que pretende reorganizar os territórios. “Há nove distritos. A intenção é trabalhar em três grandes regiões e buscar construir a integralidade do cuidado dentro delas”, afirmou. Seu objetivo é fortalecer a qualidade da assistência prestada dentro do SUS e dos gastos. “O desafio do SUS hoje é mostrar à população que ela pode ter atenção à saúde garantida, da vacina ao transplante, dentro do sistema, com qualidade, e que os recursos são aplicados com transparência e gastos com eficácia”. Adriano defende a necessidade de o Ministério da Saúde definir padrões de qualidade. “O ministério é um indutor. Sempre haverá espaço para a singularidade, mas acredito que o SUS deva ter programas nacionais para ser mais efetivo”.



Em Curitiba, o objetivo é fortalecer a qualidade da assistência prestada dentro do SUS e a qualidade do gasto aplicado

# Florianópolis

O programa de governo do prefeito de Florianópolis, capital de Santa Catarina, César Júnior (PSD) não mencionava o nome do SUS. Apesar desta lacuna, um médico de família foi indicado para a Secretaria Municipal de Saúde.

**Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior** era secretário adjunto, em 2012, e assumiu a pasta mesmo com a vitória da oposição. Sua política será a de fortalecer o SUS em várias frentes, sem abrir espaço para OSSs. “Não temos e não pretendemos”, declarou à *Radis*, informando que “nós queremos saúde 100% pública e de qualidade”.

Entre as medidas previstas no programa de governo ele destaca a realização de mutirões para diminuir a fila de espera por consultas médicas. Com 80% de seus servidores concursados, deve realizar ainda um novo concurso para médicos com residência ou especialidade em Saúde da Família. Outra proposta que será colocada em prática é a entrega de medicamentos para pacientes crônicos e com deficiência de mobilidade, facilitada pela boa cobertura na informatização, da ordem de 98%.

O município, que tinha apenas a responsabilidade pela atenção básica, assumiu a gestão gradativa da média complexidade em 2007. Se, em 2004, a cobertura era de 43%, em 2012, atingiu 90%. Hoje, são 116 equipes para atender à população de 420 mil habitantes. No balanço, fechou 2011-2012 com 20% de recursos próprios investidos em Saúde. Mas, de acordo com Carlos Daniel, enfrenta dificuldades, principalmente no que toca ao financiamento da rede de saúde.

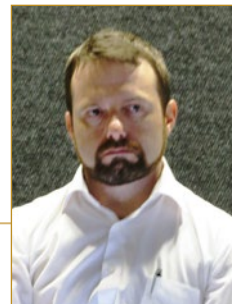
A primeira delas é o repasse de apenas 2% do estado para a atenção à saúde. O secretário alertou que nenhuma gestão consegue responder às demandas da população se depender só dos recursos próprios. “Hoje, o cofinanciamento de uma equipe de Saúde da Família paga perto de um terço da equipe ou menos, depende de cada município”, disse o secretário.

Por isso, pretende captar recursos de no

mínimo 10% ao ano junto ao Ministério da Saúde e continuar observando as linhas de abertura de projetos do ministério. Ele afirmou, ainda, que há a expectativa de aumento da receita da prefeitura. “Até o final da gestão, devemos chegar a 25% de participação do município” — A EC29 prevê, no mínimo, 15%. O governo estadual também entrou na pauta de trabalho, já que a gestão de vários hospitais é de responsabilidade do estado. De acordo com o secretário, com as duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) — a terceira será inaugurada no primeiro semestre —, os hospitais passaram a atender apenas a demanda referenciada. Com isso, as UPAs, que recebem usuários de toda a Grande Florianópolis, ficaram sobrecarregadas. Para ele, a iniciativa é boa pela lógica da rede de saúde estruturada, porém “é mais um serviço que cai nas costas do município”. Carlos Daniel defendeu o financiamento compartilhado, já que o custeio das UPAs é alto (entre R\$ 1 milhão e 1,2 milhões, dependendo do porte). “Não dá para o município custear 80% da UPA, o Governo Federal 15% e o estado 5%. O estado entra com pouca ajuda financeira e está sendo beneficiado, pois seu hospital deixa de ser pressionado pela população”.

Com a perspectiva de “reafirmar a política de Estado de Saúde, não uma política pontual de governo”, o secretário entende que a população deve também “comprar” a ideia do SUS. “Queremos apostar num SUS de qualidade que seja capaz de ser o plano de saúde da população. Sei que é difícil lutar contra a mídia, que sempre bate no sistema e mostra aspectos negativos; é difícil retirar a ideia negativa da população que nem usa o serviço.”

Na construção do SUS de qualidade, Carlos Daniel considera natural que os municípios apresentem poucas iniciativas locais em seus programas de saúde tendo em vista que, em sua maioria, acabam adaptando suas ideias aos projetos do Ministério da Saúde. “Pelo menos assim ele tem financiamento. Quando o MS abre linhas de financiamento para a UPA e o Samu, os municípios se adaptam. O ministério acaba por induzir as prefeituras a fazerem a política que ele propõe”.



Florianópolis: sem espaço para as OSSs, expectativa de aumentar a receita da prefeitura para ampliar os investimentos em Saúde para 25%

FOTOS: DIVULGAÇÃO SEC





## Macapá

Não houve a formação de um grupo de transição em Macapá, capital do Amapá, declarou **Anderson Walter**, novo secretário de Saúde. Segundo ele, ao assumir a secretaria, a nova gestão encontrou programas parados, Samu sem ambulâncias; Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) sem funcionamento; uma ambulância (embarcação equipada para atuar como UTI móvel) desaparecida. E mais: sem empresa responsável pela limpeza de unidades de saúde; com contratos de aluguel irregulares; faltando alimentação para plantonistas e combustível para os carros; e três meses de salários e 13º atrasados de várias categorias. Para completar o quadro, relatou o secretário, em janeiro de 2013, foram encontrados dois depósitos clandestinos da Prefeitura, contendo material vencido e descartado, equipamentos, lixo hospitalar e medicamentos vencidos e por vencer. Em um deles estavam cadeiras de rodas, kits para exames ginecológicos, balanças para pesar bebês, luvas cirúrgicas, pinças, aparelhos de medir pressão arterial, tesouras, documentos de empenhos, prontuários médicos, notas fiscais, carteiras escolares e outros pertences da secretaria.

Enquanto isso, não havia receituário nas Unidades de Básicas de Saúde (UBSs). “Como os profissionais poderiam trabalhar se não tinham como escrever?”, observou o secretário, que descreveu à *Radis* o quadro como de “desmonte total”. Anderson é o médico mais antigo em atuação na Estratégia Saúde da Família na capital. Secretário municipal entre 2006 e 2007, em gestão do PT, ele comparou os dois momentos: “Antes, houve troca de técnico, mas o time estava em campo. Desta vez, para poder jogar, terei de construir o estádio”, disse. Emergencialmente, a área da saúde vai receber R\$ 5 milhões para realizar limpeza, reparos e reformas do sistema elétrico e hidráulico das UBSs.

O secretário informou que na cidade há 54

equipes contratadas e 77 em atuação. As outras 23 equipes não foram registradas. Ele revelou que nas oito equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) teria em torno de 40 pessoas trabalhando, mas encontrou 110. Para piorar a situação financeira, Macapá perdeu recursos, já que a gestão anterior não fez parte da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Para Anderson, “o governo do estado e o Ministério da Saúde deveriam ter ficado mais próximos do município”.

O orçamento do município é de R\$ 90 milhões e 80% estão comprometidos com a folha de pagamento. Quase 70% de toda atuação do município é voltada para a atenção primária. Por isso, o secretário quer arrumar a casa. Especialista em prevenção, considera necessária a atuação “mais curativa” na sua gestão. Pretende, primeiro, equilibrar as contas, já no primeiro semestre. Entre as medidas urgentes, diz que as unidades serão reabertas gradativamente e profissionais contratados irregularmente serão demitidos.

Anderson participou da elaboração do programa do prefeito Clécio Luís — único eleito do PSOL em capitais. Para 2014, ele prevê concurso para entrada de 700 a 800 profissionais, de todas as categorias. Até o final do governo, tem a intenção de informatizar a secretaria e colocar prontuário eletrônico, projeto que pode esbarrar na falta de infraestrutura local: Macapá é a única capital do país sem banda larga e de difícil acesso à internet.

Do programa de governo, o secretário destacou o estudo epidemiológico nas áreas ribeirinhas e rurais, que objetiva direcionar investimentos de forma mais adequada e beneficiar áreas longínquas como o distrito de Bailique, que fica a 15 horas de barco da zona urbana. “A população era atendida de acordo com a demanda. A parte preventiva, epidemiológica, ficava de lado”. As organizações sociais de saúde ajudariam a resolver o caos? Não é o caso, diz ele. “Vamos fortalecer o SUS dentro da atenção primária”, afirma.



FOTOS: ACESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Macapá: para enfrentar o quadro de “desmonte total”, a aposta é investir em ações preventivas

# Palmas

O quadro passado pela equipe de transição foi incompleto, reclamou o novo secretário de Saúde de Palmas, capital do Tocantins, **Walter Balestra**. Em entrevista à *Radis*, ele declarou que, após assumir o cargo, viu que o problema na Saúde era maior do que o que lhe fora apresentado. O estoque de medicamentos estava em baixa e havia lacuna nas informações. Para o secretário, o problema maior, porém, estava nos recursos humanos. Com 2,7 mil funcionários, a secretaria de Saúde precisaria de mais 500. “Com o atual quadro, não fecho a folha de pagamento de abril. E ainda preciso de mais funcionários”. O orçamento total da pasta é de aproximadamente R\$ 250 milhões.

Ele informou que espera que novos profissionais sejam contratados, via concurso público, ainda em 2013. A secretaria ofertou também oito vagas para médicos que queiram aderir ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), do Ministério da Saúde. A especialização dura um ano e os médicos selecionados devem começar a atuar em uma das 35 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) a partir de março. Com isso, Walter acredita que contornará a falta de médicos com perfil de atenção básica. “Os profissionais são formados com a ideia hospitalocêntrica e não estão preocupados com a prestação de serviços nas UBSs”. Segundo ele, os enfermeiros são os que mais se ajustam ao modelo de atenção básica.

Esse distanciamento do modelo de atenção

leva a resistências na hora do atendimento. Para efetivar a rede de atenção à saúde, o secretário diz que “é preciso mudar mentalidades”, já que os profissionais cumprem o protocolo básico e dirigem as emergências para as duas Unidades de Pronto-Atendimento, que ficam sobrecarregadas. Para o secretário, a essência da rede começa na atenção básica. Em abril de 2013, o município promoverá encontros destinados a profissionais que atuam na rede e também reuniões nas comunidades para alertar sobre os fluxos assistenciais que devem ser percorridos pela população na rede de atenção à saúde. “Se todo mundo na rede faz o seu papel, diminuem a fila, o sofrimento, o tempo de espera. Esse é o nosso desafio”.

Médico, com experiência na gestão de unidades, Walter não participou do programa de governo do prefeito Carlos Amastha (PP), e afirma que “não tem estratégia milagrosa” para ampliar o número de equipes sem aumento de dinheiro. “Entendo que é para fazer o máximo possível com quase nada. Fazer com muito dinheiro, todo mundo sabe. Fazer com pouco, é difícil, especialmente com a demanda sempre aumentando”.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 85% da população, de aproximadamente 247 mil habitantes. Há 52 equipes, entre as quais sete são mantidas com recursos exclusivamente municipais. Quanto às organizações sociais, revela que o município não tem boas experiências com esse modelo de gestão. “Temos uma série histórica péssima. Não é saída”, diz ele. Em relação ao SUS, ele blinda o sistema ao dizer que, para ser alvo de críticas, é necessário que, primeiro, seja implantado em sua totalidade.



FOTOS: MARCIUS VINICIUS AMARAL

Palmas: expectativa do novo secretário é contratar pessoal, via concurso público, e “mudar mentalidades” na rede de atenção à saúde



## Salvador

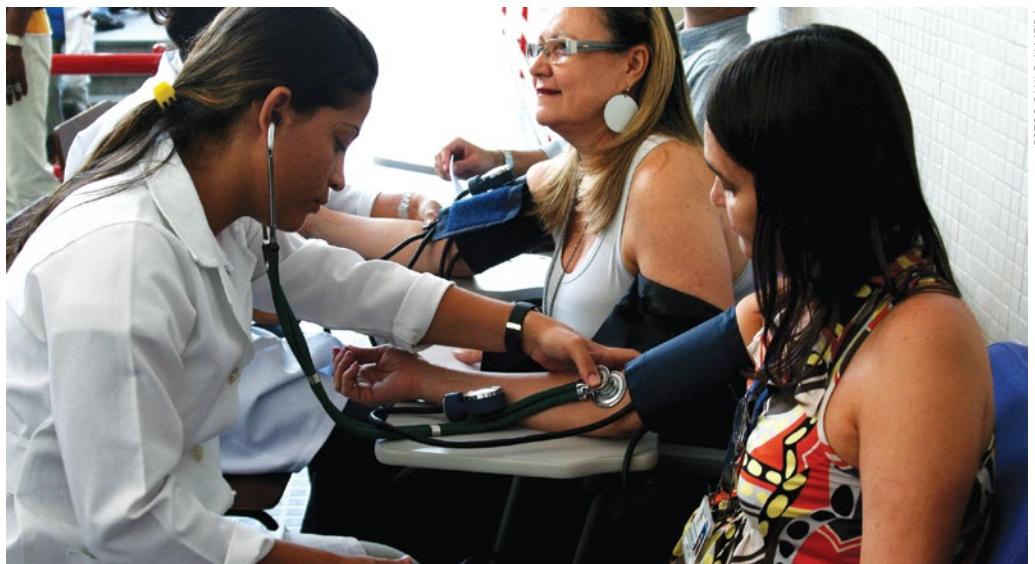
Conhecer para melhor administrar foi o que fez o secretário **José Antônio Rodrigues**, para avaliar a real condição de toda a rede de saúde de Salvador, capital da Bahia. Com informações insuficientes, recebidas com atraso da gestão anterior, ele disse à *Radis* que procurou complementá-las no DataSUS. Além disso, cinco equipes da secretaria percorreram unidades para avaliar e verificar as condições de serviços e recursos humanos. Segundo ele, a rede básica estava mal distribuída, desestruturada e sem investimento. Sua prioridade é reorganizá-la, com o desafio de ampliar o atendimento à população. De posse das informações, um plano de trabalho foi traçado e o foco nos primeiros 120 dias de gestão foi fazer com que as unidades básicas de saúde funcionassem.

De acordo com José Antônio, Salvador tem a mais baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família entre as capitais, apenas 12%. Das 130 equipes de Saúde da Família previstas, 50 estavam incompletas, sem médicos, enfermeiros e agentes comunitários. Se estivessem completas, a cobertura dobraria, disse o secretário. Há, também, má distribuição dos profissionais, desorganizando o atendimento. Outro grande

problema refere-se à infraestrutura das 111 unidades básicas de saúde. Várias funcionam em casas alugadas e foram adaptadas. Segundo José Antônio, as unidades que pertenciam ao estado e foram passadas para a prefeitura estão sem qualquer reforma há 14 anos.

Com orçamento de R\$ 920 milhões, sendo aproximadamente R\$ 500 milhões de recursos federais, o secretário espera que o aumento da arrecadação, a partir do primeiro quadrimestre de 2013, reforce o caixa da secretaria. A folha de pagamento direta responde por R\$ 400 milhões e 120 milhões de outras atividades, cooperativas e serviços terceirizados. Em janeiro, tomaram posse 750 servidores, de um total de 3,5 mil vagas abertas em concurso público. Quanto ao repasse obrigatório de 15% da arrecadação municipal, previsto pela Constituição Federal para financiamento da Saúde, ele afirmou ter a expectativa de que seja ampliado para 16% ou 17%, em 2013, e chegue a 18%, em 2014. Para o secretário, a situação de Salvador se agrava por conta do subfinanciamento da Saúde: uma melhor administração dos recursos poderá fazer com que o sistema atenda às necessidades da população.

José Antônio Rodrigues não participou da elaboração do programa de governo do prefeito Antônio Carlos Magalhães Neto (DEM). Ele garante que irá cumprir a promessa feita na campanha, de construir um novo hospital, mas apenas depois do avanço e da melhoria dos problemas herdados da gestão passada. Administrador de empresas, ex-secretário estadual de Saúde e ex-provedor da Santa Casa de Misericórdia nos últimos quatro anos, José Antônio disse acreditar que "o cidadão não está muito preocupado com quem contrata. Ele quer atendimento". Com experiência, plano de metas e responsabilidade de cada ente que participa do sistema, vê que a gestão compartilhada resulta em benefícios. Para ele, o histórico de Salvador, onde há organizações que antecedem o SUS, não pode ser desprezado e as políticas, pública e privada, não são incompatíveis entre si.



FOTOS: PAULO ALMEIDA

Em Salvador, a mais baixa cobertura da ESF nas capitais (12%), com equipes incompletas, reclama novo secretário

# São Luís

Unidades superlotadas, desabastecimento de insumos básicos, falta de alimentos, contratos celebrados sem licitação, fragilidade de contratos de trabalho, atraso na folha de pagamento, frota de 181 veículos tendo apenas 21 em condições de uso e Unidades Básicas de Saúde precisando de reparos foram alguns dos problemas encontrados pelo nova gestão em São Luís, capital do Maranhão, relatou à *Radis* o novo secretário municipal de Saúde, **Vinícius José da Silva Nina**.

Ele informou que o quadro de “calamidade”, encontrado na cidade levou o prefeito Edivaldo Holanda Júnior (PTC) a decretar estado de emergência em São Luís, suspendendo todos os pagamentos da gestão anterior, exceto pessoal e encargos sociais. Para possibilitar a aplicação de medidas imediatas e restabelecer e regularizar o funcionamento da rede de saúde, foi elaborado um plano de 100 dias. Segundo informou o secretário, o objetivo é chegar mais próximo da normalidade do atendimento para começar a desenvolver a “política de saúde”.

A Secretaria de Saúde de São Luís acumula dívida de R\$ 140 milhões herdada da gestão anterior, conforme notícia veiculada no início do ano pelo *Jornal Pequeno*, de circulação local. Somente em janeiro de 2013, foram pagos o salário de dezembro e o 13º salário de 880 agentes comunitários de saúde e 609 agentes de combate a endemias. De acordo com Vinícius, que é médico, estado e União devem também participar de forma mais ativa e adotar medidas conjuntas, entre elas, reorganizar o fluxo de pacientes e dar atendimento adequado e resolutivo. Um dos problemas a serem superados, na visão do secretário, é a falta de uma regulação única. Para ele, o estado trabalha de maneira paralela, até concorrente. “O SUS é um sistema integrado, hierarquizado, tem que funcionar como sistema único.”

São Luís é responsável por prestar atendimento à população de 126 dos 217 municípios do Maranhão, e concentra os serviços de média e alta complexidade. O secretário afirmou que o caos foi agravado devido à superlotação dos serviços de saúde. Atualmente a cobertura da Estratégia Saúde da Família está em torno de 25% e há 91 equipes em funcionamento. Ele informou que a meta é reestruturar toda a rede de urgência e emergência de São Luís.

Entre as ações emergenciais, foram definidos cinco eixos prioritários de trabalho: reestruturar as unidades municipais; realizar mutirão nas unidades com parceria da Santa Casa, Hospital Universitário e Hospital Geral, iniciando pela ortopedia; organizar os leitos de retaguarda nas unidades de saúde municipais, a partir de um novo perfil; e organizar o acesso às unidades pela Central de Regulação (Urgência e Retaguarda). Há também um projeto para construção de mais um hospital de urgência e abertura de novos leitos de retaguarda. Para desafogar os hospitais, a assistência domiciliar, já com recursos garantidos, deverá ser reforçada.



FOTOS: JOÃO TORRES



Em São Luís, atendimento precisa chegar mais próximo na “normalidade”: Saúde acumula dívida de R\$ 140 milhões



## Teresina

A gestão em saúde de Teresina, capital do Piauí, foi segmentada com a reforma administrativa promovida pelo prefeito Firmino Filho (PSDB). A Fundação Municipal de Saúde (FMS), antes única responsável por gerir a saúde, foi extinta e suas competências foram transferidas para três novos órgãos: a Fundação de Assistência, a Fundação Hospitalar de Teresina (FHT) e a Secretaria de Saúde do município. A Fundação de Assistência ficou responsável pela atenção básica e a vigilância em saúde e vai se voltar para a parte assistencial (grandes endemias, programas da mulher, da criança, de hanseníase, vacinações, entre outros) e marcação de consultas. A FHT foi encarregada de gerir os 11 hospitais municipais. Já a Secretaria de Saúde fica ligada a questões políticas, relacionando-se com o Ministério da Saúde, a secretaria de estado de Saúde e os grandes hospitais conveniados públicos e privados, e gerenciará a Estratégia Saúde da Família e as unidades básicas de saúde. De acordo com o secretário **Noé Fortes**, as duas entidades não estão subordinadas à secretaria de Saúde, mas dependem dela funcionalmente.

A secretaria de Saúde foi composta por três diretorias: planejamento; regulação e avaliação do atendimento ao usuário, dos exames de laboratório e das internações; e administrativo-financeira, responsável por controlar o Fundo que gerencia a FHT, a Fundação de Assistência e a própria secretaria. O orçamento destinado à saúde é de aproximadamente R\$ 706 milhões, distribuídos entre os três órgãos. O secretário não soube precisar quanto caberia a cada um deles. Ele disse à *Radis* que pretende “agilizar o atendimento com mais celeridade e conforto para o usuário que precisa de consulta, remédios,

cirurgia, e dar solução a urgência e emergência por meio da associação com outros municípios”. Contudo, Noé Fortes não adiantou como fará para cumprir suas metas tendo em vista que, segundo ele, “o planejamento ainda estava por fazer”.

A prefeitura tem débitos assumidos pela gestão anterior na ordem de R\$ 150 milhões, conforme o secretário. No início da gestão, o prefeito pediu cautela a todos os secretários por conta das dificuldades financeiras. Como não houve transição, problemas como o repasse de R\$ 3 milhões liberados pelo programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, que não foram direcionados à maternidade Dona Evangelina Rosa — que é do estado, mas mantém convênio com o município — foram “conhecidos” somente no primeiro mês de 2013.

O secretário de Saúde é pediatra e acumula experiência anterior como diretor de hospitais locais. Uma de suas primeiras medidas foi garantir a presença dos médicos durante seus plantões nos hospitais municipais. Para ele, a questão em Teresina não é só “monetária”. Noé entende que é preciso “treinar funcionários para melhorar o atendimento ao usuário”. Ele informou que a grande maioria de servidores é concursada.

No que toca à Estratégia de Saúde da Família, a cobertura é de quase 90%, com 88 unidades e 213 equipes. Em sua gestão, Noé pretende desenvolver projetos de fitoterapia, especialmente na zona rural, onde o público está mais familiarizado com o método. Para isso, deverá firmar parceria com a Universidade Federal do Piauí para projetos de pesquisa e extensão. O novo secretário também tem a intenção de contatar prefeituras mais próximas, para que ofereçam soluções aos seus usuários. Cerca de 30% dos atendimentos no município são provenientes do interior, e dos estados do Maranhão e Tocantins.

Teresina: gestão segmentada, ênfase na garantia de presença dos médicos nos plantões e associação com outros municípios



FOTOS: ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO



# Vitória

Avaliar gastos, trabalhar contratos e procurar reduzir custos são metas da médica pediatra **Sony Itho**, que vai administrar a secretaria de Saúde de Vitória, capital do Espírito Santo. Segundo a secretária, a rede está bem estruturada e o desafio da nova gestão será o de qualificar ainda mais os serviços oferecidos. Com os serviços em bom funcionamento, a rede de saúde serve como “espelho” e atrai usuários de outros municípios do estado, o que dificulta atender à demanda. Por isso, o tempo de consulta é o primeiro ponto tratado no plano de governo municipal, em especial para o atendimento especializado. “Vamos fazer um diagnóstico atual da demanda reprimida de consultas e exames na gestão municipal e tentar regular de acordo com a necessidade real do usuário”, diz a secretária. Sony acredita que tal procedimento implicará reavaliação do protocolo de conduta, de forma que as solicitações dos exames sejam mais bem direcionadas e efetivas no esclarecimento do diagnóstico.

A secretária assume que a rede, apesar de ter bom funcionamento, também tem problemas. Para resolvê-los, entende que o estímulo virá do próprio usuário, que exige melhores serviços. “É uma exigência que empurra a gente para a frente”, disse à *Radis*. “Precisamos ter serviços sempre melhores, mais serviços, mais qualificados, mais resolutivos. Talvez agora fazer consultas, melhorar os serviços de pronto-atendimento, ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, estruturar o serviço móvel”, relatou. Sony revelou sua intenção de viabilizar o atendimento de demandas de pessoas com doenças crônicas, problemas de mobilidade ou necessidade de atendimento em casa, por exemplo, “como se fosse um serviço privado. Ela esclareceu que não considera o serviço público como se tivesse menor qualidade. “Sonho com esse serviço de boa

qualidade e quero trabalhar para isso”, disse.

O orçamento da Secretaria de Saúde, que é de aproximadamente R\$ 270 milhões para 2013, deve atender às necessidades, disse. Para a secretária, é possível também que haja “gordura” de forma que irá readequar investimentos dentro da rede. Profissionais também poderão ser realocados para melhorar a qualidade do serviço. Ao todo, são 29 Equipes de Saúde da Família. Para não onerar a folha de pagamento de pessoal, não haverá concurso público para novas vagas, apesar da falta de médicos na rede, especialmente pediatras. “A qualidade do serviço independe do número de profissionais”, considerou.

Um dos projetos que será estruturado volta-se para usuários de drogas, especialmente crack. Embora não considere o “problema local”, Sony disse que em Vitória não haverá internação compulsória. A proposta é estruturar uma rede de atenção que, além da Secretaria da Saúde, conte com as secretarias de Ação Social, Esportes, Serviços Urbanos e Segurança Pública. A Saúde participará com serviço móvel, consultório de rua e encaminhamento referenciado desses pacientes aos serviços da rede de Centros de Atenção Psicossocial e residências terapêuticas. A rede já oferece este serviço, mas neste caso, a secretária entende que o problema será enfrentado de outra forma. Segundo ela, o trabalho não será específico para usuários de crack, mas um programa aberto que “visa melhorar a inserção do usuário numa convivência mais harmoniosa com a população que não é usuária”.

Defensora do sistema público, Sony garante que não haverá organizações sociais de saúde em Vitória, que elegeu Luciano Rezende (PPS). “Sou SUS da cabeça aos pés”. Ela entende que o sistema tem tudo para dar certo, mas que para isso, é preciso estabelecer de todas as maneiras que os usuários tenham a melhor qualidade de atendimento possível, tudo gratuitamente. “É legitimado a saúde ser um direito de todos”, declarou.

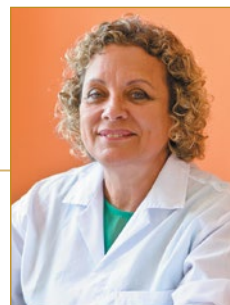


FOTO: YURI BARCHNICH

Diante de uma rede considerada estruturada, secretária de Vitória afirma que o desafio será qualificar melhor os serviços oferecidos



FOTO: ELIZABETH WADDER



FOTO: MARCOS SALLES

# Pirajá da Silva

*Pioneiro no estudo da esquistossomose no Brasil, médico baiano foi o primeiro a identificar as diferenças entre os parasitas da doença*



Manoel Augusto Pirajá da Silva: recolhimento e sobriedade não diminuíram o valor de suas descobertas

Bruno Dominguez

**E**m 1908, o médico baiano Manoel Augusto Pirajá da Silva (1873-1961) publicava na *Revista Brazil Medico* o artigo *Contribuição para o estudo da Schistosomíase na Bahia*, primeiro trabalho a detectar a esquistossomose no Brasil e a identificar o *Schistosoma mansoni*, novo parasita da esquistossomose — um feito científico tão importante quanto pouco conhecido internacionalmente.

Formado em 1896 na Faculdade de Medicina de Salvador, Pirajá clinicou no interior da Bahia e em Manaus. Mais tarde se mudou para Salvador buscando seguir sua vocação: investigar doenças tropicais. Em 1902 começou a dedicar-se à pesquisa científica, como assistente de clínica médica na Faculdade de Medicina.

Desde 1904, procurava ovos do *Schistosoma haematobium* em pacientes com esquistossomose na Bahia. Quatro anos depois, divulgava seu achado. “Embora a doença nunca tivesse sido encontrada no país, a notícia era de se esperar, pois em 1902 a parasitose já havia sido assinalada por Mauren em Antigua, por Letulle em 1903, em Martinica, e por Gonzalez-Martinez em 1904, em Porto Rico. A exemplo do que já havia acontecido com outras doenças, devido ao grande comércio entre África e Brasil, inclusive intenso tráfico de escravos, no sentido da África para a América, haveria muita probabilidade de, algum dia, ocorrer a importação da esquistossomose pelo Brasil”, relatou o professor de Medicina Tropical da Universidade Federal do Triângulo Mineiro Aluizio Prata, no artigo *Comemoração do centenário da descoberta do Schistosoma mansoni no Brasil* (2008).

Além dessa contribuição de caráter nacional, Pirajá descreveu pela primeira vez o parasita *Schistosoma mansoni*, que, à época, ainda era dúvida na comunidade científica. Havia uma polêmica quanto à possibilidade de a esquistossomose ser provocada por outra espécie de *Schistosoma*

além do *haematobium*, descoberto em 1851 pelo helmintologista alemão Theodor Bilharz.

“Quando Bilharz fez referência aos dois tipos de ovos, diferenciados pela posição do espículo [pequeno espinho], embora achasse o fato estranho, ele considerou ambos como pertencentes à mesma espécie e esse engano perdurou por mais de meio século”, explicou Aluizio Prata. O grupo do alemão Arthur Looss acreditava que os ovos eram de apenas uma espécie de *Schistosoma*. O grupo do inglês Patrick Manson discordava, defendendo a existência de outra espécie capaz de provocar a doença.

O debate se acirrou em 1907, quando um dos assistentes de Manson, Louis Sambon, analisou a morfologia de um ovo diferente dos ovos do *S. haematobium* e sugeriu que pertenciam à outra espécie de verme, que nomeou de *Schistosoma mansoni*, em homenagem ao mestre Manson. Mas, até a publicação dos trabalhos de Pirajá da Silva, não se sabia como separar corretamente o *Schistosoma haematobium* do *mansoni*.

## DESCOBERTA

O brasileiro realizou a necropsia em três casos da doença e descreveu “minuciosamente o tamanho e características dos vermes, chegando à conclusão de que não se tratava do *S. haematobium*”, afirmou o pesquisador do Centro de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz, Naftale Katz, no artigo *A descoberta da esquistossomose no Brasil* (2008). A posição lateral do espículo dos ovos diferia da posição polar verificada nos ovos do *S. haematobium*, por exemplo.

No trabalho de 1908, Pirajá comentou que as primeiras observações das diferenças “despertaram a curiosidade, sem que todavia, pudéssemos naquela ocasião encontrar de pronto uma explicação” e que “somente após tomar conhecimento dos ‘novos’ estudos de Patrick Manson e Sambon ultimamente feitos na Escola de Moléstias Tropicais de Londres pudemos fazer alguns estudos sobre a *Schistosomíase mansoni* na Bahia”. O brasileiro se comunicava sobre seus achados com Patrick Manson, Leiper, Blanchard, Letulle, Le Dantec, Henry, Lortet e Rocha Lima.


“Pirajá da Silva foi o primeiro no mundo a descrever efetivamente a morfologia dos vermes e do ovo, permitindo separar duas espécies até então consideradas uma só — *haematobium* e *mansoni*”, resumiu Naftale Katz à *Radis*. Na biografia *Vida e obra de Pirajá da Silva*, de 1977 (reeditada em

2008, quando se comemorou o centenário da descoberta e identificação do *Schistosoma mansoni* no Brasil), o autor, Itazil Benício dos Santos, avaliou que Pirajá “ergueu bem alto — ao lado de Wucherer, Paterson, Silva Lima, Chagas, Osvaldo Cruz, Lutz e tantos outros — o conceito da incipiente ciência brasileira”.

Segundo Katz, o trabalho do brasileiro não foi devidamente reconhecido fora do país: “Pirajá enviou suas descobertas aos pesquisadores ingleses, que adotaram sua descrição da espécie sem lhe dar créditos”. No livro *Bilharzia: A History of Imperial Tropical Medicine* (2003), o inglês John Farley supôs que a não valorização deveu-se ao fato de o brasileiro, em um dado momento, ter aventado a hipótese de se tratar de uma nova espécie exclusiva das Américas, para qual propôs o nome de *Schistosomum americanum*.

Katz opinou que esse argumento tem peso, mas creditou a falta de valorização das descobertas

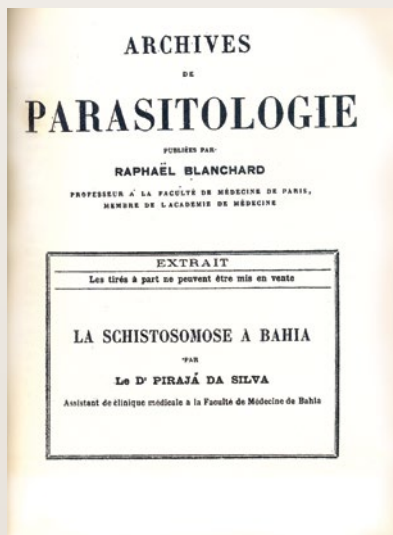
de Pirajá da Silva a um contexto em que “os pesquisadores do primeiro mundo (na época colonialista) viam as contribuições provenientes de profissionais residentes nos países periféricos” com preconceito. Pasteur dizia “que a ciência não tem pátria, mas o cientista tem”, lembrou. Outros cientistas legitimaram a contribuição do médico baiano, convidado em 1913 para indicar um candidato na categoria de Medicina ou Fisiologia do Prêmio Nobel — Carlos Chagas foi o escolhido por ele.

No Brasil, Pirajá teve o reconhecimento devido, tendo recebido um prêmio quando foram comemorados os 50 anos de sua descoberta, avaliou Katz. “Pirajá da Silva jamais se preocupou em deixar uma imagem de si mesmo — que seria de todo artificial — para a posteridade. Dentro do recolhimento, da sobriedade em que viveu, talvez jamais lhe tenha ocorrido que pudesse a sua atuação impor-se ao respeito e à admiração dos que lhe sobrevivem”, escreveu o biógrafo Itazil Benício. 



Reprodução de imagens do pesquisador, de homenagens que recebeu e parte de seus escritos, extraídas do livro de Itazil Benício dos Santos

REPRODUÇÕES: VIDA E OBRA DE PIRAJÁ DA SILVA



REPRODUÇÕES: PESQUISA FAPESP 198



## EVENTOS

### 13º Seminário da Integralidade



O tema do 13º Seminário de Integralidade, organizado pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/IMS/UERJ) será “A construção social da demanda por cuidado”. A programação, que tradicionalmente conta com mesas-redondas, ágoras, conferências e lançamentos de livros, terá em 2013 também minicursos oferecidos pelos pesquisadores do laboratório.

**Data** 14 a 16 de agosto de 2013

**Local** UFMT, Cuiabá

**Informações** [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)

**Telefone** (21) 2567-7086

### 29º Congresso Latinoamericano de Sociologia



A vigésima nona edição do Congresso da Associação Latino-americana de Sociologia (Alas) vai reunir pesquisadores do mundo inteiro em torno do tema geral “Crise e emergência social na América Latina”. A intenção é provocar um diálogo a partir das perspectivas teórico-metodológicas que se colocam para o subcontinente.

**Data** 30 de setembro a 04 de outubro de 2013

**Local** Santiago, Chile

**Informações** [congresoalascile.cl](http://congresoalascile.cl)

### Simpósio Ética e Política na Pesquisa Feminista



Organizado pelas coordenadoras Debora Diniz (UNB) e Flávia Mattos Motta (UDESC), o evento pretende discutir as relações entre a pesquisa acadêmica feminista e o contexto político e social e propõe um debate sobre as relações éticas das pesquisas com as pessoas que participam dos estudos. As inscrições de trabalhos para os seminários temáticos vão até 20 de março.

**Data** 16 a 20 de setembro de 2013

**Local** UFSC, Florianópolis

**Informações** [www.fazendogenero.ufsc.br](http://www.fazendogenero.ufsc.br)

**Telefone** (48) 3721-6440

## LIVROS

### Sustentabilidade e saúde



**Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**, de Marcelo Firpo de Souza Porto (Editora

Fiocruz). Em nova versão revista e ampliada, a publicação tem por objetivo integrar as discussões sobre sustentabilidade, promoção da saúde e justiça ambiental, apresentando uma proposta de análise integrada e contextualizada dos riscos ambientais decorrentes do desenvolvimento econômico e tecnológico, particularmente em países e territórios com desigualdades e vulnerabilidades sociais.

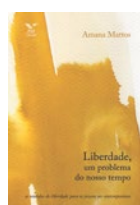
### Importância do cuidado



**O cuidado necessário**, de Leonardo Boff (Vozes), aprofunda a discussão proposta em *Saber cuidar*, do mesmo autor, de 1999. O autor enfatiza a espiritualidade e a compreensão antropológica e filosófica da importância do cuidado e investiga a categoria e o paradigma do cuidado para os campos da vida pessoal, da saúde, educação, ecologia, ética e espiritualidade. A obra resulta do diálogo de Boff com profissionais das áreas de enfermagem e medicina, acompanhantes de idosos, pessoas enfermas e ambientalistas e ecologistas.

pológica e filosófica da importância do cuidado e investiga a categoria e o paradigma do cuidado para os campos da vida pessoal, da saúde, educação, ecologia, ética e espiritualidade. A obra resulta do diálogo de Boff com profissionais das áreas de enfermagem e medicina, acompanhantes de idosos, pessoas enfermas e ambientalistas e ecologistas.

### Liberdade e juventude



**Liberdade, um problema do nosso tempo: os sentidos de liberdade para os jovens no contemporâneo**, de Amana Mattos (Editora FGV) relaciona liberalismo, injustiça, liberdade e a relação com o outro entre os jovens, sob o ponto de vista da Psicologia. O livro é resultado de trabalho de campo, em que foram realizadas oficinas com jovens de diferentes classes sociais no Sudeste brasileiro. Nelas, a liberdade funcionou como um mote para os jovens falarem daquilo que não compreendem, e que os angustia. Foi presente nas discussões o entendimento da liberdade como atributo e direito individuais, o que dificulta que o outro seja visto como alguém que também é livre. Para a autora, professora do Instituto de Psicologia

da Uerj, uma consequência considerável da problematização da liberdade é que a psicologia pode ganhar um papel privilegiado na discussão quando esta é remetida à relação com o outro e pensada sob a perspectiva do conflito.

## Trajatória



**Crônicas subversivas de um cientista**, de Luiz Hildebrando Pereira da Silva (Vieira & Lent), oferece ao leitor um conjunto bem humorado de crônicas-memórias que narram a trajetória do autor como cientista e militante político.


Os escritos reúnem relatos sobre o exílio do jovem médico na França, sua experiência no Instituto Pasteur e o retorno ao Brasil, para trabalhar na Amazônia. No contexto da narrativa, o autor apresenta os bastidores da história científica, política e cotidiana do país, assim como revela traços de seu cotidiano, hoje dividido entre a pesquisa que desenvolve sobre malária em Porto Velho (RO) e o convívio com a família, em Paris.

## PERIÓDICO

### Transformações



**História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Vol. 19, n.4.** O periódico trimestral da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) inclui nove artigos inéditos tratando de temáticas diversificadas.

Um dos destaques é a análise de Eliane Fleck e Roberto Poletto, da Unisinos (RS), sobre o manuscrito “Materia medica misionera”, feito em 1710 pelo jesuíta Pedro Montenegro, que retrata as transformações científicas do século XVIII. 

## ENDEREÇOS

### Vozes

(24) 2233-9000 e 2231-4676 (fax)  
vendas@vozes.com.br  
[www.universofozes.com.br](http://www.universofozes.com.br)

### Editora Vieira & Lent

(21) 2262.8314  
[www.vieiralent.com.br](http://www.vieiralent.com.br)

### Editora FGV

(21) 3799-4426/4427/4428/4429  
[www.editora.fgv.br](http://www.editora.fgv.br)

### Editora Fiocruz

(21) 38829039  
[www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)