



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - QUALIDADE DE VIDA

SAÚDE COMUNITÁRIA

Nº **19** ANO IV
JUL/AGO/SET 2000

Os recursos da saúde e a erradicação da pobreza

Gilberto Natalini (*)

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), frente à ameaça de uma crise no atendimento público a partir do segundo semestre deste ano, vem a público manifestar sua indignação diante da intenção da equipe econômica de retirar do relatório final da lei do orçamento para 2000 o artigo determinando um gasto adicional de R\$ 1,05 bilhão para a manutenção dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os 5.507 municípios brasileiros investem em média 8% de seus orçamentos em saúde - os valores chegam a 14% no Estado de São Paulo - e cobram dos governos federal e estaduais um aporte de investimento maior para o setor.

O Conasems reivindica também que o presidente do Senado coloque em tramitação e votação a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) que vincula recursos dos orçamentos municipais, estaduais e

federal para a manutenção da atenção à saúde por meio do SUS. O projeto, que define o patamar inicial de 7% das receitas próprias municipais e estaduais e acréscimo de 5% sobre o orçamento empenhado do Ministério da Saúde em 1999, pela primeira vez contempla o setor com financiamento compromissado permanente nas três esferas de governo. Os gastos serão ampliados em cinco anos, sendo que, ao final deste período, os municípios deverão aplicar 15%, os estados 12% e a esfera federal aumentar sua cota segundo a variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto).

Segundo uma pesquisa recente do Ibope, a carência da atenção à saúde é o principal problema de 37% da população brasileira, vindo atrás do desemprego, que preocupa 48% dos entrevistados.

A proposta de vinculação e elevação dos investimentos públicos para a saúde é fruto de esforços suprapartidários de todos os partidos

do Congresso Nacional, a partir de seminários e mobilizações com a participação de representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do SUS. Consiste, portanto, em uma opção para minimizarmos o segundo maior problema enfrentado pela população.

Da mesma forma como ocorre com o setor educacional, a saúde precisa de verbas vinculadas e suficientes por se tratar de uma base crucial para a erradicação da pobreza e da miséria e da promoção da igualdade de oportunidades no mercado de trabalho.

O propósito, pois, da equipe econômica, de retirar o artigo que garante mais verbas para a saúde contrapõe-se aos verdadeiros interesses do povo brasileiro, particularmente dos 125 milhões que dependem exclusivamente dos serviços prestados pelo SUS.

(*) *Ex-presidente do Conselho Nacional do Conasems*



Dra. Geruza Corrêa, de Araras (SP), instrui uma mãe sobre as técnicas adequadas de aleitamento materno: município desenvolveu programa de aleitamento junto à população, através dos programas de saúde comunitária, como o Programa Saúde da Família e o dos agentes comunitários

Treinamento para os agentes comunitários de saúde em Araras (SP), em março de 2000. O PSF foi instalado no município em 1997, através de um convênio com o Ministério da Saúde Pública de Cuba. Para maiores informações sobre o programa de Araras, ligue (19) 543-302.



Nosso editorial é mais um lamento e um apelo em favor de uma proposta que fizemos há mais de um ano, para que se encontre uma forma de transferir a enorme e rica experiência acumulada pelo Ministério da Saúde no campo do PSF, ACS, etc., para países africanos, que necessitam muito de adaptar projetos de igual teor.

No começo, ainda em 1998-1999, procuramos sensibilizar os responsáveis pelo então COSAC para esta iniciativa. Obtivemos como resposta a indicação de que naquele momento o COSAC estava tratando da consolidação de suas experiências no Brasil e não teria condições de tomar iniciativas com relação à África. Esta postura nos pareceu correta e deixamos passar um tempo para voltar a ativar o assunto.

Verificando que no ano 2000 esta consolidação já ocorreu (daqui para frente a sugestão é apenas de expandir e aperfeiçoar os programas), encaminhamos uma proposta formal para iniciar o intercâmbio com a África.

Redigimos um texto sintético sobre o assunto e o encaminhamos para a direção do COSAC, bem como para técnicos da OPS-OMS e da Unicef. Na esperança de que a idéia prosperasse. O texto foi encaminhado em julho deste ano. Antes, havíamos conversado com representantes destas três entidades e de todos recebemos elogios pela idéia e promessas de apoiá-la.

Pois bem, até agora não recebemos sequer um retorno sobre o tema. Nossa proposta inicial é muito simples: realizar um seminário fechado, com representantes das três entidades mencionadas anteriormente, mais representantes dos ministérios da Saúde dos países africanos, principalmente dos de língua portuguesa. Nosso Instituto não tem a menor possibilidade de participar mais intensamente de um programa que possa vir a surgir do

seminário. Mas pode colaborar para a realização do seminário.

O governo brasileiro meses atrás a secretaria executiva da Cúpula dos Países de Língua Portuguesa. Quem sabe esta cúpula, dirigida pelo nossa amiga Dulce Pereira poderia assumir a condução deste projeto, com a colaboração do pessoal do COSAC.

Nossa dívida para com o povo africano é imensa. Nesta mesma edição, estamos publicando uma matéria sobre este assunto (ver páginas 6 e 7). A transferência da terminologia que estamos propondo seria uma ínfima parte do resgate desta dívida.

Lamentamos, portanto, que não tenhamos recebido ainda retorno à nossa proposta. E apelamos para que as entidades, para as quais enviamos a proposta, estudem o assunto e tomem alguma providência à respeito.

Nosso Instituto está hoje integrado à ABONG (Associação Brasileira de ONGs) e vamos levar este tema ao debate no ambiente desta entidade. Pretendemos levá-lo também ao Fórum Social Mundial que vai ser realizado em janeiro de 2001, em Porto Alegre (RS). Neste fórum vamos apresentar nosso projeto do Museu da Cultura Africana e Afro Brasileira e nosso projeto do boletim Saúde Comunitária; isto tudo em grupos de trabalho específicos que tratarão do tema do Racismo e da Saúde Pública.

Pois bem, nossa proposta para o programa de transferência de tecnologia brasileira no PSF para a África irá estabelecer um elo entre os dois temas anteriores. E nota-se que no Fórum Mundial estarão participando ONGs de diversos países africanos.

Vamos tentar desta forma dar uma colaboração efetiva para que nosso país passe a colaborar com os países africanos no campo da saúde comunitária. Se conseguirmos algo neste sentido, nos sentiremos extremamente gratificados.

NOTÍCIAS

Equipe do Saúde da Família inclui dentistas no interior de São Paulo

Para mostrar que o aumento de investimentos na área da Saúde só trará benefícios para a população brasileira, reproduzimos esta matéria publicada no Estado de S. Paulo em 31 de agosto de 2000.

"Piraju, interior de São Paulo, é o primeiro município do País a ter dentistas nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). De cada quatro moradores, um já foi atendido em consulta prévia para tratamento completo, com hora marcada, até mesmo no período noturno voltado para os trabalhadores.

Prevenção

A prevenção começa com as visitas domiciliares, quando os casos são avaliados, tratados e, se necessário, encaminhados a especialistas. Do início do ano até o fim de julho, 6.715 pessoas foram atendidas. Em quatro meses, 218 aparelhos de correção de arcada foram colocados em jovens de até 14 anos. O atendimento odontológico é feito por oito profissionais.

CHEQUE ESPECIAL
banespa
 Em linha com o seu

EXPEDIENTE

INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO (IEML)

Cx. P. 337, Taubaté/SP, 12010-970 - Tel/Fax (012) 233-5317 - E-mail: iemilau@infocad.com.br

SAÚDE COMUNITÁRIA é um veículo de divulgação de idéias e informações sobre saúde comunitária (ações de promoção, de educação e preventivas), direcionado para agentes comunitários de saúde, líderes de comunidades e outros profissionais que atuam junto às comunidades locais. Destina-se também a divulgar idéias com relação à qualidade de vida para empresas e instituições públicas e privadas. **Produção:** IEML. **Diretor:** Rubens Mattos Pereira. **Jornalista:** Alexandre Alves, MTb 25.602. **Tiragem:** 10.000 (JAC Gráfica e Editora, São José dos Campos, SP: (0xx12) 321.1555). **Comitê Editorial:** Christiane Costa (Pólis), Douglas Andrade (Agita São Paulo), Flávio Próspero (Logos Pró Saúde), Jorge Galperin (Univ. Buenos Aires), Nelson Arns Neumann (Past. Criança), Sandra Cristina Lemes (Alternativa). **Diretoria do IEML:** Prof. Celso Ferrari (presidente), Engº Dan Guinsburg (vice) e Eduardo Parodi Pereira (diretor adm.). **Instituições de apoio:** • Alternativa, Formação e Informação - Itu/SP • Comunidade Solidária - Brasília/DF • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) - DF • Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (Pólis) - SP • Instituto de Estudos Monteiro Lobato - Taubaté/SP • Logos Pró-Saúde S.A. - SP • Pastoral da Criança - Curitiba/PR • Temas Atuais na Promoção da Saúde (TAPS) - São Paulo/SP. **Contatos no exterior:** Flávia Próspero, jornalista em Washington, EUA (fp0165a@american.edu). **Dr. Jorge Galperin** - Cabello 3901, piso 1 - 1426 - Buenos Aires (Argentina) - Tel/Fax (00541) 801-4048.

Convênios da Saúde

O presidente da União dos Vereadores do Estado de São Paulo (Uvesp), Sebastião Misiara, fala do convênio com o Ministério da Saúde, atuação dos Conselhos Municipais e como analisa o papel do vereador no processo de fiscalização.

Qual o balanço que o senhor faz do convênio firmado com o Ministério da Saúde?

Misiara - Nós acertamos com o ministro José Serra a promoção de quinze seminários regionais no interior do Estado de São Paulo. Até o momento, realizamos quatorze. Completaremos o décimo quinto em Águas de São Pedro. Foram convidados cerca de 40 a 50 municípios por evento, com uma média de participação de 300 pessoas.

Qual o discurso do Ministério nos seminários?

Misiara - Aproximar-se do vereador através de uma palestra explicativa e de conscientização cujo conteúdo alerta sobre a importância da fiscalização dentro da Câmara e sobre a aplicação dos recursos pela administração municipal. Palestras proferidas por profissionais da saúde, economistas e técnicos da Fundação Prefeito Faria Lima-CEPAM, que dão suporte para os municípios e câmaras. A Uvesp foi escolhida pelo acesso que tem e pelo trabalho que realiza há quatro anos no interior do Estado com o projeto "Alternativas de Desenvolvimento".

O que cabe ao município desempenhar na área da saúde?

Misiara - Os municípios devem desenvolver ações e serviços de saúde obtendo ajuda técnica e financeira dos Estados e da União, é de responsabilidade dos municípios gerir e executar os serviços públicos de saúde e não transferir nada para a iniciativa privada. O município deve oferecer todo tipo de serviço de saúde incluindo os de: vigilância sanitária, epidemiológica, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador, entre outros serviços.

Como o vereador pode colaborar?

Misiara - O vereador é o legítimo representante da sociedade na Câmara e deve exercer um papel fundamental na fiscalização dos recursos do SUS aplicados pelo prefeito. A correta aplicação dos recursos do SUS provoca mudança e melhoria nos serviços de saúde, além de ampliar o atendimento à comunidade.

Como o senhor vê o trabalho do Ministério da Saúde?

Misiara - Eu entendo que o ministro José Serra revolucionou a saúde no país. Ele conseguiu fazer do SUS a melhor forma de atender à população. Ele descentralizou a aplicação dos recursos transferindo para o prefeito o direito de atender melhor as necessidades da saúde no seu município. Isso significa transparência e divisão de responsabilidades no sistema de saúde.

Qual é a função e formação do Conselho Municipal de Saúde?

Misiara - Participam do conselho representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e 50% são membros da comunidade. O conselho deve atuar na aprovação das diretrizes e no controle e execução da política de saúde. É fundamental que o Conselho Municipal seja formado por pessoas não influenciadas pelo Poder Executivo para que possa atuar de maneira independente no controle e fiscalização dos recursos.

Qual é a participação do Conselho Municipal de Saúde no sistema de acompanhamento?

Misiara - O Conselho Municipal de Saúde garante o sistema de acompanhamento do SUS que vai da formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, na aprovação do Plano Municipal de Saúde e mesmo na análise das contas. Nesse caso, se faz necessário que o Conselho exija a prestação de contas trimestralmente do Fundo Municipal de Saúde. Essa conta abrange os recursos das esferas estadual, federal e municipal.

Deve o município realizar uma política de planejamento de saúde?

Misiara - A implementação do SUS nos municípios provoca mudança e melhoria das necessidades de saúde da população, inclusive, as de emergência. É importante que o prefeito elabore uma política pública de saúde com capacidade de resolver as necessidades justas de saúde da população mediante um planejamento feito com a sociedade, que poderá indicar onde aplicar os recursos no orçamento público e garantir a atuação do Fundo Municipal de Saúde. O prefeito tem que ouvir a sociedade para elaborar o planejamento municipal e deve obrigatoriamente apresen-

tar um Plano de Saúde. E só poderá gastar o que constar nesse Plano.

Na sua opinião, o que muda com a Emenda 29 aprovada em setembro pelo Senado Federal?

Misiara - A Emenda 29 introduz uma vinculação dos recursos para o financiamento da saúde uma vez que define o quanto das receitas advindas de impostos e transferências constitucionais dos Estados e municípios deve ser destinada para a área da saúde. Os governos estadual e municipal devem destinar no primeiro ano no mínimo 7% dessas receitas devendo esse percentual crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% até 2004. E os municípios, 15%. Quanto ao governo federal ficou definido que para o primeiro ano o repasse deve ser de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior.

O prefeito também participa dos seminários onde o vereador é orientado a fiscalizar a aplicação os recursos. Como ele recebe essa orientação?

Misiara - O prefeito recebe a orientação de que deve municipalizar a saúde, ter criatividade nos métodos da gestão, elaborar uma política de saúde adequada às necessidades da comunidade, bem como, instalar programas de saúde da família e a criação de consórcios intermunicipais que reduz os custos dos serviços prestados. Desta forma, a palestra serve de esclarecimento também ao prefeito que passa a ter conhecimento do papel do vereador.

E aos vereadores qual o recado?

Misiara - Os vereadores e os representantes dos conselhos municipais da saúde são instruídos a exigir a prestação de contas trimestralmente por parte do executivo, o que não acontece nas Câmaras Municipais. Atualmente, dos 645 municípios no Estado apenas 10 estão realizando a prestação de contas na Câmara Municipal e no Conselho.



Saúde Comunitária parabeniza o dep. Eduardo Jorge pela sua eventual indicação à Secretaria de Saúde de São Paulo. Se assim acontecer, será um grande passo para a saúde da cidade de São Paulo.

MEIO AMBIENTE Pesquisa do Laboratório de Poluição Atmosférica da Faculdade de Medicina da USP revela que a mortalidade por problemas cardiovasculares cresce até 14% em dias de inversão térmica



Poluição do ar em SP também afeta o coração

A poluição atmosférica é responsável pelo aumento no número de mortes e atendimentos por complicações cardíacas na região metropolitana de São Paulo. Segundo estudos do Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o índice de mortalidade provocado por problemas cardiovasculares tem acréscimo de até 14% em dias de inversão térmica.

O resultado da pesquisa vem se somar aos já conhecidos efeitos da poluição nas vias respiratórias do paulista.

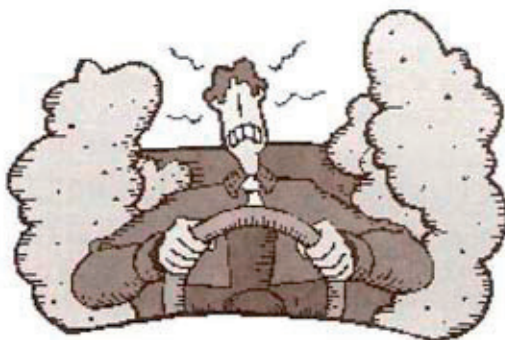
Nos dias mais poluídos, há um aumento de 45% nos atendimentos em prontos-socorros na capital. A maioria com bronquite ou pneumonia. Idosos, crianças e pessoas com problemas respiratórios crônicos são os que mais sofrem.

Inicialmente, o estudo do pesquisador-médico Chin An Lim buscava dar seqüência a suas pesquisas sobre efeitos da poluição no aumento da mortalidade entre pacientes com problemas respiratórios. Mas, para sua surpresa, o número de atendimentos e mortes relacionados a cardíacos era proporcionalmente maior. "Sabíamos da relação entre poluição e problemas cardíacos, mas não era esperada nessa proporção."

Os dados que serviram de base ao trabalho foram obtidos pela análise do número de atendimentos a pacientes cardíacos, na faixa etária de 45 a 80 anos, no Instituto do Coração (Incor), nos dias críticos de inversão térmica em 1999 - um período de dois meses, entre maio e agosto.

Londres

Um recente estudo do St. George Hospital Medical School, em Londres, sugere que o monóxido de carbono e outros poluentes, como o dióxido de nitrogênio, fumaça e dióxido de enxofre, podem ser responsáveis por um em cada 50 ataques cardíacos.



O monóxido de carbono representa grande perigo para o coração. O gás tóxico inutiliza a hemoglobina, cuja função é levar o oxigênio pelo corpo.

Doentes cardíacos crônicos têm reduzido o fluxo de oxigênio para o coração, o que pode levar a uma parada cardíaca. O impacto de materiais particulados e do ozônio, este em crescimento, também tem sido considerado como um dos fatores mais nocivos sobre a saúde humana. "A presença dos poluentes ainda é alta, principalmente materiais particulados e ozônio."

De acordo com Lim, a propagada diminuição, pela Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb), dos índices de monóxido de carbono não significa que o risco à saúde esteja diminuindo. A causa do problema está relacionada à quantidade de veículos na metrô-

pole. Há cerca de 6 milhões de veículos em circulação, lançando milhares de toneladas de monóxido de carbono, hidrocarbonetos, óxidos de enxofre e de nitrogênio, aldeídos, vapores e partículas. Os congestionamentos agravam ainda mais as emissões.

A Cetesb, responsável pelo monitoramentos dos poluentes na atmosfera, estima que cerca de 12 mil toneladas de materiais particulados são emitidos anualmente na cidade. Essa quantidade é lançada, principalmente, pela fumaça preta emitida por uma frota de aproximadamente 400 mil veículos, movidos a óleo diesel, composta por ônibus, caminhões e caminhonetes. Responsáveis por 90% da poluição do ar da região metropolitana de São Paulo, os cerca de 6 milhões de veículos em circulação despejam algo em torno de 3 mil toneladas de substâncias tóxicas.

Transporte

Ambientalistas e pesquisadores são unânimes em apontar a deficiência dos serviços de transporte públicos como causas do problema. Para a professora Maria de Fátima de Andrade, do Instituto Astronômico e Geofísico da USP, a emissão de poluentes por veículos é um grave problema, ainda não adequadamente tratado. "O problema do monóxido ainda não foi resolvido", afirma. Se houvesse um serviço de qualidade, que utilizasse mais fontes não poluentes, como metrô, trens e ônibus a gás, o problema seria menor. "Fizeram uma opção errada de transportes."

A demora na criação do programa de inspeção veicular pode pôr a



Poluição aumentou o número de cardíacos

perder as conquistas obtidas com a redução na emissão de poluentes por veículos fabricados a partir de 1997 com catalisadores. "Em breve, esses veículos estarão poluindo muito, se não forem inspecionados", afirma Maria de Fátima.

Já o ambientalista Délcio Rodrigues, do Greenpeace, critica a falta de vontade política de levar em conta os problemas ambientais no planejamento de política de saúde e transporte. Para Rodrigues, o avanço da Cetesb em detectar os problemas ambientais não teve contrapartida numa ação governamental correspondente à gravidade do problema. O secretário de Meio Ambiente, Ricardo Tripoli, diz que a questão foi prejudicada pela falta de diálogo entre os poderes públicos, mas se

defende: "O governo estadual tem ampliado a rede do metrô e está criando uma interligação com os trens."

Inspeção veicular

Para tentar reduzir o problema, Tripoli aposta na inspeção veicular a ser adotada em 2001. Após quase dez anos na gaveta, o programa foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Trânsito em maio. Os governos estaduais ficaram responsáveis pela escolha das empresas que farão a inspeção, com supervisão e controle dos Departamentos Estaduais de Trânsito. Todos os 11 milhões de veículos que circulam no Estado passarão por inspeção. Aprovados, vão receber um certificado que os autoriza para licenciamento.

Vítimas

Enquanto a inspeção não vem, a médica Maria Antônio Figueiredo diz que o atendimento aumentou em cerca de 50% a partir de maio, no Hospital Menino Jesus, onde trabalha. "As principais vítimas são as crianças de até 3 anos." A passadeira Santa Rodrigues da Silva, de 34 anos, já perdeu a conta das vezes em que precisou levar sua filha Jennifer Barraldine às pressas para o pronto-socorro. Situação semelhante vive o enfermeiro Elaci Salles da Silva, de 31. Seu filho Erick, de 1 ano e 8 meses, precisa de constante socorro hospitalar. A dona de casa Raquel Cardoso dos Santos cuida de sua prima, Laudicéia Santos, de três meses - que tem crises há dois. "É duro vê-la nesse estado e não poder fazer nada."

Humanidade gasta mais recursos naturais do que a Terra pode repor

A humanidade está fazendo um saque a descoberto sobre os recursos naturais da Terra. Estudo divulgado pela organização não-governamental WWF (Fundo Mundial para a Natureza) mostra que o uso de recursos pelo homem excedeu em 42,5% a capacidade de renovação da biosfera.

Chamado "Relatório Planeta Vivo 2000", o estudo se baseou no índice de pressão ecológica que cada habitante exerce sobre o planeta. A conclusão é que, para manter os padrões de consumo atuais de uma população de 6 bilhões de pessoas, seria necessária quase meia Terra a mais.

Por pressão ecológica entende-se o consumo de comida, materiais e energia da população, expressa em termos de uma área biologicamente produtiva. Além do WWF, o estudo contou com a participação do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma).

Planeta de menos

Pelos dados do relatório, a Terra tinha 12,6 bilhões de hectares de terras produtivas em 96, o que daria 2,2 hectares para cada um dos 5,7 bilhões de habitantes, população mundial à época. Se 10% dessa área fosse mantida para reservas naturais, a disponibilidade total seria de 2 hectares por pessoa.

No entanto, a demanda média mundial por alimentos, produtos florestais (madei-

ra, papel e carvão) e de terras para absorção de poluentes como o gás carbônico - resultado da queima de combustíveis fósseis - é de 2,85 hectares. O 0,85 que so-



A atual capacidade de produção de alimentos não é suficiente para atender toda a demanda

bra na conta é a área que "falta" ao planeta para que a produção se sustente.

O que é pior: o número, segundo o relatório, é uma estimativa conservadora. Como não havia dados globais disponíveis sobre o consumo de água e a liberação no ambiente de poluentes tóxicos, as duas variáveis ficaram de fora.

Joann Kliejunas, secretária executiva da ONG americana Redefining Progress, que participou da elaboração do relatório, compara a situação da humanidade à de um cliente de banco perdulário. "É como se você tivesse uma certa quantia e vivesse dos juros de, digamos, 5% ao mês. Um dia, resolve comprar um carro novo e usa mais do que

tem disponível. No mês seguinte, sua renda diminui", afirma Kliejunas.

A diminuição de renda, no caso, se reflete no esgotamento das florestas e das reservas pesqueiras, por exemplo. "Os estoques de peixes já estão em colapso, porque se pesca mais do que a capacidade de recuperação das espécies."

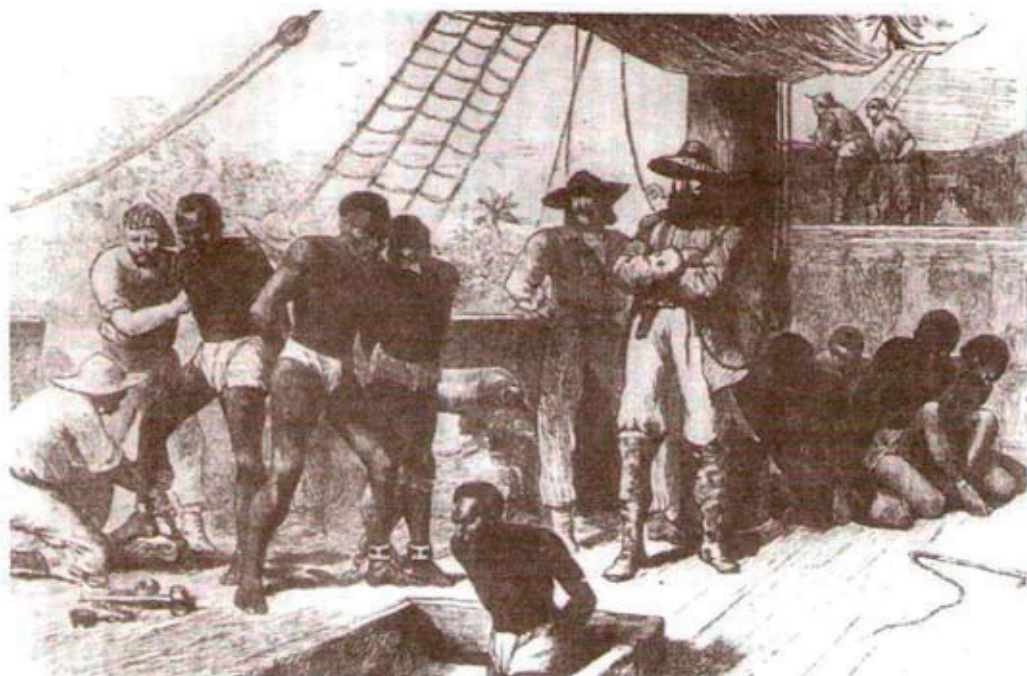
Dados do relatório mostram que entre 70 e 99, 194 espécies de água doce sofreram um declínio de 50% em suas populações. Espécies marinhas já teriam observado um declínio de 35%, no mesmo período. O relatório também confirma o desequilíbrio no uso dos recursos naturais entre o Norte e o Sul.

Os países mais ricos, como os EUA, já consomem mais do que o dobro de seu quinhão ambiental (a diferença entre os recursos que têm e os que consomem). Se todo mundo tivesse o padrão americano de consumo, seriam necessárias pelo menos mais duas Terras.

"O padrão de consumo dos países ricos acaba esgotando os recursos dos pobres", diz Kliejunas. "Nossa qualidade ambiental caiu para manter o padrão de consumo deles", afirma Garo Batmalian, secretário executivo do WWF Brasil. "Esses números nos fazem pensar qual é o padrão de consumo ideal para nós. Não devemos aspirar ao padrão deles." **Folha de S.Paulo (21/10/00)**

Museu da Cultura Africana e Afro Brasileira

O Instituto de Estudos Monteiro Lobato (IEML) vem lutando intensamente pela causa da Comunidade Negra. Conseguimos recentemente uma vitória significativa que foi a aprovação do financiamento do projeto museológico, pelo Ministério da Cultura. Assim é que um grupo de profissionais, brancos e negros, de alto nível intelectual, já está trabalhando sobre o tema. Inicialmente, começa-se a preparar um texto, que deverá tornar-se um livro, que vai abordar todo o conteúdo do museu. **Saúde Comunitária** publica um resumo da introdução deste livro, para receber dos leitores sugestões e críticas.



Reprodução de um navio negreiro europeu: 60 milhões de mortos

Este projeto (livro) é resultante de um processo crescente de indignação e revolta contra as incríveis violências e injustiças cometidas contra a raça negra, desde o início do tráfico negreiro até nossos dias.

Inicialmente, foi o tráfico no Oceano Índico e no Mar Vermelho, nos quais morreram cerca de 40 milhões de africanos capturados e levados à força para países asiáticos (China, Índia, etc.) e para o Oriente Médio (Arábia Saudita, principalmente). Mais tarde, com a chegada dos portugueses na costa africana (a partir do século XII) iniciou-se outro processo escravagista, direcionado inicialmente para a Europa (primeiro para Portugal) e em seguida para as Américas (Sul, Norte, Central e ilhas Caribenhas). Neste tráfico, que durou por volta de 500 a 600 anos, morreram cerca de 60 milhões de africanos.

A maior parte destes escravos era capturada no interior do continente, levada para a costa onde eram "armazenadas" em depósitos junto aos portos, aguardando os navios negreiros, também conhecidos como tumbeiros, nos quais eram embarcados e "transportados" em condições precaríssimas para os outros continentes. Sabe-se que em cada uma

destas três operações morriam uma infinidade de negros capturados. Somente este total, estimado em 100 milhões de africanos mortos no tráfico do Índico e do Atlântico, já significa um holocausto tão ou mais violento, mas sem dúvida infinitamente mais grave, do que o holocausto judaico ocorrido na 2ª Guerra Mundial. No holocausto nazista morreram cerca de 6 milhões de judeus em aproximadamente três ou quatro anos.

Nossa indignação e revolta aumenta ainda mais quando aprofundamos nossos conhecimentos sobre o colonialismo europeu na África. Nenhum reino africano foi conquistado pacificamente. Os povos africanos viviam em liberdade e seus reinos eram muito ricos e portentosos. O processo escravagista em primeiro lugar, e o colonialismo logo em seguida, destruíram tudo isto.

A resistência da população africana a estas duas violências resultou também em milhões de mortos, ocorridas seja nas guerras e lutas travadas contra forças colonialistas, seja no próprio processo de escravidão local, que surgia depois das conquistas coloniais. Somente no Congo Belga, no final do século XIX, o colonialismo gerenciado pelo terrível e fantasmagórico rei Leopoldo

da Bélgica, foi responsável por cerca de 10 milhões de mortes. A coroa britânica necessitou de uma guerra de 100 anos para conquistar o império Ashanti, no atual Benin, na Costa do Ouro, considerado um dos reinos mais ricos da África antes dos europeus.

A desgraça africana e da raça negra porém não para aí. Além dos holocaustos do tráfico negreiro e do colonialismo, novos holocaustos do negro vem a ocorrer nos países que receberam escravos. No caso brasileiro, por exemplo, um milhão de negros morreu somente na Guerra do Paraguai, onde eles eram colocados nas frentes das batalhas, como verdadeiras buchas de canhão. Na mineração do ouro, nas Minas Gerais dos primeiros séculos coloniais, estima-se que morreram cerca de 500.000 escravos africanos. E na mão dos feitores dos senhores escravocratas da cana, do café, etc., quantos negros haverão morrido em torturas, tentativas de fugas frustradas ou até mesmo por suicídio?

Nossa indignação e revolta continuou crescendo quando começamos a ver sob um ângulo novo, desenhado não através do ensino oficial ou dos livros escolares que não

nos informaram nada a respeito, e sim através de pesquisas e leituras que nos propusemos fazer nos últimos 3 ou 4 anos, a realidade sobre a contribuição que o escravo africano deu para o desenvolvimento do Brasil colonial. Todos nós brasileiros, brancos ou negros, somos educados aceitando a idéia de que a mão de obra escrava foi importante para nossa lavoura e nossa pecuária. E só. Nada lemos nos nossos livros escolares sobre a contribuição dos escravos na mineração e na metalurgia do ouro, do cobre, do ferro e do bronze. E em muitas outras atividades nos campos industrial (tecelagem, fabricação de instrumentos, etc..) e de prestação de serviços. Quando no século IX, um primeiro mercador árabe cruzou o Sahara e chegou ao reino de Gana, encontrou no palácio do rei, cachorros usando coleiras de ouro! O rei dispunha de um exército de 150.000 homens armados com apetrechos de ferro e de bronze (lanças, escudos, etc.) Isto significa que, mais de 600 anos antes de Cabral chegar ao Brasil, os africanos dominavam a mineração e a metalurgia de todos estes metais. E todo este conhecimento tecnológico, trouxeram para as Américas através dos escravos. Portanto, exportação forçada de cérebros, e não apenas de mão de obra!

E nossa indignação e revolta continua aumentando quando chegamos a África post-colonial e constatamos que todas as mazelas atuais do continente, suas lutas fratricidas e intestinas, suas epidemias que dizimaram populações inteiras, inclusive as atuais de Aids e do Ebola, são consequências ou da partilha colonial ocorrida com o Tratado de Berlim, que dividiu a África de acordo exclusivamente com os interesses das potências coloniais, ou da ganância desmesurada das grandes corporações nacionais e multinacionais que até hoje sob o signo da globalização, seguem explorando suas ex-colônias da maneira mais desumana que se

possa imaginar.

Olhando por outro ângulo porém, nossa indignação e revolta chega ao ápice, quando constatamos que, apesar de entre 60 a 70% da população brasileira ser afro-descendente, nada se faz para informar este enorme contingente populacional sobre a realidade de suas origens, que vêm desde a pré história e passa pelos reinos e impérios africanos, e também sobre a crueldade da escravidão, do colonialismo e das atuais políticas de intervenção ocidental nos países africanos. É preciso que os afro descendentes conheçam isto tudo e que possam se orgulhar de seu passado, eivado de riquezas e de lutas aguerridas. E que os brancos também passem a respeitá-los mais e discriminá-los menos.

Resultado de toda esta indignação e revolta é este livro, ou melhor este livrinho que, embora sintético,

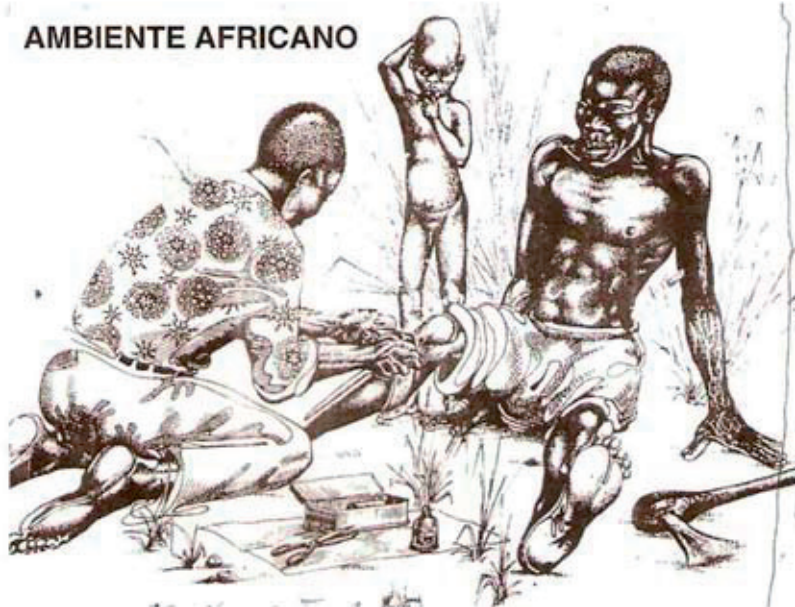
independência dos países africanos. Finalmente no 6º capítulo fazemos uma especulação sobre as perspectivas e o futuro do continente. Na II parte, nos voltamos para a problemática do negro no Brasil. Num 1º capítulo abordamos a questão das origens dos escravos que vieram para o Brasil. Em seguida nos ocupamos do genocídio do negro brasileiro, com suas diferentes faces: a mortandade nas guerras, na mineração do ouro e nos latifúndios coloniais e post coloniais. No 3º capítulo da II parte, tratamos das revoltas dos escravos. Nos capítulos seguintes, 4º e 5º, falamos da contribuição dos escravos para o desenvolvimento econômico e sociocultural do país. Finalmente, no último capítulo especulamos sobre as perspectivas para a superação dos problemas que os negros enfrentam no país, no campo da discriminação social em todos seus aspectos.

Vale a pena observar que alguns capítulos mereceram um tratamento mais extenso do que outros, tanto em termos de texto como de ilustrações. São capítulos, como o dos Reinos Africanos, por exemplo, que cobrem temas quase totalmente desconhecido pelo homem comum brasileiro. Isto ocorreu também, embora em menor escala, com os capítulos sobre a escravidão e o colonialismo.

Com este enfoque abrangente, esperamos estar abrindo uma porta para que investidas mais profundas e consistentes venham a ocorrer, principalmente no âmbito dos Ministérios da Cultura e da Educação, principais responsáveis pela divulgação e democratização deste tipo de informação no seio da população brasileira, tanto negra como branca.

Caso isto venha a ocorrer, nos sentiremos extremamente gratificados e o ideal que nos estimulou a preparar este livro, estará amplamente contemplado.

AMBIENTE AFRICANO



Onde não há médico

é muito pretensioso e idealista.

Justamente por ser pretensioso, procuramos fazer um texto abrangente, cobrindo diferentes aspectos da questão do negro. Numa primeira parte, compreendendo seis capítulos, abordamos as questões africanas. Em primeiro lugar a rica pré história africana, em seguida o fausto dos seus reinos e impérios; no 3º e 4º capítulos, tratamos da escravidão e do colonialismo, principais responsáveis pelos problemas atuais do continente. No 5º capítulo cobrimos o processo de descolonização e da

São José dos Campos adere ao PSF

Arquivo SC

Entre as maiores cidades do Vale do Paraíba, a principal delas, São José dos Campos, foi a que por último aderiu ao Programa Saúde da Família. O novo modelo de prevenção e educação em saúde só foi implantado em 1999, depois de muita resistência por parte das autoridades. Junto com o PSF, assumiu um novo secretário de saúde, Dr. Jorge Luiz dos Reis. Defensor ardoroso do modelo de assistência primária à saúde, Reis concedeu entrevista ao boletim **Saúde Comunitária**.

Como o sr. crê que a população de São José dos Campos vai receber o novo modelo de assistência à saúde, o PSF?

Vai demorar um tempo para que a aprovação seja total, mas isso vai acontecer, tenho certeza absoluta. É preciso que a população confie e dê apoio ao sistema de saúde de São José dos Campos, com um orgulho semelhante aos canadenses e cubanos, pois ele tem demonstrado que funciona, embora ainda apresente falhas, o que é normal. Pior seria ter um sistema inútil.

Qual a sua avaliação sobre o novo sistema de saúde?

Temos que avançar nessa área fugindo das soluções paliativas para a construção de um novo modelo, realmente eficaz. O Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgem como uma nova estratégia de assistência de saúde a ser implantado na cidade, alterando este modelo assistencial, que tanto nos distanciou da sonhada reforma sanitária.

Após adoção temerária do modelo assistencial até agora praticado no país, impossível de ser mantido em qualquer economia mundial, esta retomada de rumo envolve práticas de mudanças nos indicadores de saúde e cidadania com qualidade técnica e humanização no atendimento.

O que mais levou SJC a adotar o novo modelo?

A falta de qualidade do modelo antigo. Cansamos de escutar quei-



Nos anos 90, SJC investiu numa retaguarda hospitalar e ambulatorial para dar apoio às UBS e ao sistema preventivo do PSF

xas dos pacientes, tais como: "Isso pode me curar? O médico não me examinou, não me tocou, apenas pediu exames e prescreveu estes remédios, sem a menor preocupação de serem fornecidos gratuitos ou não na Unidade Básica de Saúde (postos), e eu não tive tempo de falar que não tenho dinheiro para comprar". Além de fatos como este, consecutivas faltas dos profissionais, desmotivados e cansados de sozinhos pagarem alto ao sistema falho.

O que o sr., como secretário de saúde, falou para estes profissionais?

Insisti com eles que é preciso mudar. Precisamos ter a ousadia de mudar, alternarmos esta diretriz de excessos de exames desnecessários, falta de consulta, fila da baixa produtividade, de gastos improdutivos sem que a população entenda o que falta para um atendimento eficiente. Todos gritam, todos têm suas razões, mas não adianta só trocar nomes ou siglas. Ninguém, sem apoio popular dos cidadãos que compõem nossa sociedade, pode mudar este destino de insucesso. É preciso coragem, determinação política de intervir contra os enormes interesses privados que sugam todos os recursos da saúde pública no país.

Que mudança o sr. enfatizaria no novo modelo?

É preciso trocarmos a "receita fria de papel", onde o profissional de saúde limita sua responsabilidade social às quatro paredes do consultório, por uma "receita humana", com alma, onde exige-se dos profissionais conhecimentos de psicologia, sociologia humana, além dos de Saúde. Assim veremos a vitória do humanismo contra o tecnologismo da Tomografia, da Cintilografia e da Ressonância Magnética.

Qual a estratégia para o desenvolvimento do PSF em SJC?

Além de adotarmos o trabalho dos ACS e a criação dos grupos de PSF, propomos a criação de policlínicas regionais onde o especialista estará próximo da população na sua região, atendendo os casos secundários. Para o nível terciário de atenção já temos o Hospital Municipal (HM) equipadíssimo de profissionais competentes e aparelhos. É necessário que a população entenda que não adiantam críticas pontuais a este modelo assistencialista, que por mais que faça existirá sempre alguém reclamando de um exame de urina que não foi feito ou uma consulta que atrasou. Não devemos nos iludir com soluções paliativas mas, lutarmos por uma melhoria definitiva com a troca do modelo. Faz-se necessário saber

que Saúde não é ausência de doença, ao algo que a "receita fria de papel" vai oferecer, saúde na verdade, e o bem estar físico e mental oferecido na "consulta com alma", no toque amigo do médico, no atendimento humanizado.

Uma mensagem para os cidadãos de São José dos Campos?

É hora da comunidade assumir o papel de gestor da saúde, pois quem faz a sua saúde é você mesmo. Apesar dos golpes e contragolpes sofridos estamos caminhando na construção e consolidação do SUS graças aos esforços e fé de abnegados dos CGU's, COMUS e pela garra e competência dos servidores da saúde, que não permitem que as críticas al-

gozes destruam o sistema que, não é perfeito, é o atual e é o que funciona. Concordo e apóio o SUS, antes da mudança. Aos políticos solicito ética, que não coloquem cavaletes eleitorais para a combatida Saúde Pública. Mesmo na raça o time da Saúde sempre vence. A chave desta porta, que só se abre por dentro, é a vontade política de quem administra.

Saúde 2001 em São José dos Campos

Antonio Celso Escada (*)

O avanço tecnológico neste final de século trouxe novas perspectivas para o atendimento às necessidades de saúde da população. No entanto, os usuários de serviços de saúde já perceberam que saúde não é só o avanço tecnológico, há alternativas que podem atuar na proteção e recuperação da saúde da comunidade.

Hoje, as associações comunitárias exercem influência sobre a política de saúde dos municípios e detêm conhecimentos e informações importantes no que se refere ao uso dos recursos públicos na prevenção das doenças. A comunidade, hoje, sabe que há correlação entre a deficiência de saneamento básico e doenças de veiculação hídrica e pressiona o poder público para obter este benefício.

Outra reivindicação da comunidade através das associações de moradores, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que permitem atendimento médico próximo a residência dos usuários. Essas UBS constituem uma rede interligada entre si, com unidades especializadas, hospitais de retaguarda e de referência para internações de rotina ou emergência, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este conjunto de serviços básicos está instalado em São José dos Campos desde o final da década de 70 e vem sendo ampliado de acordo com as exigências do momento. O atendimento às necessidades do sistema de saúde de São José dos Campos é composto por dois tipos de serviços que são priorizados conforme as exigências da demanda.



1. Atendimento integral com prioridades para as ações preventivas, sem descuidar dos aspectos curativos que se apresentarem no decorrer dos programas preventivos desenvolvidos nas UBS.

2. Atendimento assistencial com prioridade para ações curativas que se desenvolvem em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ambulatórios, hospitais e pronto-socorro.

Os principais programas preventivos dirigem-se para a área de saúde materna, saúde da criança, saúde do adulto, com ênfase à prevenção e tratamento de diabéticos, hipertensos e suas conseqüências, além do encaminhamento de pacientes para tratamento especializado como cardiologia, pneumologia, urologia (próstata) e prevenção do câncer em geral.

Outros programas educativos e curativos, além da prevenção das doenças transmissíveis, desenvolvem-se nas UBS, fornecendo importantes informações para a Vigilância Epidemiológica Sanitária definindo o perfil médico sanitário do município.

As prioridades do sistema municipal de saúde nos anos 80 e início da década de 90 se voltaram para as ações preventivas, mas na atual

gestão municipal as prioridades se voltaram para as ações curativas, visando construir uma eficiente retaguarda hospitalar e ambulatorial especializada de apoio as UBS.

A participação da comunidade se faz presente em todo o sistema, seja através dos Conselhos de Gestão (CGU), seja através do

Conselho Municipal de Saúde (CMS) onde se define a política municipal de saúde e na elaboração das prioridades. Finalizando, hoje observamos que há pontos de estrangulamento na rede municipal de saúde de São José dos Campos, mas nada que não possa ser resolvido a médio prazo.

Em 1994 o Ministério da Saúde criou o programa "Saúde da Família", cujo propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde, visando substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família. O atendimento é prestado nas UBS ou no domicílio pela equipe composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

A implantação desse programa em São José dos Campos eliminará os congestionamentos nas UBS e poderá resolver 85% dos problemas de saúde em sua área de abrangência, evitando internações desnecessárias, prevenindo doenças e desafogando as unidades de pronto-socorro.

(*) Médico Sanitarista e professor de medicina social. Artigo extraído do jornal Valeparaibano (agosto/2000).

ABQV consolida eventos regionais e colhe frutos do 2º Congresso Internacional



Temas sobre a qualidade de vida da família destacaram-se no 2º Congresso

Flávio Próspero (*)

Com grande alegria pudemos testemunhar eventos de grande profundidade de conteúdo por ocasião das jornadas regionais de Curitiba e Brasília e por ocasião do lançamento da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV) no Rio Grande do Norte.

Em Curitiba, dois dias da Jornada Paranaense de Qualidade de Vida nos dias 14 e 15 de agosto de 2000, reviraram as mentes com conteúdos precisos e propostas inteligentes para maior qualidade de vida dos sócios da ABQV Paraná e seus convidados atingindo uma presença de 200 participantes.

A presidente Neiva Melamed apresentou o perfil da ABQV e definiu os próximos passos. Na jornada pudemos ouvir experiências gratificantes de trabalhos avançados como os de Papéis Pisa e da experiência bem sucedida no Porto de Paranaguá envolvendo a comunidade e as crianças em belo trabalho ecológico denominado Movimento Porto Limpo/Cidade em Ação. Acreditamos que exemplos concretos de propostas sérias na área com resultados positivos sempre despertam interesse e servem de referência e de incentivo para outras organizações se motivarem a desenvolver programas de qualidade de vida e de promoção de saúde, uma vez que esses exemplos demonstram a aceitação de todos e a firme disposição de mudar o estilo de vida e padrões ultrapassados de viver.

Em Brasília, a Jornada Brasileira de Qualidade de Vida, em clima de primavera, cativou seus mais de 200 participantes com exposições de grande profundidade e com vivências animadas. Qualidade de Vida é um investimento para as organizações? Perguntas como essa ocasionaram respostas

completas para empresas e outras instituições bem como respostas individuais. Nos dias 20 e 21 de setembro de 2000, Brasília viveu novo impulso da ABQV local criando fôlego para eventos posteriores e ratificando seu pioneirismo e sua motivação, sempre demonstrados pela batuta da presidente Elizabete Garcia Campos.

Em Natal, para grata surpresa, pudemos assistir a partida entusiasmada da ABQV Rio Grande do Norte, em 25 de agosto de 2000, com mais de cem pessoas interessadas em Qualidade de Vida tanto de empresas quanto de outras instituições como a Universidade Federal e profissionais do mercado. Nasceu uma jovem e vigorosa regional que já realizou dois eventos locais e muito promete como referência no Nordeste brasileiro, sob a liderança de Marcus Sólón e de José Arimatés.

Nessa maravilhosa esteira de entusiasmo está nascendo a ABQV Rio Grande do Sul com a direção de Clotilde Tonial, que deve realizar seu evento de partida brevemente.

Não é por acaso, portanto, a re-tumbante repercussão do 2º Congresso Internacional da Associação Brasileira de Qualidade de Vida, realizado em São Paulo, de 1 a 4 de outubro passado.

Com uma cerimônia de abertura, envolvente e dinâmica, pudemos ouvir uma verdadeira previsão do futuro e da evolução do homem pronunciada pelo professor dr. Silvano

Raia, cujo texto é verdadeiro documento referencial para a atual geração de profissionais do ramo, assim como, para os amantes da ciência e do conhecimento.

Dois pré-congressos comandados pelo dr. Ricardo De Marchi e pelo engenheiro Flávio Próspero, puderam debater aspectos técnicos, econômicos e de desenvolvimento humano e social utilizando a metodologia de qualidade de vida como instrumento de resgate da sociedade brasileira. Foi um verdadeiro processo de aquecimento para o congresso propriamente dito, que iniciou-se com a colaboração do amigo e experiente professor Robert Karch, da American University. Seguiram-se temas e relatos de sucesso interno, como as exposições da Nestlé, HP e Pão de Açúcar. Temas de evolução da qualidade de vida na empresa e na família arrancaram aplausos de pé.

As regionais da ABQV tiveram um espaço para exposição de suas atividades e foram responsáveis por uma palestra de sua especialidade.

Na sessão plenária final, pudemos presenciar um mágico efeito de fé no futuro de São Paulo, desenvolvendo um sistema de inclusão baseado em qualidade de vida para tornar esta megacidade mais humana e viável. Acreditamos que só uma parceria do setor público com o setor privado tem condição de operacionalizar os instrumentos de inclusão e com isso recuperar e resgatar o papel de liderança e de exemplo de construção de uma sociedade mais justa, equânime e multiplicadora de esperanças. Assim como só com solidariedade e profunda identidade de sonhos se constrói um povo feliz, só na liberdade e no pleno exercício da democracia se constrói um país com progresso e com desenvolvimento econômico e social.

A ABQV espera que cada membro, ao fazer a sua parte, contribua com o desenvolvimento e alavanque um processo contínuo de participação e de crescimento, não só de sua pessoa, mas de todos, com a qualidade de vida devida.

(*) Presidente da ABQV



Recomendações para a Promoção de Programas de Atividade Física

Algumas das recomendações sugeridas pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Centro para Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, para programas da escola e da comunidade para a promoção da atividade física:

1. Políticas: Estabelecer políticas de promoção da saúde através da atividade física ao longo da vida, utilizando como estratégia principal o estabelecimento de parcerias com entidades governamentais e não governamentais.

2. Ambiente: Fornecer ambientes físicos e sociais que encorajem e habilitem de forma segura e agradável a prática da atividade física.

3. Currículo escolar, educação em saúde e equipes de saúde e ou qualidade de vida: Implementar no currículo de diversas disciplinas e enfatizar na instrução uma participação agradável em atividades físicas e ajudar a população a desenvolver conhecimentos, atitudes, habilidades motoras, comportamentos e a confiança necessária para a adoção e manutenção de um estilo de vida ativo.

4. Atividades extra-curriculares: Fornecer programas de atividade física extra-curricular de interesse e necessidade de todos os envolvidos.

5. Envolvimento da família: Incluir familiares (pais, tutores ou parentes) em orientações e em programas de atividade física extra-curriculares e comunitários, bem como encorajar e dar suporte para a participação em atividades físicas prazerosas.

6. Treinamento de recursos humanos: Fornecer treinamento para profissionais ligados a educação, saúde, esportes, lazer, líderes comunitários da comunidade em geral, bem como oferecer conhecimento e habilidades para a promoção eficaz da prática de atividade física para toda a vida.

7. Serviços de saúde: Avaliar os níveis de atividade física, aconselhar sobre a prática de atividade física, listar programas adequados de atividade física, defender a orientação e programas de atividade física para a comunidade.

8. Programas comunitários: Organizar e desenvolver programas atrativos de esporte, lazer ou atividade física para toda a comunidade.

9. Avaliação: Avaliar regularmente os conhecimentos, atitudes, habilidades motoras, comportamentos e as facilidades para a adoção e manutenção de um estilo de vida ativo durante a vida toda.

Formas de Colaborar e Promover Ações do Programa Agita São Paulo na População

1. Contato com a coordenação do programa: Entrar em contato com a coordenação geral do programa para esclarecer dúvidas sobre os objetivos e a mensagem de programa e solicitar o material audiovisual necessário para a apresentação na comunidade.

2. Apoios para implementação do programa: Contatar entidades governamentais e não governamentais na busca de apoio para o desenvolvimento do programa. Identificar as redes de divulgação que podem ajudar na apresentação do pro-

grama como: Postos de Saúde, Delegacias de Ensino, SESC, SESI, Centros de Maioridade (Terceira Idade), Lions Club, Rotary Clube, Associação Amigos de Bairro, Instituições Religiosas, empresas, escolas públicas e particulares

3. Formação de Recursos Humanos: Organização de jornadas de formação e informação para líderes comunitários, profissionais da área da Educação Física, Nutrição, Saúde, Psicologia e/ou entidades apresentando os benefícios da atividade física os objetivos, as estratégias e as recomendações do programa.

4. Reprodução e distribuição do material: Imprimir e/ou xerocar o material gráfico do programa e distribuir dentro das lideranças da comunidade e nos locais alvo (escolas, empresas e centro da terceira idade).

5. Eventos: Organizar eventos na comunidade que envolvam grandes grupos e que contribuam para a difusão dos objetivos do programa como: Dia da Comunidade Ativa, Dia da Criança Ativa, Dia do Trabalhador Ativo, Dia do Idoso Ativo.



III SEMINÁRIO INTERESTADUAL E INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: "QUALIDADE DE VIDA"

Realização

O III Seminário vai acontecer no Centro de Convenções do Hotel Gávea, em Taubaté (SP). O endereço do hotel é Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 380, telefone (0xx12) 233-5966 Fax: (0xx12) 232-5188. O local proporciona espaço para cerca de 250 participantes. O seminário acontece de 22 a 24 de novembro de 2000.

Hospedagem e alimentação

O Hotel Gávea oferece descontos especiais para os participantes que queiram lá se hospedar:

Preço da diária:

Apartamento single: diária com café da manhã e jantar - R\$ 68,60.

Apartamentos duplos ou triplos: diária com café da manhã e jantar - R\$ 50,00.

O mesmo hotel oferece almoço simples a um preço de R\$ 6,00 por

refeição. Além disto, o restaurante do hotel serve refeições à la carte.

Reservas diretamente com a gerência do Hotel, através do telefone: (0xx12) 233-5966.

Havendo excesso de demanda, a gerência do próprio Hotel Gávea indicará mais dois ou três hotéis alternativos para os interessados.

Para os Agentes Comunitários de Saúde, a coordenação do evento está providenciando alojamentos gratuitos.

Transporte

Ônibus para Taubaté: Terminal Tietê em São Paulo - Empresa de Ônibus Pássaro Marron (saídas de hora em hora). Fone: (0xx11) 6221-0244.

As inscrições para o seminário devem ser feitas diretamente no Instituto de Estudos Monteiro Lobato: Fone: (0xx12) 232-0537; Fone/Fax

(0xx12) 233-5317 (Horário comercial).

Organização

Instituto de Estudos Monteiro Lobato, Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Taubaté e Logos - Pró Saúde.

Apoio

Associação Brasileira de Qualidade de Vida - ABQV, Associação de Vereadores do Estado de São Paulo - UVESP, Organização Panamericana de Saúde - OPAS -OPS, Universidade de Taubaté - UNITAU, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Agita São Paulo) e Ministério da Saúde.

Inscrições

Instituto de Estudos Monteiro Lobato - IEML

Fone: (0xx12) 232-0537

Fone/Fax : (0xx12) 233-5317

FICHA DE INSCRIÇÃO - III SEMINÁRIO DE APS: "QUALIDADE DE VIDA"

Nome _____ RG _____
 CPF _____ End. Com _____
 CEP _____ Tel _____ Fax _____ Cidade _____ UF _____
 End. Resid. _____ CEP _____ UF _____
 Tel _____ Nome para constar no crachá _____

As inscrições para o **III Seminário** deverão ser feitas através de depósito bancário feitos em cada cidade, em nome de **Instituto de Estudos Monteiro Lobato** (IEML), Banco do Brasil, agência 0076-0, conta corrente 28523-4. Enviar, via fax, o comprovante de pagamento e a ficha de inscrição para o número (12) 233-5317. Efetue o valor de R\$ _____ correspondente à taxa de inscrição.

Assine SAÚDE COMUNITÁRIA

A informação sobre saúde é um direito fundamental de todos

Os custos das assinaturas obedecem a seguinte tabela:

1. Para 1 exemplar - R\$ 2,00 cada exemplar;
2. Entre 2 e 9 exemplares - R\$ 1,50 cada exemplar;
3. Entre 10 e 50 exemplares - R\$ 1,00 cada exemplar;
4. Acima de 50 exemplares - R\$ 0,80 cada exemplar.

Nos casos 3 e 4 os pagamentos poderão ser efetuados em até duas vezes. O contrato de assinatura corresponde a doze ou a seis edições.

COMO FAZER A CONTA?

Uma assinatura individual custa R\$ 24,00 por 12 edições. A partir daí, basta consultar a tabela acima e multiplicar as quantidades de exemplares pelos valores, para saber o valor da assinatura.

FICHA CADASTRAL (preencha e envie para o IEML)

Nome: _____
 Contato(entidade/município): _____
 End. remessa: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Fone: () _____ Fax () _____ e-mail: _____
 CGC/CIC: _____ Nº exemplares _____
 Forma pagamento: _____ Valor assinatura: _____
 Data provável de pagamento _____

ASSINATURAS: Caixa Postal 337 - CEP 12010-970 - Taubaté (SP)
 Tel/Fax (12) 233.5317 - e-mail: iemltau@infocad.com.br