



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE • QUALIDADE DE VIDA

Médicos da revolução sanitária

Livro conta como a saúde virou prioridade

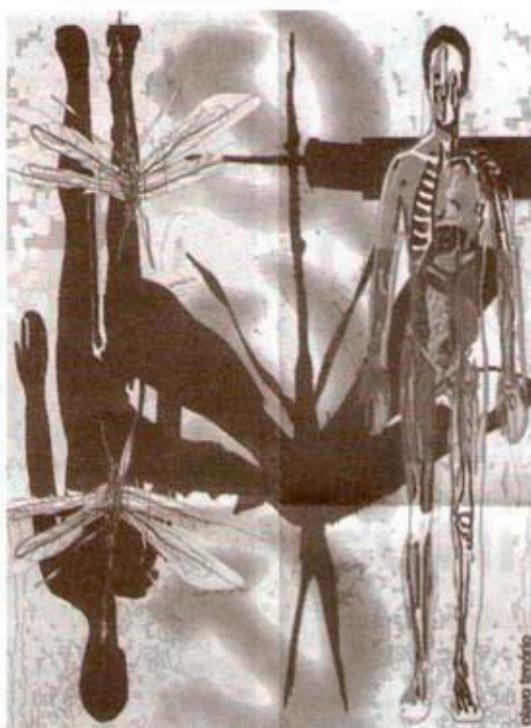
Ao longo das primeiras décadas do século passado, o sanitário de campanha, autoritário e centralizador, não conseguiu erradicar doenças como a febre amarela e a tuberculose. O Brasil era lembrado no exterior como um país selvagem devorado por epidemias.

Apenas o esforço de Oswaldo Cruz para combater as doenças contagiosas que assolavam o Rio de Janeiro e o primeiro curso de higiene e saúde pública, em 1925, merecem destaque desse período.

Até os anos 50, defender a ideia de que a saúde precisava ser vista também no conjunto social era uma blasfêmia. Saúde, pensava o senso comum, era um assunto médico, só tratado por médicos.

Tudo isso passaria a fazer parte do passado quando o destino cruzou os caminhos dos médicos Mário Magalhães da Silveira, Adão Pereira Nunes e Valério Konder a partir da década de 30.

Idealistas, simpatizantes ou militantes do Partido Comunista, eles sonhavam em transformar o país pela saúde e educação. Simultaneamente, destacaram-se à frente do controle da tuberculose, das campanhas de erradicação da malária e da febre amarela e da organização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Pública. É essa história de des-



bravamento e idealismo que está sendo contada no indispensável "Saúde Pública — Utopia de Brasil", de Sarah Escorel (Relume Dumará, 172 págs.).

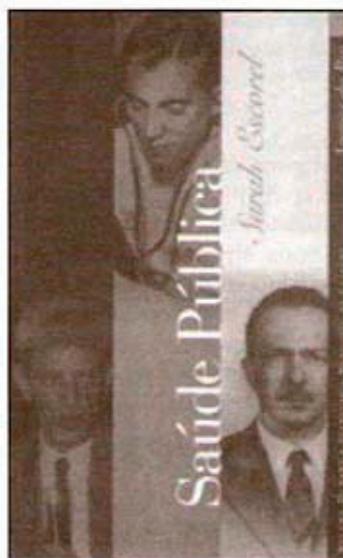
O livro conta a história dos três sanitários, ao mesmo tempo

que mostra o quanto a saúde foi uma questão secundária ao longo da história do país. Somente em 1930, por exemplo, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde. Eram os tempos pós-Revolução de 30, de expansão econômica e crescimento urbano, comandados por um estado centralizador e intervencionista. Somente nesse momento o Estado passou a incorporar a saúde ao seu programa de política social. Mesmo assim, por muito tempo, o assunto ocupou um espaço subalterno no Departamento Nacional de Saúde, ligado ao ministério.

Os três sanitários representaram o novo profissional médico, com formação em saúde pública e higiene, diferente da especialização clínica em áreas médicas e que passaram a competir no terreno político. Enquanto defendiam a saúde nacional, eles conheciam todo o território brasileiro. Assim, não só atuaram na formulação de políticas para o setor como foram agentes de implementação dessas políticas.

A história dos sanitários revela uma faceta pouco contada sobre a polarização política brasileira que se seguiu ao movimento de 1930 e da própria esquerda brasileira: o papel desempenhado por médicos ligados ao

PC. Bem escrito e cuidadosamente pesquisado, o livro de Sarah Escorel é um convite a que biografias mais extensas dos três médicos venham a ser escritas. A história da saúde pública no país merece.



Capa do livro "Saúde Pública — Utopia de Brasil", de Sarah Escorel (Ed. Relume Dumará, 172 págs., R\$ 18)

Editorial

Estamos redigindo este editorial sob forte tensão emocional num momento extremamente conturbado e preocupante no plano internacional. Sensíveis a tais problemas conjunturais, não poderíamos deixar de fazer algumas ponderações sobre o que vem ocorrendo no mundo, com sérias repercussões no plano nacional.

Em princípio, somos contrários a qualquer tipo de violência; e também entusiastas defensores da causa pacifista. Por outro lado, tanto nosso Instituto de Estudos Monteiro Lobato, do qual sou coordenador geral, quanto eu particularmente, temos nossas vidas pautadas pela luta contra as injustiças e desigualdades sociais.

É lamentável o que ocorreu nos EUA no último dia 11 de setembro, com todas as ações violentas que resultaram na perda de milhares de vidas humanas. Isso é obviamente muito tris-

te. Porém, é importante observar que tais ações tiveram também um alcance político indiscutível e que o fato de que foram executadas por homens que se dispuseram a dar suas vidas por uma causa, ideológica e religiosa, também tem que ser devidamente analisado.

A violência vem sendo praticada pelas potências mundiais desde muito tempo. A escravidão do negro africano e as atrocidades cometidas pelas potências coloniais durante muitos séculos, em quase todos os continentes, mas principalmente na África, são crimes vergonhosos. Mais recentemente poderíamos citar os bombardeios a Hiroshima e Nagasaki, o lançamento de bombas Napalm no Vietnã, os bombardeios na Guerra do Golfo e o atual ataque ao Afeganistão.

Pode-se afirmar, ainda, que a exploração econômica dos países do chamado Terceiro Mundo pelos países mais desenvolvidos é o principal fator responsável pela miséria e marginalidade pre-

dominantes naquelas nações, responsáveis, por sua vez, pelas altas taxas de mortalidade infantil e exclusão social.

Levando-se tudo isso em consideração, esperamos que o momento seja oportuno para uma profunda reflexão, e que esta transforme-se em alterações nas políticas econômicas e ações das potências mundiais relativas ao Terceiro Mundo. Infelizmente, parece ser que nada disto está ocorrendo e que nosso desejo é quase utópico. Pelo jeito, tudo vai continuar como antes pois a poderosa máquina que controla a mídia nas potências mundiais aposta na linha da violência e do revanchismo cego e egoísta. Ainda temos uma última esperança que existam nos países poderosos pessoas sensíveis e capazes de mudar o rumo das coisas. Assim, algo de positivo pode acontecer.

Rubens Mattos Pereira

EXPEDIENTE

INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO

Caixa Postal 337, Taubaté (SP)
CEP 12010-970 - Tel/Fax (12) 233-5317

R. Pedro Alvarenga, 1245 - sl 101
Itaim Bibi - São Paulo (SP)
CEP 04531-012 - Tel (11) 3079-3056

iemltau@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.

Comitê Editorial: Douglas Andrade (*Agita São Paulo*), Flávio Próspero (*Logos Pró Saúde*), Jorge Galperin (*Univ. Buenos Aires*), Nelson Arns Neumann (*Past. Criança*), Sandra Cristina Lemes.

Diretoria do IEML: Prof. Celson Ferrari (presidente), Engº Dan Guinsburg (vice) e Eduardo Parodi Pereira (diretor adm.)

Instituições de apoio: 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.

Contatos no exterior: Dr. Jorge Galperin - Cabello 3901, piso 1 - 1426 - Buenos Aires (Argentina) - Tel/Fax (00541) 801-4048.

As matérias assinadas não representam, necessariamente, a opinião do boletim.

Morte de fumante ajuda economia, diz Philip Morris

A Philip Morris, gigante americana da indústria do tabaco, distribuiu em meados de julho um relatório no qual ressalta os benefícios econômicos do cigarro para as finanças públicas da República Tcheca. A conclusão é que os fumantes morrem mais cedo e ajudam a reduzir os gastos em saúde no país.

A pesquisa foi encomendada à empresa de consultoria Arthur D. Little International e divulgada pelo jornal econômico "The Wall Street Journal".

Apesar de relatar o "impacto positivo" do cigarro nas finanças de um país — incluindo os ganhos obtidos pela arrecadação de impostos e pela "economia de gastos na área de saúde pela mortalidade precoce" —, a Philip Morris "não pretende apresentar o tabagismo de forma positiva" às pessoas ou aos governos.

A morte precoce de fumantes na República Tcheca, segundo o relatório, ajudou o governo a economizar de US\$ 23,8 bilhões a US\$ 30,1 bilhões em gastos na área da saúde, em cuidados geriátricos e no sistema de pensão e previdenciário no ano de 1999.

O relatório também considera o que

se deixa de arrecadar quando os fumantes morrem. Pesando os custos e os benefícios do cigarro, a pesquisa conclui que, em 1999, o governo tcheco teve um ganho líquido de US\$ 147,1 milhões, graças aos fumantes.

Para o porta-voz da divisão internacional da Philip Morris em Rye Brook, Nova York, Robert Kaplan, o novo relatório é "nada mais, nada menos que um estudo de impacto econômico". Diz ele: "Nós não estamos sugerindo que haja um benefício para a sociedade a partir das doenças relacionados ao fumo."

A Philip Morris produz cerca de 80% dos cigarros na República Tcheca, onde 46% da população de um total de 10 milhões são fumantes. Eva Kralikova, médica na Universidade de Charles, em Praga, diz que o relatório "subestimou" os gastos usados para o tratamento de fumantes.

Segundo Kralikova, o câncer de pulmão e outras doenças causadas pelo cigarro são responsáveis por cerca de 20% das mortes no país, matando 23 mil pessoas anualmente.

Folha de S.Paulo, 17/07/2001

Comentário do Saúde Comunitária

Até que ponto pode chegar a ganância do Sistema Capitalista mundial? Apesar de que a Philip Morris tentou de explicar e amenizar o texto

acima, que foi amplamente divulgado, a realidade nua e crua é que, por incrível que possa ser, o estudo foi feito e chegou ao domínio público.

A exclusão: um fenômeno de muitas faces

Formalmente, a luta contra uma exclusão que ganha terreno cada dia mais, se converteu em uma prioridade oficial do governos. Prova disso é a Conferência de Copenhague, que versou principalmente sobre este tema. Sem dúvida, a realidade que abrange o termo, cada vez mais utilizado para substituir o de pobreza, vem sendo difundida. Transcendendo a simples terminologia, os participantes do Colóquio de Roskilde pretende-

ram determinar do que se falava, para poder esboçar soluções que não tratassem tecnicamente os sintomas, mas que abordassem principalmente as causas do fenômeno.

Publicamos alguns conceitos para reflexão extraídos do Documento "De la Exclusion Social a la Cohesion Social", de Sophie Bessis, síntese do Colóquio de Roskilde, realizado no período de 2 a 4 de março de 1995. Publicação conjunta da Gestão das

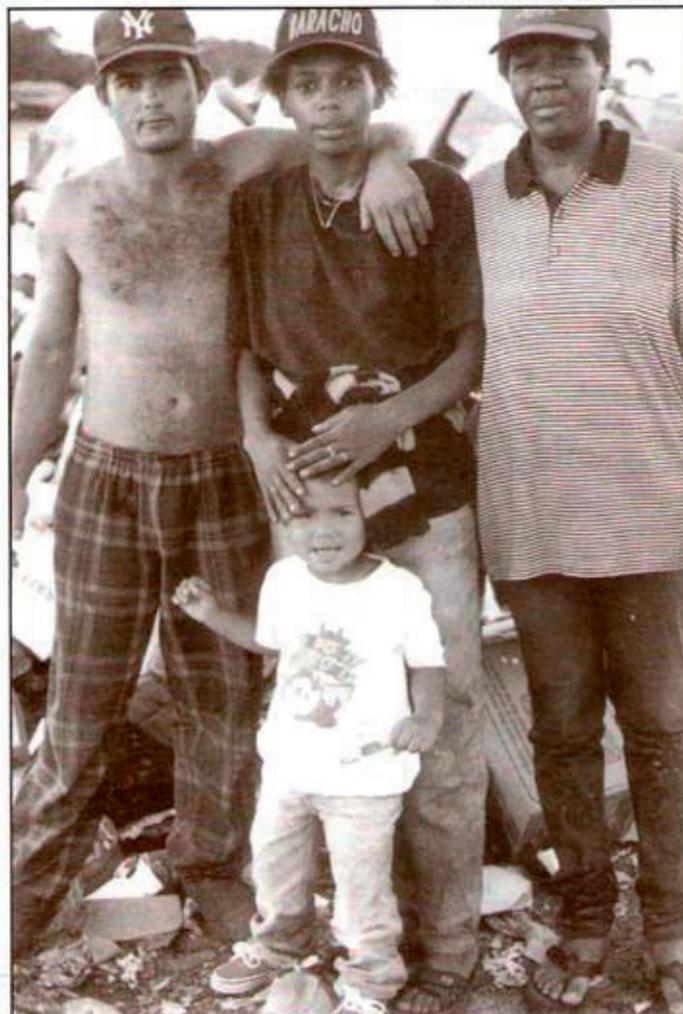
Transformações Sociais (MOST-Unesco); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura; Instituto Internacional de Estudos Sociais (OIT); Comissão das Comunidades Europeias - DG XII Ciência, Pesquisa e Desenvolvimento; Instituto Francês de Investigação Científica para o Desenvolvimento em Cooperação (ORSTOM); Universidade de Roskilde, Departamento de Meio Ambiente, Tecnologia e Estudos Sociais.

Que é exclusão? A quem se exclui e de quê? Como se diferencia da noção de pobreza?

A exclusão traz em si um problema de distribuição da riqueza ou uma falta da relação? Estas são algumas das questões que devem ser respondidas antes de se abordar a maneira de remediar este mal, no contexto mundial atual.

Seria necessário constatar, inicialmente, como fizeram Ajit Bhalla e Frederic Lapeyre (1) que a exclusão social (noção explorada pela sociologia, entretanto a pobreza faça parte do terreno dos economistas) é um conceito que nasceu na Europa em função do aumento vertiginoso do número de pobres, que naquele continente passou de 38 milhões em 1975 para 53 milhões em 1992. Embora internacionalizado, o conceito abrange realidades muito diferentes.

Bhalla e Lapeyre determinam três dimensões principais da exclusão. A dimensão econômica é diretamente produtora de pobreza; os excluídos são, em princípio, os desempregados, os rejeitados do mercado de trabalho, que se



Luis Antônio de Souza, 26 anos, sua esposa Flávia Helena da Silva, 23 anos, e sua sogra Janete Helena da Silva, 43 anos, sobrevivem recolhendo materiais recicláveis no lixão municipal de Guaratinguetá (SP), em especial o papelão. No final da tarde, junta-se ao grupo o pequeno Miron, de 3 anos. Com o trabalho, eles conseguem ganhar "quase R\$ 250 por mês", segundo o chefe da família. "Ninguém gosta de catar lixo, mas não conseguimos emprego em nenhum lugar, por isso viemos para cá". Situação revela um grave problema social brasileiro

encontram em geral, privados de recursos regulares. Fora da esfera dos assalariados, os excluídos economicamente são as pessoas ou os grupos privados do acesso a ativos, como a terra e o crédito.

A exclusão é além disso social. O desemprego não priva somente de recursos, mas também despoja o desempregado de sua condição social e nega toda a vivência na sociedade, o que na maioria dos casos está diretamente ligado ao exercício do emprego. O indivíduo pode perder o sentimento de sua dignidade humana. Segundo Jacques Charmes (2), a exclusão é a perda do vínculo social que leva ao rompimento das relações sociais, o que ocorre cada vez com maior frequência e leva a reconstrução de laços outros de solidariedade (redes integristas ou mafiosas).

Os pesquisadores da ORSTOM destacam que a perda das relações sociais aparece nas sociedades africanas como uma calamidade, pior ainda que a diminuição ou perda financeira. Por último, a exclusão passa a apresentar um caráter político quando algumas categorias de população: mulheres, minorias étnicas ou re-

Alexandre Alves/Saúde Comunitária



O desemprego e o subemprego são fenômenos mundiais, que tomam proporções ainda maiores nos países do chamado Terceiro Mundo

ligiosas, migrantes, etc., se vêem privadas total ou parcialmente de seus direitos humanos e políticos.

Segundo as distintas escolas de pesquisadores sociais, estas três dimensões apresentam diversas modalidades. Populações, grupos e pessoas se vêem afastados da esfera produtiva porque ao serem privados de educação e saúde, se lhes exclui o meio que dava acesso a esse circuito. Setores inteiros da população são excluídos do gozo da cidadania efetiva e da participação nos círculos em que são tomadas as decisões.

Trevor Hancock (3) atribui à exclusão uma quarta dimensão: a temporal. Ao comprometer a sobrevivência das gerações futuras, o modo de desenvolvimento não sustentado, os exclui do benefício de um desenvolvimento possível. Assim, segundo Hancock, a lógica econômica dominante prepara as exclusões do amanhã, por ser hoje a produtora de exclusão.

O termo seria também pertinente nas formações sociais em que a maioria da população está constituída por aqueles que no Norte, se denominam excluídos?

Mahdi Elmandyra (4) questiona como abordar a questão da exclusão quando é uma minoria que dita a regra social. Nesse caso, como falar sensatamente da maioria da popula-

ção, como de uma categoria excluída? Não seria melhor colocar a questão da inclusão das minorias que vivem segundo o modo ocidental, dentro de sua sociedade? Supondo-se que o termo seja pertinente em todas as partes, a exclusão refere-se muito mais à integração e inserção, do que à pobreza no sentido restrito.

Ainda que com frequência exclusão e pobreza coincidam, os termos não são sinônimos e portanto o termo pobreza também exige uma melhor definição.

Tipos de Pobreza

Também a pobreza é uma noção complexa. Já de início é a consequência de uma insuficiência de recursos que impede aos pobres satisfazer suas necessidades essenciais e os priva do acesso a certos serviços, como saúde e educação. Está, portanto, intimamente ligada à situação do mercado de trabalho, como lembram Figueiredo, Lachaud e Rodgers (4). Não obstante, deve-se distinguir dois tipos de pobreza ligada ao trabalho: a que se deve a uma exploração dentro do mercado de trabalho (a classe de emprego ocupado e os recursos que gera), e a que está ligada à exclusão desse mercado, ou seja, ao desemprego declarado ou não.

A pobreza é fator de exclusão,

porém não necessariamente, como supõe a ORSTOM, lembrando que em muitos países do Sul "os pobres permanecem dentro dos círculos familiares e extrafamiliares de proteção social e assistência mútua" e que "essa inserção produz integração e não exclusão". Além disso, a ruptura da solidariedade comunitária e familiar, é em muitos países, uma das causas importantes para se aproximar do que se convencionou denominar umbral de pobreza.

Tal é o caso nos EUA, em numerosos países da América Latina e o de Magreb, onde as famílias monoparentais, cuja cabeça é uma mulher, formam parte das mais pobres. A pobreza é também consequência de uma série de exclusões de tipo político e social. As diferentes modalidades de discriminação unidas ao fato de pertencer a um determinado sexo ou uma maioria, aumentam os riscos de pobreza do grupo marginalizado.

Por último, a pobreza se refere a uma série de noções que são também de caráter subjetivo, como a necessidade, a desigualdade ou a privação, que não podem ser avaliados unicamente em termos materiais, segundo Bhalla e Lapeyre.

Assim, a percepção social da pobreza não é a mesma em uma sociedade pobre e em uma sociedade rica. Seria então possível determinar a pobreza pela definição de um rendimento mínimo sem o qual uma pessoa formaria parte de uma população pobre? Se a análise de pobreza e as políticas destinadas a erradicá-la se baseiam em algumas evidências, como os estreitos vínculos que mantém com o nível de rendimento, com o mercado e a natureza do trabalho, também aparece de maneira patente que nem todas as diferentes categorias de pobres tem a necessidade do mesmo tratamento para sair de sua condição.

(1) Bhalla, Ajit. OIT. Instituto Internacional de Estudos Sociais, Genebra, Suíça.

(2) Departamento de Sociedades, Urbanização e Desenvolvimento. ORSTOM. Paris, França.

(3) Assessor de Saúde Pública. Ontário, Canadá.

(4) OIY - Instituto Internacional de Estudos Sociais. Genebra, Suíça

As parteiras da Amazônia

Gesilene Gomes, 27 anos, é de Laranjal do Jari, um pequeno vilarejo no Estado do Amapá. Grávida de nove meses, espera seu quinto filho e quer a ajuda da parteira Maria de Nazaré Ribeiro. Na Amazônia, grande parte das crianças vem ao mundo pelas mãos de parteiras, que vão a lugares onde médico nenhum põe os pés. Existem 850 cadastradas, mas há muito mais que isso floresta adentro.

Maria de Nazaré tinha 13 anos quando puxou a primeira criança. "A gente estava sozinha. Minha irmã me perguntou se sabia fazer. Não sei como nem por que, mas respondi que sim. Acho que na hora Deus me ensinou. Senti o que tinha de fazer e fiz." Na verdade, Maria obteve outros auxílios, como o curso ministrado pelo Projeto Parteiras do Amapá.

"O curso", diz Maria, "me ensinou o que já sabia, nada mais. Para mim, nada é difícil". As sábias mãos de Maria exploram a barriga de Gesilene. "A criança está encaixada, pode sair a qualquer momento, mas será de noite. É homem, lembra o que estou lhe dizendo".

O instinto e o tato são os olhos de uma parteira. Quando a criança chegar às suas mãos, vive seu primeiro contato com o mundo exterior, e ela cuida para que essa experiência seja muito boa.

Maria, no entanto, sabe que Gesilene vai sofrer muito. "As mulheres estão nove meses com um pé na cova", avalia. "A gente tenta facilitar a vida da mãe e da criança, mas nem sempre as coisas vão na direção certa", teme Maria. Para ela, um parto de gêmeos não é problema. "Quando o primeiro sai de cabeça, o outro o segue."

A fé é um elemento forte entre as parteiras: rezam para a criança nascer direitinho. Depois, para agrade-

cer. Tudo roda entre a fé e a ação. É sempre "se Deus quiser". São índias, negras, brancas, mestiças — gente da Amazônia. Sua cultura é muito forte, baseada nas tradições africanas e indígenas, com alguns conhecimentos europeus. Elas têm um saber especial sobre a manipulação do corpo das mulheres, das ervas e outros segredos.

No Amapá, as parteiras fazem seus próprios cadastros de nascimentos, fato ainda não reconhecido pelas autoridades. "Até hoje, na Amazônia, nasce e morre gente sem ser registrada", afirma Janete Capiberibe. Graças ao projeto das parteiras,



"Seu parto vai ser de noite e o bebê será macho", diz a experiente Maria. Ela acertou tudo

o Amapá tem o segundo menor número de casos de mortalidade infantil no Brasil. Esse Estado tem também o menor índice de partos cesarianas no País, onde, para cada dez mil cesáreas, sete mulheres morrem. Em alguns hospitais da periferia de São Paulo, 90% das mulheres passam por essa cirurgia.

Uma parteira segue uma grávida por muito tempo, mesmo depois de o



Gesilene e a parteira Maria de Nazaré: confiança

bebê nascer. É um trabalho duro. Elas andam, remam e cavalgam para chegar até as grávidas, por pouquíssimo dinheiro. "O que recebemos é o sorriso da criança", afirma Marines da Silva. Quando não há nenhum, elas recebem ovos, galinhas e até um sofá, como aconteceu uma vez com Maria.

Chegou a hora de Gesilene. As dores chegaram. A casa da parteira não é longe. Maria estava dormindo. Gesilene se deita na cama. Começa o ritual. O tempo passa, a criança não sai. Mesmo sendo uma mãe experiente, ela tem um pouco de medo, mas o clima é tranquilo. Maria massageia a barriga de Gesilene e prende as pernas da moça com as suas. As dores se intensificam. A placenta se rompe e a criança sai. É macho. Maria tinha razão. A parteira o segura com firmeza, enfia um dedo na pequena boca e o menino chora. A mãe de Gesilene pega a placenta da filha e joga no mato. Maria lava o bebê numa grande bacia de metal. Tudo é a primeira vez. O menino não chora mais. Logo vai para o colo da mãe.

Sorte dele, pois num hospital já os teriam separado. No dia seguinte, Gesilene vai a pé para a casa da mãe, com a criança nos braços. Nas palafitas, as notícias voam. Todos querem ver o filho da buchuda.

É dia. O parto de Gesilene aconteceu durante a noite. Também nisso, Maria tinha razão.

Reportagem extraída da revista Raça Brasil, de janeiro de 2001

FURP quer ampliar produção de remédios até 2002

Até o final de 2002, a Fundação para o Remédio Popular (Furp) quer aumentar em 50% a sua atual produção de medicamentos. A estatal produz 1,8 bilhão de unidades por ano. A expectativa é chegar a 2,7 bilhões.

Estão sendo investidos R\$ 4,3 milhões na ampliação e na reestruturação da fábrica da Furp em Guarulhos (SP), que possui 32.000 m² de área construída. Parceria com o Ministério da Saúde está canalizando R\$ 17 milhões na construção de uma nova fábrica, no terreno de 200.000 m² da Furp.

Criada em abril de 1968, quando foi publicada a Lei que permitiu seu nascimento, a Furp iniciou suas atividades em março de 1974, no centro de São Paulo (capital), onde hoje é a sede da Sucem. Em 1984, ela mudou para o atual endereço, em Guarulhos, na Grande São Paulo.

O que é, o que faz

A Fundação para o Remédio Popular (Furp) é vinculada à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; portanto, é uma estatal do Governo do Estado de São Paulo.

A fundação tem como principal objetivo produzir medicamentos para abastecer a área da saúde pública. "Nossos trabalhos estão vinculados aos programas do Governo do Estado de São Paulo", explica Tuioshi Nanomya, médico sanitário e assessor técnico da Furp. A entidade também fornece medicamentos para outros municípios do Estado de São Paulo e de outros Estados, além de produzir medicamentos para programas estratégicos do Ministério da Saúde, como os da Aids.

Tuioshi Nanomya recebeu a reportagem do **Saúde**



Produção de medicamentos na Furp: estatal amplia e reestrutura sua fábrica para aumentar em 50% a produção de medicamentos com qualidade, que são vendidos a preços baixos

Comunitária para uma entrevista. Leia a seguir.

Saúde Comunitária — A Furp está ampliando sua fábrica atualmente?

Nanomya — Estamos hoje passando por um processo de readequação da fábrica e em construção de uma unidade nova, chamada de fábrica de produtos especiais. Nestes últimos anos, infelizmente, a Furp não recebeu grandes investimentos. Ela foi sendo superada em tecnologia e no processo de produção. Estamos agora fazendo um investimento muito grande e o resultado deste investimento será, até o final de 2002, aumentar em 50% nossa capacidade de produção. O investimento interno imediato é na ordem de R\$ 4,3 milhões. Uma fábrica nova que está sendo construída em parceria com o Ministério da Saúde está na ordem de R\$ 17 milhões. Será uma unidade estrutural separada desta fábrica.

SC — Qual é a capacidade produtiva da Furp?

Nanomya — Produzimos hoje em torno de 1,8 bilhão de unidades por ano. Parte dessa produção está sendo feita fora da Furp, em serviço de beneficiamento (não é terceirização), porque temos obrigações com a vigilância sanitária, que determina que algumas famílias de produtos têm que ser feitos em linha exclusiva. Pegamos nossa ficha técnica, nossa matéria prima, alugamos o local, as máquinas e o pessoal para produzir, para poder atender nossa clientela. Com toda a reestruturação, no final de 2002, estaremos chegando à produção de 2,7 bilhões de unidades/ano.

SC — Como a Furp comercializa seus produtos?

Medicamentos da Furp vão para a saúde pública

Nanomya — Pela Lei que criou a Furp, os nossos medicamentos não podem ser revendidos. Eles não podem estar no comércio, na farmácia comercial. A nossa produção é vendida para instituições públicas e privadas, desde que sejam de utilidade pública. Temos restrições. As privadas podem ser assistenciais médicas e assistenciais sociais. Antes só podíamos vender para assistencial médica, na área da saúde. Houve uma emenda em 2000 que permitiu que pudéssemos vender para serviços privados de caráter social.

SC — A Furp vende a particulares?

Nanomya — Apenas se tiver caráter de utilidade pública. A nossa prioridade é o Sistema Único de Saúde (SUS), e dentro desse contexto a prioridade maior é o SUS do Estado de São Paulo.

SC — A Furp atende todos os municípios do Estado de São Paulo?

Nanomya — Sim. Chegamos a eles através do programa da cesta básica de remédios, chamado Dose Certa. São 41 tipos de medicamentos que distribuímos para todos os municípios do Estado, de acordo com um cronograma pré-estabelecido. Cada município sabe com antecedência quando receberá a reposição do medicamento que consome. Esse é um programa da Secretaria da Saúde do Estado que a Furp operacionaliza. Fora isso, fornecemos através de vendas para todos os municípios que queiram comprar.

SC — Como os compradores interessados fazem contato?

Nanomya — Temos um corpo de representantes. Basicamente, todos os Estados têm representantes nossos. Mas uma boa parcela faz contato direto, através do telefone (11) 601.2233 e fax (11) 601.3630. Implântamos um pedido por via eletrônica, pela Internet, que é mais um facilitador (www.furp.com.br) e também o correio eletrônico furp@furp.com.br.

SC — Qual a sua especialização?

Nanomya — Sou do quadro da Secretaria da Saúde. Sou médico sanitarista. Por acidente de percurso, desde 1980, estou trabalhando na área de medicamentos. Sou quase farmacêutico.

SC — Qual a sua opinião sobre os programas de saúde pública, como o PSF, PACS, etc?

Nanomya — A grande discussão que sempre tivemos com relação a medicamentos — a Furp especialmente —, era que o Estado que tem um laboratório do porte da Furp, se não fizer dele um instrumento para a área da saúde pública, não tem sen-

SC — A Furp fabrica genéricos?

Nanomya — A Furp sempre trabalhou com o nome genérico. Dipirona é nome genérico, por exemplo, que é o nome do produto químico básico da fórmula. Sempre preconizamos que os médicos prescrevessem nome genérico, para tirar um pouco a força das marcas. Com a Lei do Genérico, mudou um pouco isso. Não podemos mais usar o nome genérico, a não ser que o remédio seja genérico. Atualmente, nossos produtos não são genéricos. Para ser genérico tem todo um procedimento que é técnico e administrativo que a Agência Nacional impôs, para poder realmente, do ponto de vista de farmácia comercial, tentar garantir qualidade no produto final. Esse não é o nosso caso. Nossos produtos não estão nas farmácias comerciais, estão nos serviços de saúde pública. Prezamos, por princípio, a questão da qualidade. Qualidade com preços baixos. Nossos preços são muito inferiores aos preços praticados pelo setor privado. Se comparar o preço que vende-se nas farmácias ou até no atacado, nossos preços são bem menores. De 100% à 10 ou 20 vezes mais barato, nesse nível. Os laboratórios que quiserem vender para o setor público terão que concorrer com os nossos preços. Portanto, os laboratórios oficiais acabam desempenhando uma outra função, que é a de reguladora de mercado. Qualquer medicamento que interesse ao setor público e tiver com valor agregado alto, e a gente tiver competência técnica para copiar e começar a produzir, força o preço do mercado para baixo. A Furp e todos os laboratórios oficiais não têm capacidade de produção para atender toda demanda do setor público. Nós não temos hoje capacidade instalada. Mas faz com que os laboratórios privados, que estão complementando, entrem no nível de preço dos laboratórios oficiais. Daí se imagina quanto eles têm de gordura. Eles conseguem chegar aos nossos preços e, por interesses eco-



A Furp distribui uma cesta básica com 41 medicamentos para os municípios através do programa Dose Certa

tido em existir. Foi em função dessa discussão, inclusive, que criou-se a justificativa para a minha vinda para cá. Por coincidência de eu ter uma atuação na área da saúde pública e ter trabalhado muito tempo na área de medicamentos, eu vim assessorar a superintendência, para fazer um pouco essa interface entre a Furp, as secretarias da saúde, outras secretarias de governo, Ministério da Saúde, etc. Tenho uma vivência razoável para ajudar nesse processo. A Furp hoje está totalmente engajada nisso. Qualquer produto novo que entre na Furp está vinculado à alguma necessidade sentida, definida, diagnosticada pelo setor público, principalmente a Secretaria de Saúde de São Paulo. A inclusão e a exclusão de produtos em nossa linhas está vinculada a uma discussão com a Secretaria de Saúde de São Paulo.

zes mais barato, nesse nível. Os laboratórios que quiserem vender para o setor público terão que concorrer com os nossos preços. Portanto, os laboratórios oficiais acabam desempenhando uma outra função, que é a de reguladora de mercado. Qualquer medicamento que interesse ao setor público e tiver com valor agregado alto, e a gente tiver competência técnica para copiar e começar a produzir, força o preço do mercado para baixo. A Furp e todos os laboratórios oficiais não têm capacidade de produção para atender toda demanda do setor público. Nós não temos hoje capacidade instalada. Mas faz com que os laboratórios privados, que estão complementando, entrem no nível de preço dos laboratórios oficiais. Daí se imagina quanto eles têm de gordura. Eles conseguem chegar aos nossos preços e, por interesses eco-

Laboratório oficial regulamente mercado

nômicos, conseguem chegar a preços menores do que os nossos. Mas na farmácia comercial, não se faz essa prática. Imaginem então o lucro que os laboratórios têm. Então, a Furp tem por princípio transformar todos os seus produtos em genéricos. Estamos com vários produtos em fase de testes, que são caros e demorados. Temos uma linha de produtos que não precisam fazer esses testes, mas tem que ter todo um procedimento técnico e administrativo para poder ser classificados como genéricos. Temos uma leva de produtos na Agência Nacional para serem classificados como genéricos.

SC — Qual a vantagem de classificação do genérico?

Nanomya — No ponto de vista do laboratório oficial, ser genérico é uma questão quase filosófica. Há uma política de medicamento no País onde se investe no genérico, para que a população que vai à farmácia comprar tenha uma garantia de qualidade, porque os pré-requisitos para um medicamento ser considerado genérico são rigorosos. Nós já temos essa prática. E como nosso objetivo não é comercial, temos que fazer genérico. Trabalhar com marca é complicado. Enquanto não conseguem transformar seus produtos em genéricos, os laboratórios oficiais colocam a sigla na frente do antigo nome genérico. Dipirona, por exemplo, está assim Furp-Dipirona. Todos os nossos produtos estão com uma sigla na frente. Na medida em que formos transformando, tiramos a sigla da frente e passamos para genérico.

SC — Furp é o maior laboratório oficial do País?

Nanomya — Sim, hoje a Furp é o maior laboratório oficial brasileiro. Em segundo lugar, em volume de produ-

ção, há o Lafec, de Pernambuco. Temos um laboratório grande em Minas Gerais. Tem o Iquego (Instituto Químicos do Estado de Goiás) e o Instituto Vital Brasil, ligado à Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. E tem a Farmanguinhos, que é do Complexo do Instituto Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro. A Farmanguinhos é um centro de pesquisa. Ela detém um maior conhecimento, maior tecnologia, detém um corpo de pesquisadores de primeira linha. Ela é responsável pelo desenvolvimento farmacotécnico da maioria dos

um produto que esteja na praça, e descobre-se sua fórmula. Primeiro tem a bula; segundo que, mesmo que não houvesse o registro da patente, pega-se a descrição do produto em monografias de universidades, institutos, etc. A partir daí, começa a retroceder. Pega o comprimido pronto e vai dissolvendo para encontrar toda a composição daquele produto. Tecnicamente isso é possível. Na realidade, nós copiamos. Pegamos um produto, dissolvemos todos os seus componentes e copiamos. Quando tem algum parceiro do laboratório oficial, principalmente

Farmanguinhos, eles passam essas informações para nós, e somos obrigados a fazer os testes e re-produzimos o medicamento. Em todos os casos fazemos todos os testes, porque podem haver alterações. Queremos inclusive fortalecer esse tipo de parceria entre os laboratórios oficiais.



Embalagem do Furp-Dipirona: os medicamentos produzidos na Furp chegam a ser vendidos de 10 a 20 vezes mais baratos em comparação com os preços praticados pelos laboratórios privados

produtos. Os anti-retrovirais, medicamentos para Aids, ela desenvolveu todos eles, em formulações às vezes melhores que as originais. Através da Farmanguinhos é que o governo tem peitado as multinacionais no caso dos retrovirais. São mais de 50 pesquisadores. Há uma excelência técnica primorosa. Tem um compromisso de produzir pelo menos 30% de tudo o que os programas estratégicos necessitam. É um laboratório estratégico do Ministério da Saúde.

SC — Como a Furp faz com novos medicamentos? copia-se a fórmulas? os laboratórios podem esconder as fórmulas?

Nanomya — Existem técnicas e equipamentos mais do que suficientes para decifrar as fórmulas dos medicamentos. Pega-se um comprimido,

SC — Quantos novos produtos são fabricados?

Nanomya — Temos um certo cuidado na introdução de novos produtos. Esperamos a comprovação de que os novos têm, efetivamente comprovada, a eficiência e que sejam melhores dos que já existem. Não fazemos um produto apenas por modismo. A indústria farmacêutica tem poder de fogo fantástico, tem dinheiro e trabalha os médicos e aqueles que fazem a cultura médica (os grandes hospitais, as grandes clínicas, etc.). Eles trabalham pesado com esse pessoal. Temos tido essa questão bem equacionada. Não introduzimos produtos apenas porque o mercado está solicitando. Tanto é que a maioria dos nossos produtos já têm mais de dez anos ou mais. O AAS, a Dipirona, a Penicilina são coisas antigas, mas têm eficácia comprovada. Nossos produtos continuam constando da relação da Organização Mundial de Saúde (OMS) dos medicamentos essenciais. Temos que tomar cuidado na

Saúde Pública nem sempre interessa aos privados



introdução de novos produtos. Na realidade, não são novos produtos, são produtos com pequenas mudanças, e os preços acabam sendo abusivos.

SC — Como anda o setor das vitaminas na Furp?

Nanomya — Sou meio suspeito para falar nesse setor de vitaminas, porque sou pediatra. Determinados medicamentos, por causa das condições de trabalho para os médicos da rede pública, acabam virando muleta. Infelizmente, temos uma cultura de que o médico tem que dar receita de medicamentos. Médico que não receita pode não ser um bom médico. Pelo contrário, quanto menos receitar melhor seria o médico. Vitamina é um produto que custa caro produzir, é um processo caro, as matérias primas em regra estão sob oligopólios, determinados tipos de vitaminas, às vezes, estão nas mãos de uma única multinacional. Hoje, estão copiando muito na China e na Índia. Mas como nós não conseguimos comprar das fontes, compramos de revendedores que viajam o mundo, a matéria prima pode sofrer misturas e acaba tendo uma péssima qualidade aqui dentro. Vitamina é um medicamento caro e que, em termos de saúde pública, tirando gestante (temos que ter um programa de gestante forte), pediatria (em algumas situações), porque não vamos substituir vitamina por comida, e o idoso (hoje nós temos uma questão

Armazém da Furp em Guarulhos: meta é aumentar a atual produção de 1,8 bilhão de unidades/ano para 2,7 bilhões de unidades/ano

séria com os idosos que precisam de uma complementação vitamínica). Esse grupo de população ainda não está claro quais os tipos de vitaminas, que composições de vitaminas são as mais adequadas. Estamos buscando isso para reformularmos a nossa linha de vitaminas. Vitamina C nós tiramos da nossa linha. Existe toda uma polêmica sobre a vitamina C. Em si, ela não tem um impacto que deveria ter de necessidade para o setor público. O que acontece é que, se você manda para a unidade a vitamina C, se bobear dois terços são desviados para os funcionários, para a vizinha, o amigo, para evitar gripe, tosse, etc. O benefício é muito baixo. E ela compete com medicamentos de programas específicos, como hipertensão, que para nós é muito mais prioritário. Tiramos então a vitamina C da linha. Mantivemos alguns poli-vitamínicos. Mas vitamina deveria deixar de ser muleta de médico e virar terapêutica mesmo, indicada para pessoas que precisam dela.

SC — Como é a parceria da Furp com a Secretaria da Saúde?

Nanomya — O almoxarifado da Secretaria está aqui dentro agora. Nós distribuimos todos os medicamentos que a Secretaria recebe do governo federal. A nossa parceria está cada

vez mais próxima, trabalhamos praticamente corpo-a-corpo. Com isso fazemos o papel do laboratório oficial. Não estamos aí para concorrer com os privados. Existimos para produzir medicamento com qualidade e baixo custo para a saúde pública, que nem sempre é interesse dos privados. Tuberculose, hanseníase, etc, os laboratórios privados não têm interesse em produzir porque são medicamentos passíveis de regras do setor público. Há uma leva de medicamentos que chamamos de "órfãos", que o setor privado não tem interesse; é o setor público que precisa produzir. No caso dos retro-virais (Aids), por exemplo, se não fossem os laboratórios oficiais, o programa do governo seria inviável. Houve um caso de um medicamento que produzíamos, para tratamento de uma forma grave de diabetes, que fabricávamos

através de um insumo que era sintetizado pela Escola Paulista de Medicina. Eles tiveram problemas e tiveram que parar a produção desse insumo. Então paramos a produção do tal medicamento. Tinha mais um concorrente desse medicamento no mercado. Quando a Furp deixou de fazer, o concorrente aumentou em quatro vezes o preço do remédio.

SC — Quanto a questão política? Se trocar o governo, como a Furp vai ficar?

Nanomya — Acho que vai muito do bom senso dos governantes que assumirem. Existe um espírito de corpo na fábrica. Temos funcionários de 7, 8, 10 e 15 anos. Mas democracia é isso. Troca-se o governo, porque a população quis trocar. Se a linha for radicalmente oposta, muda-se a orientação. Não tem jeito. A Furp tem seu Conselho Deliberativo, com representantes da Secretaria da Fazenda, do Planejamento, do Bem-estar Social, dois representantes da Saúde e dois da Faculdade de Farmácia da USP, que tem uma grande força. Como eles têm um mandato, a troca deles nunca coincide com a troca de governo. Isso garante a manutenção do que está acontecendo. A Furp não recebe nenhum tipo de subsídio do governo. Ela sobrevive com o que produz. ■

Em nome da mulher

Nelly Martins Ferreira Candeias (*)

Marie Rennotte (1852-1942), belga de origem, imigrou para o Brasil em 1878, permanecendo na cidade de São Paulo. Melle Rennotte, como era então conhecida no Brasil, formou-se no magistério em Paris. Posteriormente, o diploma de medicina emitido no Women's Medical College of Pennsylvania, na Philadelphia, nos Estados Unidos, em 1892.

A importância de Melle Rennotte é a sua reflexão sobre a condição da mulher sendo uma das protagonistas da defesa da instrução, e da emancipação feminina.

Sua história já foi alvo de estudo para defesa de tese de doutorado por Maria Thereza Caiuby Crescent, "Mulheres de Ontem, Rio de Janeiro - Século XIX". Esse texto traz à tona uma polêmica que girou em torno da inauguração de aulas para o sexo feminino no Imperial Liceu das Artes e Ofícios (1881).

Para a comemoração da inauguração das aulas naquele liceu algumas ilustres figuras da área de letras foram convidadas a se manifestarem sobre a educação feminina em nosso meio. Desse seleto grupo, havia quatro mulheres e 127 homens. Um deles, dissera: "Nada mais quimérico do que certas doutrinas hoje em voga, sobre uma igualdade mal-entendida do homem e da mulher, nada mais desmoralizado do que lançar a mulher na concorrência industrial com o homem. Ser mãe e esposa é quanto basta à sua glória, à felicidade sua e nossa". Esse era o pensamento corrente da época.

Tal acontecimento ocorreu na segunda metade do século XIX, quando ainda se pensava que o essencial para as donzelas era ter o pé pequeno, comer pouco, mostrar-se ligeiramente enfasiada e, dependendo da classe social, tocar piano e aprender a dançar. E com clausura!

Novo modelo de ensino

Metodistas provenientes do sul dos Estados Unidos inauguram no Brasil, na cidade de Piracicaba (SP), sua terceira Igreja e com ela o Colégio Piracicaba, que propunha um novo modelo de ensino. A direção do colégio estava sob orientação da pastora metodista e professora americana Miss Watts. Ao contrário das escolas tradicionais católicas de currículo humanista clássico, a proposta educacional dos colégios protestan-

tes valorizava o ensino das matérias científicas, privilegiava os métodos empíricos e propugnava a co-educação, ao lado de um tratamento menos discriminatório quanto aos papéis sexuais.

Miss Watts convida Melle Rennotte para exercer a docência nos cursos das áreas de ciências. Foi exatamente essa preocupação com o ensino das ciências exatas e naturais um dos elementos que deu a essa escola um caráter de inovação nas discussões do programa de ensino dirigido a mulheres. Rennotte, com uma sólida formação profissional e por falar vários idiomas, fato raro e desejável na época, destacava-se entre as mulheres da sociedade paulista.

Ronnette era uma mulher de forte personalidade e vocação para liderança, o que contribuiu significativamente para o ensino feminino e para a discussão das propostas de emancipação das desalen-



"Meu estudo sobre a história da vida de Marie Rennotte exumou a figura admirável desta professora e médica. Pesquisas revelam-na como um exemplo de competência, determinação e idealismo", Nelly Candeias

tadas, e submissas mulheres, da sociedade paulista e brasileira. Marie Rennotte participou intensamente na luta pela emancipação das mulheres, contribuindo para explicar as causas e as consequências da desigualdade social.

Marie parte para os Estados Unidos, forma-se médica e retorna ao Brasil. Para exercer a nova profissão era necessário, segundo a lei brasileira, revalidar seu diploma para o exercício da medicina. Apresenta na Faculdade de Medicina e

Farmácia do Rio de Janeiro tese intitulada "Influência da educação da mulher sobre a medicina social".

Em sua tese, Marie Rennotte critica amargamente o conteúdo da educação dirigida a meninas dizendo que "ignorantes da forma natural do corpo humano e das leis de seu desenvolvimento, as mães vestem as filhas como se fossem bonecas. Para conseguir esses requisitos de beleza feminina, os membros são sem compaixão nem misericórdia, lentamente trucidados. Os pés são colocados em sapatos por demais estreitos, o centro da gravidade deslocado por saltos altos, demandando a tensão constante de certos músculos para a preservação do equilíbrio. A cintura é esmagada numa prisão de ferro e barbatanas, que interfere no crescimento do organismo. Os órgãos torácicos, abdominais e pelvianos são desumanamente violentados e suas funções pervertidas sem nenhuma compaixão pela vítima". No final de sua tese, diz: "Em nome da mulher, a favor da sociedade e em benefício da nação, peço vossa benévola intervenção na reforma de um ensino que concorre para fazer de vossos filhos cretinos, de vossos irmãos raquíticos, de vossas filhas espectros, fantasmagoras e meros fonógrafos sob o ponto de vista intelectual".

A pesquisadora Maria Lúcia Mott elaborou a biografia de Marie Rennotte indicando que dois anos depois de formada como médica, passou a trabalhar na Maternidade São Paulo, prestando serviços como médica interna e organizando a enfermagem das mulheres pobres. Em 1906, passa a trabalhar na Clínica Cirúrgica da enfermagem da Santa Casa de Misericórdia. Em 1912, faz parte da diretoria da Cruz Vermelha, tendo idealizado a fundação de um hospital para crianças, o qual foi inaugurado em 1919, no bairro de Indianópolis (SP).

A Dra. Marie Rennotte foi também a primeira mulher a fazer parte do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, ao ser eleita em 4 de maio de 1901, por indicação de Eduardo Prado, Orville Derby e Denamérico Rangel, e do qual participou até a data de seu falecimento, em novembro de 1942. Seu túmulo encontra-se no Cemitério dos Protestantes, na Consolação.

(*) Professora titular aposentada da Faculdade de Saúde Pública da USP, integrante da diretoria do IHGSP e membro da Academia Paulista de História. Artigo extraído do Jornal da USP

Agita São Paulo é reconhecido pela OMS

caminhar na cidade
acumule 30 minutos por dia



ginástica voluntária

Mantenha seu controle de peso (não engorde)

Evite comer gorduras

Não consuma álcool

Não consuma fumo e drogas

Pratique exercícios físicos

Ao lado, um dos logotipos que o Agita São Paulo usa para incentivar as atividades físicas, como caminhar

Depois do programa brasileiro de combate à Aids, outro projeto de saúde pública ganhou reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS): o Agita São Paulo será tema do Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 2002.

O Agita São Paulo, iniciado em 1997 sob coordenação do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafics), tem como objetivo promover a atividade física na prevenção à saúde e tratamento de doenças.

A partir de 1992, a OMS passou a considerar o sedentarismo fator de risco para doenças. De acordo com o assessor científico do Agita São Paulo, Douglas Roque Andrade, o sedentarismo causa ou agrava problemas como diabetes, excesso de colesterol, obesidade e hipertensão.

Pesquisa indicou que 70% da população brasileira é sedentária. Uma pessoa com atividade física diminui em 40% a possibilidade de morte por doenças cardiovasculares.

Segundo Andrade, mestre em saúde pública, apenas 30 minutos de atividade física por dia — subir escadas, por exemplo — são suficientes para que uma pessoa seja considerada ativa. Na versão do ano passado, 35% da população do Estado e 55% da região metropolitana participaram do Agita São Paulo.

Um estudo americano demonstrou que a inatividade física custa US\$ 24 bilhões com tratamento de diabetes, hipertensão, câncer e osteoporose.

O secretário estadual de Saúde, José da Silva Guedes, aposta na informação para promover a mudança de comportamento da população. "Precisamos estimular as pessoas a valorizarem uma vida ativa e saudável para combater esse inimigo de alto grau de prevalência que é o sedentarismo".

Estado de S. Paulo,
22/09/2001

Programa busca alcance nacional

Preocupado com o fato de que 60% da população brasileira é sedentária, o Ministério da Saúde quer fazer o povo se mexer e está lançando o programa Agita Brasil.

A versão nacional do programa paulista, originalmente batizado de Agita São Paulo, foi lançada no dia 22 de setembro de 2001, pelo ministro José Serra, em Florianópolis, capital de Santa Catarina.

A preocupação do governo faz sentido. Hoje, o estilo de vida é responsável por 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, 37% pelo risco de morte por câncer e no total por 51% do risco de morte de um indivíduo.

O estilo de vida sedentário é um fator de risco independente para enfermidade coronariana e acidente vascular, principais causas de morte em todo mundo. O risco de doença cardíaca para as pessoas menos ativas e menos condicionadas pode ser o dobro comparado às pessoas mais ativas.

A atividade física pode ajudar a atingir e manter o peso corporal apropriado e contribui positivamente na mudança de outros fatores de risco de doença coronariana como perfil de lipídeos, a resistência a insulina e a hipertensão. Contribui no controle do diabetes, colesterol alto e hipertensão arterial.

Nos dias atuais, a consciência da relação entre atividade física e saúde leva a necessidade de melhor informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção da saúde e na prevenção de doenças.

É importante a população despertar e compreender que há uma forte relação entre doenças e estilo de vida (hábitos sociais e culturais). A atividade física participa como fator fundamental nesta mudança.

Agita São Paulo e Agita Brasil

O Agita São Paulo (e agora o Agita Brasil) é um programa que mostra a importância da atividade física para sua saúde e qualidade de vida. O objetivo do programa é mostrar que 30 minutos de atividade física diária podem melhorar seu estilo de vida, reduzir riscos de doenças e fazer com que você se torne um cidadão mais ativo no seu dia-a-dia.

Atividade Física é qualquer movimento que nosso corpo faz e gasta energia. Todo movimento que fazemos de modo contínuo é um tipo de atividade física. Quem faz mais atividade física tem menos risco de doenças do coração, diminui a obesidade, hipertensão, câncer, fica mais forte, mais alegre, mais disposto e tem mais amigos.

IV Seminário abordará a Saúde Ambiental

A "Saúde Ambiental" será o tema do IV Seminário de Atenção Primária à Saúde, organizado pelo Instituto de Estudos Monteiro Lobato (IEML) e pela Secretaria de Saúde de Sobral, no Ceará. O evento vai acontecer no Hotel Itacaranha, na cidade de Sobral (CE), nos dias 8 e 9 de dezembro de 2001 (sábado e domingo). O hotel fica distante do centro da cidade cerca de 20 quilômetros.

Na sexta-feira, dia 7, a partir das 19h, será realizada a abertura do IV Seminário, com a participação de autoridades locais e membros das entidades organizadoras. O encerramento acontecerá no domingo, dia 9, às 12h.

Cursos

Para preparar os participantes do IV Seminário, vão acontecer nos dias 6 e 7 diversos cursos de curta duração em Sobral. A seguir segue a programação destes cursos:

Outros eventos

Paralelamente ao IV Seminário, serão realizados mais quatro eventos em Sobral. Três deles serão relacionados com o Estado do Ceará e o último de âmbito nacional. São eles:

- 1) 30º Congresso Anual do Centro Médico Cearense
- 2) 1º Encontro Sobralense de Saúde
- 3) 1ª Feira de Serviços e Produtos em Saúde do Estado do Ceará
- 4) 1ª Exposição Nacional sobre Saúde Ambiental

Debates

Estão previstas doze mesas de debates (metade na área médica e a outra metade na área de Saúde Ambiental), conforme os temas relacionados nos dois quadros ao lado.

Expositores

Os expositores do IV Seminário estão sendo definidos e convidados. Após o dia 15 de outubro, quando será realizado um novo encontro da equipe organizadora do IV Seminário,

Cursos na Área Médica	
CURSO	LOCAL
Medicina baseada em evidência	Escola de Saúde da Família
Câncer - Diagnóstico e tratamento e sua integração com o PSF	Santa Casa de Sobral
Prática Médica atual e as atuais questões relacionadas à bioética	Escola de Saúde da Família
Neurologia ambulatorial e sua integração com o PSF	Centro de Ciências da Saúde
Telemedicina e educação continuada em saúde	Escola de Saúde da Família
Patologias Cardiovasculares e sua integração com o PSF	Hospital do Coração
Saúde Mental e a Saúde da Família	Escola de Saúde da Família

Cursos de Saúde Ambiental	
CURSO	LOCAL
Atenção Primária Ambiental	Hotel Itacaranha, em Sobral (CE)
PSF, participação comunitária e saúde ambiental	
Município Saudável e a questão do meio ambiente	
Escolas promotoras de saúde e o meio ambiente	
Tenda Vivência 1	
Tenda Vivência 2 (terapeuta comunitário)	

Mesas na Área Médica
Medicina baseada em evidências (protocolos da área médica)
Relação médico - paciente
Educação continuada
Bioética
Relação SUS com o Sistema Complementar
Transição Epidemiológica e o perfil demográfico do país

Mesas em Saúde Ambiental
MS / CNS / Fiocruz - Agenda 21 e os Sistemas Municipais de Saúde
Atenção Primária Ambiental
Experiências municipais com impacto positivo no meio ambiente
A estratégia de Saúde da família e a Saúde Ambiental
A Organização da Informação em Saúde

rio, serão divulgados todos os detalhes da programação, tanto na próxima edição (nº 24) do **Saúde Comunitária** bem como em outros veículos de comunicação.

A coordenação está providenciando alojamento gratuito e refeições a baixo custo para os Agentes Comunitários de Saúde.

As inscrições para o IV Seminário poderão ser feitas a partir do final de outubro, nos endereços do Instituto de Estudos Monteiro Lobato, em Taubaté e São Paulo; no Instituto Sallus, em Brasília (DF); na Secretaria de Saúde de Sobral (Ceará); ou no CONAS, em Fortaleza (CE).

Na próxima edição do **Saúde Comunitária** forneceremos todos os detalhes, telefones e endereços sobre o evento em Sobral.

Valor da inscrição do IV Seminário

Profissionais de saúde com nível superior e estudantes
R\$ 20 para cursos
R\$ 40 somente o seminário
R\$ 50 para as duas opções

Agente Comunitário de Saúde e Auxiliares de Enfermagem
Isentos