



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE • QUALIDADE DE VIDA

PSF chega a 50% de cobertura no Estado de São Paulo

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, até a metade deste ano, havia 1.034 equipes do Programa Saúde da Família trabalhando em 334 municípios do Estado. Em outros 50 municípios apenas o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está implantado. Com isso, a porcentagem de municípios cobertos pelos programas de saúde comunitária ultrapassa a casa de 50% em todo Estado.

O crescimento do PACS/PSF no Estado de São Paulo tem sido pautado nas necessidades das populações mais carentes. Os programas têm sido implantados nas áreas mais carentes, como em assentamento e quilombos, no Vale do Ribeira, no Litoral Norte e Vale do Paraíba. "Estas regiões apresentavam maiores problemas de desenvolvimento", afirma Rosicler Aparecida Viegas Di Lorenzo, coordenadora estadual do PACS/PSF. Leia a seguir os principais trechos da entrevista que Rosicler concedeu ao **Saúde Comunitária**.

SC — Como está o desenvolvimento do PACS/PSF em São Paulo?

Rosicler — Em 1995, alguns municípios do interior, juntos com a Secretaria do Estado, que implantava o PSF na capital, iniciaram o Saúde da Família. Esses municípios foram pioneiros, como Assis, Amparo, Ubatuba, etc. Alguns deles foram conhecer experiências em Cuba e no Canadá e voltaram dispostos a implantar programas de saúde comunitária. Então, os resultados começaram a aparecer. Depois disso, há uma mudança no sistema de financiamento do PSF. O Ministério da Saúde passa a colocar um incentivo financeiro para os municípios que fizessem a atenção básica usando a estratégia do Saúde da Família. A grande movimentação dos

municípios em busca do PSF acontece nessa época, por volta de 1998. O registro de dados começa a se desenvolver a partir de julho de 1998. No Estado de São Paulo nós temos uma evolução constante. Sempre todo mês temos um pouco a mais do que no mês anterior. Nunca tivemos uma queda brusca. Temos 50% dos nossos municípios cobertos pelo PSF. Dos 645 municípios, temos PSF em 349.

SC — Existem municípios em SP com cobertura de 100% do PSF?

Rosicler — Sim, temos vários. Há municípios pequenos que conseguem essa cobertura com poucas equipes. Ao passo que na capital, por exemplo, temos 5% da população coberta, num universo de 11 milhões de habitantes. Não temos falta de assistência em saúde no Estado de São Paulo. Podemos questionar o tipo de assistência. Por isso, a evolução do PSF em São Paulo é muito grande. Vários municípios, por exemplo, estão transformando o PACS em PSF.

SC — A estratégia do PSF é uma das melhores em se tratando de programas de saúde?

Rosicler — Saúde da Família é uma ótima estratégia, porque você conhece as pessoas, chama-as pelo nome, conhece as famílias. Isso representa uma



ACS realiza campanha de vacinação em São Paulo

grande diferença, porque podemos propor mudanças muito mais concretas. Trabalhamos com estatísticas vivas.

SC — Como os gestores estão recebendo o PSF?

Rosicler — Não encontramos uma negação sumária de municípios com relação ao Saúde da Família. Observamos dificuldades maiores em alguns municípios para implantar o PSF. São cidades com uma rede tradicional já implantada, o que é mais difícil mexer. O importante no Estado de São Paulo é que os grandes municípios estão envolvidos com o PSF, como a cidade de São Paulo, Campinas (cobertura de 70% da população).

SC — Qual o maior desafio para a implantação do PSF?

Rosicler — É todo um processo que deve ser discutido com a comunidade. Primeiro, a população precisa conhecer e entender a estratégia, que muda o foco da doença para a saúde. Depois, os gestores precisam entrar em sintonia com a população, para que o PSF seja implantado com eficiência. ■

Editorial

Bons ventos voltam a soprar favoravelmente à expansão e melhoria do nosso boletim. Apesar de alguns expectativas frustradas, tivemos boas notícias nos últimos dois meses.

A Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo concretizou uma assinatura de 1.000 exemplares, fato que permitirá a distribuição do Saúde Comunitária em todos os municípios do Estado que trabalham com o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS).

Por sua vez, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo assinou 2.000 exem-

plares, fato que fará nosso boletim chegar a todos os profissionais do PSF que vem sendo implantado em São Paulo.

Acertamos também a renovação da assinatura da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que aumentou o número de exemplares do Saúde Comunitária de 1.250 para 2.000.

Por último, algumas boas surpresas: um município do Rio Grande do Sul renovou sua assinatura, aumentando de 10 para 150 exemplares. Esse fato demonstra a grande aceitação do boletim Saúde Comunitária. Algumas novas assinaturas também vem ocorrendo, como, por exemplo, o caso da cidade de Marília (SP).

Tudo isto nos anima muito e nos impulsiona a buscar cada vez mais melhorar o conteúdo do boletim.

Neste momento, estamos amplan-

do e reestruturando nossa equipe, buscando com isto atingir o nível de qualidade que sempre estivemos buscando.

Gostaríamos de encerrar este editorial apelando novamente para a contribuição de nossos leitores. Enviem para o Saúde Comunitária críticas, sugestões e, sobretudo, matérias de qualidade para serem divulgadas.

Reiteramos o que vínhamos afirmando insistentemente: que as coisas boas e más que ocorrem nas várias experiências brasileiras devem ser divulgadas e amplamente discutidas. Assim estaremos contribuindo para o desenvolvimento dos programas de saúde comunitária.

Rubens Mattos Pereira
Coordenador Geral do IEML

EXPEDIENTE

INSTITUTO DE ESTUDOS MONTEIRO LOBATO

Caixa Postal 337, Taubaté (SP)
CEP 12010-970
Tele/Fax (12) 233-5317
E-mail:
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), Eng^o 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.

Poluição é causa de 1 em cada 17 mortes, afirma pesquisa europeia

A cada 17 mortes na Europa, 1 pode ser atribuída à poluição do ar, principalmente a causada pela fumaça do tráfego de veículos, o que corresponde a dezenas de milhares de vidas por ano.

Os gases da poluição liberados nas áreas urbanizadas e que ficam sobre as grandes cidades constituem um conjunto letal de substâncias, que responde por 6% de todas as mortes. Eles apressam a morte de milhares de idosos e de pessoas mais frágeis e prejudicam a saúde dos mais jovens, agravando problemas respiratórios.

Os pesquisadores, que avaliaram os efeitos da poluição do ar em três países europeus — Áustria, Suíça e França —, estimam que ela seja responsável por 40 mil mortes prematuras em um ano, metade delas ligadas à poluição dos veículos automotores. Os gases dos veículos motorizados também são responsáveis por mais de 25 mil novos casos de bronquite crônica e mais de 500 mil de ataques de asma.

As descobertas feitas pela equipe liderada por Nino Kunzli, da Universidade da Basileia, na Suíça, confirmam pesquisas anteriores no Reino Unido que mostraram que a poluição do ar abrevia a vida de 12 mil a 24 mil pes-

soas por ano e provoca 24 mil interações anuais.

Acredita-se que a poluição do ar reduza a capacidade dos pulmões de combater vírus e, possivelmente, bactérias, aumentando a vulnerabilidade a infecções. Muitas substâncias, como o dióxido de enxofre e o ozônio, agem como irritadores dos tubos dos brônquios. Algumas, como o dióxido de nitrogênio e o ozônio, liberam substâncias que prejudicam a superfície interna do pulmão. A poluição raramente é a causa direta da morte, mas pode fazer a diferença entre a vida e a morte para pessoas que já estejam doentes.

Um estudo britânico feito pelo Comitê de Poluição Ambiental e publicado em 1998 levou a pedidos de medidas mais duras para a redução de poluentes na atmosfera.

A estratégia de controle da qualidade do ar propõe ações mais duras de controle de emissão de cinco dos oito principais compostos poluentes, incluindo o benzeno e os dióxidos de chumbo e de nitrogênio. Com isso, o governo britânico constatou uma significativa melhora. O número de dias com poluição do ar "significativa" reduziu-se pela metade desde 1993. ■

CONSELHOS DE SAÚDE:

Espaço de participação social

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um espaço de participação social na administração do Sistema Público e atua no controle da execução da política de saúde estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS. É uma atividade não remunerada e aberta à participação da sociedade. Baseado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90, o Conselho consolida o controle social, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais.

O CNS é uma instância coletiva, com poder de decisão. Ligado ao Poder Executivo, é composto por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços. Representantes do Governo, profissionais de saúde e usuários estão entre os participantes e o número de conselheiros varia entre 10 e 20 membros.

O presidente é eleito entre os membros e a representação depende da realidade existente em cada área, preservando-se o princípio da paridade em relação aos usuários, e começam com a presença mínima da metade mais um de seus membros. Cada membro terá direito a um voto. As resoluções serão homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União no prazo máximo de trinta dias após sua aprovação pelo Plenário.

As votações são apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta. O Conselho conta ainda com o apoio administrativo do Governo na estrutura e funcionamento, garantindo-lhes a dotação orçamentária.

O desenvolvimento do controle social no SUS através dos Conselhos começa a transparecer com a implementação na Norma Operacional Básica, a NOB-93, que sistematiza melhor o processo de descentralização. Acelera-se a criação dos Conselhos de Saúde, completando-os em todas as unidades federadas, e os próprios conselhos apuram sua paridade, regularidade das reuniões e controle social. De acordo com o site do Conselho Nacional de Saúde (www.saude.gov.br), estima-se hoje que existam cerca de 4 mil Conselhos Municipais de Saúde, dos quais mil ainda

ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

- **Estabelecer estratégias** e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
- **Traçar diretrizes** de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-se aos demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
- **Propor a adoção** de critérios que definam qualidade e melhor resolução do sistema de saúde.
- **Examinar propostas** e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado.
- **Fiscalizar** a movimentação de recursos repassados ao Fundo de Saúde.
- **Estimular a participação** social no controle da administração do SUS.
- **Propor critérios** para execução financeira e orçamentária do fundo de Saúde, acompanhando a movimentação dos recursos.
- **Opinar** sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto.

com composição e funcionamento precários, o que resulta uma estimativa por volta de 45 mil conselheiros de saúde nas três esferas do governo.

Estrutura

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal e faz parte dos mecanismos criados pelo SUS para garantir o controle social do Sistema de Saúde nos municípios. A formulação de estratégias para elaboração de planos de saúde e o controle das políticas definidas estão entre as atribuições mais importantes do conselho. Para que se possa cumprir o que a lei determina, o Conselho deve exercer o controle social do SUS fiscalizando, planejando e controlando os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do Município.

O Conselho deve ainda fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Os Conselhos Municipais possuem estrutura semelhantes à dos Conselhos estaduais e os usuários têm representação semelhante em ambos. Os usuá-

rios do Sistema são representados por entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, movimentos comunitários organizados na área da saúde, conselhos comunitários e associações de moradores, entre outras. Atualmente, entende-se que a cidadania não reside mais na simples escolha de dirigentes pelo voto e sim na possibilidade de colocar nos fóruns de decisões estes novos sujeitos.

Nota-se que essa participação está sendo produzida na esfera local. recuperamos uma visão comunitária, onde pessoas e famílias passam a ser co-responsáveis por sua saúde e bem estar. Instituir um poder local como sistema organizado de consensos da sociedade civil num espaço limitado implica alterações no sistema de organização da informação, reforço da capacidade administrativa e um amplo trabalho de formação na comunidade sobre as leis e a participação no Sistema Público de Saúde.

Fontes: Boletim Súmula Especial (nº 81, julho de 2001), publicação da Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde (Radis) - Fiocruz

Paulo Liebert/Agência Estado (AE)



A medicina da comunidade

No final das tardes das quartas-feiras, no Instituto Santa Teresinha, zona sul de São Paulo, algumas salas servem de laboratório para uma experiência auspiciosa. Lá, ensina-se medicina. A boa e velha medicina. É uma iniciativa fora do currículo de escolas e faculdades da área. Tocada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa), o projeto pretende cativar futuros profissionais a humanizarem o atendimento, como os antigos médicos de família: aqueles que visitavam as casas dos pacientes, dedicavam um tempo ao atendimento, curavam doenças e faziam a prevenção delas.

Desde 1998, o projeto acadêmico já reuniu mais de 50 estudantes de escolas de medicina de São Paulo. Públicas e privadas. A proposta é fazer com que alunos a partir do 2.º ano de faculdade passem a

exercer a profissão na prática, mas com uma filosofia um pouco esquecida nos bancos escolares. Nas salas-consultórios, eles conversam o tempo necessário com os pacientes que chegam ao projeto no esquema boca-a-boca. É uma consulta de verdade.

O médico Pablo González Blasco, diretor da Sobramfa, coordena a reunião e ajuda os universitários no diagnóstico dos pacientes. "Se um médico se chateia porque acha que um colega está invadindo o seu campo é porque ele não está pensando primeiro no paciente", comenta Blasco aos estudantes. Ao pôr em prática o conhecimento da sala de aula, esbarram numa dificuldade adicional: eles têm de aprender a ouvir o que o paciente tem a dizer. E descobrem que isso faz uma grande diferença.

Estado de S. Paulo
21/10/2001

Em busca da medicina humanizada

A doutora Rosa Maria Portolese Baruki (*foto ao lado*), 47 anos, tem uma definição muito particular sobre sua profissão: "Eu acredito no que faço. Um médico tem de ser idealista, senão fica difícil suportar a pressão. Tenho colegas que dizem para eu despachar os pacientes, 'derrubar a fila' rápido. Me chamam de tonta, mas é assim que eu atendo. Conversando, acabo cativando meus pacientes. É a chance que tenho para descobrir uma hipertensão, uma diabetes ou um câncer de mama".

Baruki é médica de um posto de saúde na periferia de São Paulo. E apesar de conviver com toda a pressão pelo atendimento rápido, desumano, ela trilha um caminho inverso.

"Às vezes, cada um demora mais de meia hora. A gente tem paciência porque sabe que na nossa vez vai ser igual. Ela examina e pergunta. Ela gosta muito de perguntar", conta a aposentada Maria Alves, de 71 anos. "Eu vejo médicos que estudam muito, mas têm muita ignorância com os pacientes. Ela é diferente", acrescenta João Romão de Souza, marido de Maria. Eles conheceram a doutora Baruki em outro posto da região há cinco anos. Depois que ela foi transferida, João e Maria não tiveram dúvidas. Também mudaram de posto.

Histórias como essa enriquecem a relação médico-paciente, mas estão deixando de ser regra para tornarem-se exceções. E o problema começa na formação do médico. "Hoje ainda se formam muitos especialistas. Você não forma para a atenção básica nem na área da medicina nem na área da enfermagem, salvo honrosas e raríssimas exceções. Não se forma um profissional

com uma visão mais ampla, mais generalista", explica Elaci Barreto, supervisora técnica do PSF no Rio de Janeiro.

A preocupação faz sentido, porque os profissionais do PSF sabem que mais de 80% dos problemas de saúde da população são resolvidos na atenção básica. "O PSF é a porta de entrada no sistema de saúde. E se essa porta é bonita, arrumada, com certeza vamos minimizar o sofrimento e a busca da média e alta complexidade, das filas para se fazer tanta coisa. Se eu previno a hipertensão eu colaboro para evitar um mal maior. Com isso, vamos economizar vidas e recursos. Vamos economizar na alta complexidade", ressalta Barreto.

Desgaste

Infelizmente, há médicos e pacientes que parecem inimigos. Nem sempre conversam um com o outro. A frieza desse relacionamento pode ser vista em hospitais, postos de saúde, consultórios e laboratórios. De gente rica e gente pobre.

"Hoje, uma consulta pode durar 5 minutos. Se demorar mais, a fila fica muito grande. Mas só com esse tempo perde-se aquela relação mais próxima com o paciente", explica José Erivalder Guimarães de Oliveira, presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Uma consulta deve durar pelo menos 15 minutos, segundo a Organização Mundial de Saúde. Num período de 4 horas, seriam 16 consultas. Na prática, há profissionais que atendem de 30 a 35 pessoas.

Essa rapidez no atendimento ocorre não só nos hospitais, mas também nos consultórios particulares. Nesse caso, os planos de saúde são apontados como os vilões. Só com mais atendimentos se pode obter algum lucro.

Dois pontos de vista sobre o tema

O **Saúde Comunitária** entrevistou, por e-mail, duas profissionais ligadas à área de saúde, em diferentes níveis, para opinarem sobre a busca pela medicina humanizada. A primeira delas é conselheira e diretora de comunicação do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), **Maria Luiza Machado**. A segunda é presidente da Associação das Vítimas dos Erros Médicos (Avermes), **Célia Destri**.

Ambas concordam num ponto: é preciso buscar novas maneiras, mais eficazes, para se aprimorar a relação entre médico e paciente, de forma que esta seja cada vez mais humana. A seguir, a entrevista com as duas profissionais.

Entrevista com Maria Luiza (Cremesp)

Saúde Comunitária — Como a senhora definiria uma medicina humanizada?

Maria Luiza Machado — No nosso entendimento, refere-se ao resgate do vínculo médico-paciente e da assistência integral em todos os níveis do atendimento à saúde. A crescente especialização da medicina tende a transformar o paciente em um órgão ou uma patologia sob a visão do médico. Essa prática compromete a capacidade de o médico ver o doente como um todo: físico, psicológico e sua interação com o meio ambiente. É inegável que a especialização, associada à sofisticação tecnológica na área diagnóstica e terapêutica, representa grande avanço para vencer doenças antes nem mesmo diagnosticadas. Porém, a medicina contemporânea enfrenta o difícil desafio de conciliar a observação precisa e localizada da patologia, sem esquecer que seu portador é uma pessoa, cujo comportamento, hábitos, meio em que vive contribuem para a manifestação de doenças e à resposta terapêutica. A humanização também pretende restabelecer a confiança entre médicos e pacientes, prejudicada ultimamente por inúmeros fatores alheios a ambos. Essencialmente, a medicina trata do bem estar do ser humano, esse é seu objetivo e sua razão de existir.

SC — Quais são os avanços para a prática da medicina humanizada?

Machado — Alguns esforços estão se encaminhando nessa direção, mas as mudanças não serão sentidas a curto prazo. A introdução dos conceitos da bioética na formação e na prática médica tem muito a oferecer no sentido de ajudar a resolver conflitos da relação-médico

paciente, dilemas morais, sociais e religiosos que enfrentamos no cotidiano do exercício da medicina. O Programa de Saúde da Família, cada vez mais estimulado por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), também contribui para a prática mais humanizada e integral da medicina. Algumas sociedades de especialidades médicas vêm incluindo temas de humanização e bioética em seus simpósios e congressos, levando esses conceitos e discussões aos especialistas.

SC — A formação do médico é o principal ponto na questão da humanização da medicina?

Machado — Há problemas na formação que hoje precisam ser revistos para uma prática mais humanizada da medicina. A formação ganha relevância porque é o ponto de partida, o primeiro contato daqueles que pretendem ser médicos com o exercício da profissão. O efeito multiplicador e desencadeador inerente à formação sempre exerce grande influência sobre os rumos da prática médica. Mas há outros fatores também importantes, entre eles a política restritiva do mercado dos Planos de Saúde que se interpõem na relação médico/paciente, sugerindo consultas rápidas, redução de exames diagnósticos, entre outros. Outro fator é o sucateamento da assistência à saúde no setor público, com médicos sobrecarregados atendendo à demanda muito acima da desejável para a prática humanizada.

SC — Que países praticam uma medicina humanizada?

Machado — Em geral os países do continente europeu, mas a humanização não é privilégio de países desenvolvidos. Muitos países em desenvolvimento têm formação e programas voltados à humanização da medicina.

SC — O CRM tem instrumentos para sensibilizar a classe médica?

Machado — A necessidade de uma prática mais humanizada da medicina vem sendo discutida há muitos anos por entidades e instituições médicas, inclusive o Cremesp. Nesse sentido, o Cremesp vem defendendo junto às universidades, aos órgãos públicos, às sociedades de especialidades e outras instituições a criação de políticas e esforços que viabilizem sua execução. Há anos que o Cremesp está levando a discussão da prática mais humanizada aos médicos, por meio de nossos veículos de comuni-

cação, encontros e debates, movimentos organizados com outras entidades, etc. São ações que precisam de ofensivas em várias áreas que envolvem o atendimento à saúde, mas o empenho já têm solidificado resultados muito importantes. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, não é uma utopia, é uma realidade que está sendo estimulada institucionalmente no país, com adesão paulatina dos municípios.

Entrevista com Célia Destri (Avermes)

Saúde Comunitária — Como a senhora vê a desumanização da medicina?

Célia Destri — As pessoas procuram profissões que não estão aptas para as mesmas. Há ainda a influência de pais que exigem determinadas profissões para os filhos que não querem exercê-la, etc...

SC — O médico erra muito ainda? E quando erra, assume?

Destri — Infelizmente há ainda muitos erros grosseiros, que poderiam ser evitados. E muito raramente um médico assume seu erro.

SC — Dê um exemplo de medicina humanizada.

Destri — No Canadá, em primeiro lugar está a vida. A pessoa é internada, tratado e paga depois, como der e como puder.

SC — O que você acha dos programas de saúde comunitária?

Destri — O programa médico de família, se der certo, será muito bom.

SC — Quais fatores, na sua opinião, exercem influência no estudante de medicina para que ele torne-se um médico desumanizado?

Destri — A situação que cerca os estudantes é tão complexa, que daria para fazer um livro, mas a desumanidade, se deve as péssimas condições de trabalho na área da saúde. Por fim, a formação profissional é de péssima qualidade.

SC — Você acredita que a saúde pública brasileira está falida? Ou ainda há luz no final do túnel?

Destri — Está falida e não há como tirá-la do caos, enquanto houver corrupção.

Contatos:

Na Avermes: www.avermes.com.br
Na Cremesp: asc@cremesp.org.br e dir@cremesp.org.br

“PSF não é medicina simplificada”

A coordenadora geral do projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis), de São Paulo, Rosa Barros dos Santos, mostra um conhecimento profundo sobre a atenção básica, especialmente sobre o PSF. Há 26 anos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Rosa sabe como ninguém as vantagens da medicina comunitária. “É um trabalho complexo que jamais poderia ser pobre. Ele busca a intersectorialidade”, explica. A seguir, a entrevista que Rosa concedeu ao **Saúde Comunitária**.

SC — Quais os números do Qualis?

Rosa Barros dos Santos — O Qualis está distribuído em quatro regiões do município de São Paulo.

Na Zona Leste, onde o programa surgiu em 1986, conta hoje com 27 unidades de Saúde da Família. Na Zona Norte, temos 10 unidades em parceria com a Fundação Zerbini e mais cinco unidades em parceria com o Estado. Na Zona Sudeste, temos 10 unidades (nove em parceria com a Fundação Zerbini e uma pelo Estado). E na Zona Sul, temos duas parcerias

para realizar o projeto: com as Irmãs da Associação e Congregação Catarina e com a Universidade Santa Marensense (Unisa). Lá, temos ao todo 50 equipes de Saúde da Família.

SC — Qual sua avaliação do Qualis?

Rosa — Começamos atendendo cerca de 80 mil pessoas e hoje estamos atendendo mais de 800 mil. Durante estes cinco anos, consolidamos algumas definições. A questão da humanização do atendimento, a atenção com integralidade, vendo o indivíduo dentro da sua família, da sua coletividade; acho que a questão da educação continuada, da necessidade de haver um alto investimento nos profissionais, para que eles possam desempenhar a contento as suas funções.

Outra questão é a proximidade que temos com as comunidades. Conseguimos fazer uma leitura da sua realidade, do que é realmente necessário efetivar para que o indivíduo mantenha a sua saúde, ou que resolva o seu problema de doença. No Qualis, chegamos a resolver 95% das demandas que chegam ao nosso serviço. Ficam 5% para encaminhamento, mas nós ainda garantimos parte destes 5%, através da Casa de Parto, das equipes de Saúde Mental e Bucal e do Ambulatório de Especialidades. Acho que esses cinco anos dizem muito a respeito da necessidade de organizar uma rede onde você possa dar atenção próxima à casa do indivíduo e,

28.000/ano para cada equipe, acrescido de R\$ 10 reais *per capita*/ano e um valor de R\$ 2.200/ano por ACS contratado. Além desse valor, temos um *plus*, que deve-se a um incentivo que o Ministério dá aos municípios que realizam o PSF segundo a cobertura. Digamos que o município tenha 50% da sua rede básica atendida pelo PSF. Então, vai ter um *plus*. Se o município chegar a 70% de cobertura, dobra o recurso para R\$ 56.000 por equipe/ano. A esses valores, acrescentam-se valores retirados do orçamento da prefeitura e, muitas vezes, também da Secretaria do Estado da Saúde, que entra com um aporte financeiro para melhorar o atendimento na atenção básica.

Uma equipe de Saúde da Família no município de São Paulo, por exemplo, custa em torno de R\$ 21.600 por mês — sendo a equipe composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS. Além dessa equipe mínima, trabalhamos com as equipes de saúde bucal e mental, a Casa de Parto e o ambulatório de especialida-



Equipe de Saúde Bucal do Qualis de Itaquera, Zona Leste de São Paulo

des. Isso acaba aumentando o custo, mas são demandas extremamente necessárias.

SC — Há investimentos no Qualis?

Rosa — Sim. A Secretaria de Estado da Saúde conseguiu fazer um projeto para implantar o Qualis no interior de São Paulo, principalmente nas cidades mais carentes: Pontal do Paranapanema, Vale do Ribeira, Registro, São Lourenço da Serra, etc. Na capital, estamos seguindo uma expansão planejada.

SC — Quais são os valores repassados pelo Ministério da Saúde (MS)?

Rosa — O MS faz um repasse de R\$

SC — Ainda há resistência à mudança na assistência?

Rosa — É um modelo novo. Tudo que é novo enfrenta resistência, que é cultural, devida à própria formação dos profissionais de saúde, que é muito centrada no indivíduo e na doença. A proposta do Qualis é diferente, envolve trabalhar a promoção, a prevenção, etc.

SC — Acontece em SP uma disputa entre os bairros para a implantação do Qualis?

Rosa — Isso acontece. Segundo a nossa visão técnica, se concentrarmos as

“Educador é figura central no Qualis”

unidades de Saúde da Família fica mais fácil fazer a avaliação dos impactos alcançados. Nós fechamos por distritos. Essa é a proposta técnica. Mas, como o Qualis não nasceu dentro de um planejamento global, de assistência básica, e nasceu quase como uma experiência, ele surgiu num determinado território, que foi a Zona Leste, e a partir daí, por reivindicações populares, fomos obrigados a crescer, o que acabou acontecendo desordenadamente. Aqueles bairros que tinham maior carência ou que se mobilizavam melhor acabaram ganhando a sua unidade de Saúde da Família. Na Zona Leste, por exemplo, os Qualis são muito distantes entre si. Isso cria grandes dificuldades gerenciais e administrativas. O ideal é o projeto crescer fechando distritos de saúde. O projeto fica muito mais prático e gerenciável. Em quantidade de pessoas atendidas, esses distritos equivalem a cidades de médio e grande porte.

SC — Qualis chegará à classe média?

Rosa — Normalmente, as classes média e alta têm seus planos de saúde. Apesar do Qualis não ser um programa essencialmente voltado para comunidades carentes, nós procuramos atingir imediatamente aqueles que não têm recursos. A nossa força é direcionada para populações descobertas pelos serviços de saúde. O que acontece com essa população: ela tem uma atenção integral, tem um médico generalista que atende todas as suas necessidades. Nós tentamos ter uma visão completa do indivíduo. O atendimento na unidade está previsto para atender todas as necessidades daquela pessoa no seu âmbito familiar e dentro das características do seu meio ambiente. Nos interessam conhecer os córregos, se a área está coberta por árvores ou desmatada, os pontos onde ocorrem os maiores conflitos, onde as pessoas são vítimas. É um trabalho muito mais complexo. Este trabalho jamais poderia ser pobre. Ele envolve uma busca pela intersetorialidade, e por conta disso fomos buscar uma complexidade maior na formação de uma equipe composta por multi-profissionais, com assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, educadores, etc. Essa equipe é importante para levar instrumentos para que a comunidade saiba identificar e sair dos seus problemas em direção ao autocuidado. Por outro lado, fortalecemos a

nizações, com capacitações, treinamentos, para que a equipe cada vez mais resolva problemas. Isso não pode ser pobre. A partir daí, fomos desenvolvendo até chegar numa Casa de Parto, num ambulatório de especialidades. Por isso, contrapomos essa visão de uma medicina simplificada. Não é isso. É uma medicina que se respalda num trabalho de equipe. Essa equipe tem compromissos com a comunidade, de fazer visitas mensais — todas as famílias são visitadas mensalmente; algumas até mais vezes por mês, dependendo da própria dinâmica daquela família. Isso não é pobreza. Muito pelo contrário, é um grande enriquecimento na hora que você percebe as interfaces da saúde com outras áreas, como meio ambiente, agricultura, educação, cidadania, emprego, promoção social, etc. Isso é riqueza, é otimizar o investimento que você faz na área de saúde.

SC — Dê um exemplo do trabalho de um educador dentro do Qualis.

Rosa — Isso é muito claro no projeto Qualis. Sou particularmente responsável por trazer a figura do educador para dentro do projeto. Ele organiza toda a educação continuada das nossas equipes. Dos médicos, das enfermeiras, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes. Ele colabora para que nosso agente comunitário tenha uma formação capaz de saber abordar uma família, de saber dialogar com as pessoas, com os adolescentes, com as mães, com os pais desempregados, etc. O próprio ACS cria dinâmicas de grupos, participa de grupos de discussão, faz caminhadas com a população, promove artesanato, busca e valoriza alguém da comunidade que tenha algum tipo de talento. O trabalho do educador se constitui como um eixo para as equipes de saúde da família. Há educadores em todas as equipes. Eles são uma peça fundamental na engrenagem.

SC — Como a sra. vê as famílias?

Rosa — Há muito tempo que as famílias estão se desestruturando. A pobreza é um grande desestruturador das famílias, quando obriga uma família a brigar por pequenas coisas, porque os recursos econômicos não são suficientes para atender as suas necessidades. A questão do desemprego, o que leva o homem dessa família a beber, a falta de oportunidades para os jovens nos estudos e

no trabalho. A pobreza é desestruturante, porque não dá condições para as pessoas terem dignidade. Não é um processo recente. Ele está muito agravado. Houve um empobrecimento da população em geral no Brasil, houve uma concentração de renda maior e esse fenômeno é prejudicial para as relações humanas, e também para as famílias.

SC — Nesse contexto, os programas de saúde comunitária têm colaborado para organizar as comunidades? Ajudá-las a reivindicar e garantir seus direitos?

Rosa — Dentro do Qualis isso é um fenômeno constante. As equipes estão sempre discutindo os problemas com as comunidades. Fizemos ações contra o analfabetismo, criação de áreas de lazer, de bibliotecas populares, formação de lixeiras coletivas, etc. O grande momento foi em 1999, quando fizemos um movimento contra a violência. Observamos que a violência é um problema muito sério e de que precisamos encarar-lo dentro do Qualis. A partir dessa identificação, surgiu a necessidade de lutar contra o desemprego. Cadastramos e mobilizamos as pessoas desempregadas, fizemos reuniões por unidades do Qualis e conseguimos montar um movimento junto com a Secretaria das Relações do Trabalho, chamado de Programa de Auto-Emprego (PAE). Com este programa, conseguimos montar 33 cooperativas de trabalho, com o objetivo de viabilizar uma renda.

SC — Qual sua expectativa para o futuro do país?

Rosa — Acho que não podemos perder a esperança. A esperança de que o povo saiba identificar os seus melhores representantes, aqueles que vão lutar pelos interesses da coletividade, não apenas se apropriar de gestões para defender interesses particulares ou de grupos. A população vem amadurecendo com as denúncias de corrupção. O dinheiro da corrupção deixa de ser aplicado nas necessidades da população para enriquecer os bolsos de políticos e figurões corruptos. O povo está aprendendo a identificar quem é quem. A minha esperança é que cada dia mais o povo entenda que é preciso escolher bem e, além disso, é preciso vigiar os nossos representantes, cobrar deles o trabalho pelo coletivo, acompanhar o desenvolvimento deles. O povo precisa exigir programas de governo e propostas. ■

Assistência domiciliar, mais barata e eficaz

Prevista em planos de saúde de autogestão, a internação em casa é até 52% mais econômica

Evitar a todo custo que a doença se instale. E não custa tanto assim. Se não tiver jeito, vale então trocar o tratamento no hospital pela assistência em casa. As duas estratégias têm sido adotadas por empresas que administram seus próprios planos de saúde (chamados de autogestão). Os resultados: bem-estar para os funcionários e economia para a empresa.

Metade dos planos de saúde de autogestão oferecem cobertura para assistência domiciliar. As principais doenças tratadas nesse tipo de atendimento são derrame, problemas respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e câncer.

A assistência à saúde está cada vez mais cara. Os gastos do setor aumentaram 14% de 1999 para 2000. O gasto médio com internações hospitalares cresceu 17%, no mesmo período, porque os pacientes ficaram mais tempo no hospital.

Pelo menos três vezes por mês, o aposentado Domingos Santana, de 76 anos, ia ao hospital. Já estava até acostumado com a rotina. Nos últimos dois anos, Santana não foi ao hospital nenhuma vez. Quando tem crise de bronquite asmática, é o médico quem vai a sua casa. Santana trabalhou por 19 anos na linha de montagem da Volkswagen — uma das empresas a adotar a assistência domiciliar em seu plano de saúde.

Na casa do metalúrgico, um tubo de oxigênio e o carinho da mulher garantem o controle das crises. A dona de casa Maria Noêmia Santana, de 56 anos, é quem cuida do marido. "Quando precisa, chamo a equipe médica. Em quarenta minutos eles estão em casa", conta Noêmia. "Enquanto isso, por telefone, me orientam sobre o que posso fazer para melhorar o estado do meu marido." Santana não tem dúvidas sobre o que é melhor. "Prefiro minha casa em vez do hospital."

A médica Christina Ribeiro, coordenadora dos programas de saúde da Volkswagen, explica que a assistência domiciliar humaniza o atendimento, aproxima os profissionais de saúde do paciente e permite a participação da família no tratamento. "As pessoas aprendem a cuidar do paciente e perdem o medo dos procedimentos."

Sem assistência domiciliar, o metalúrgico Francisco Chaves, de 51 anos, estaria internado em um hospital. Há três anos, foi atingido por três tiros enquanto esperava o ônibus para ir trabalhar. Dois tiros o atingiram na cabeça — um na

face e outro no ouvido. O terceiro pegou sua perna. Chaves ficou quatro meses no hospital. E, ainda com seqüelas do acidente, foi para casa.

"O quarto dele já estava todo preparado para recebê-lo", lembra a filha Thaís Chaves, de 24 anos. Cama hospitalar, cilindro de oxigênio, equipamentos e cadeira de rodas fazem parte da rotina da casa. "Meu pai fica mais à vontade em casa", diz Thaís.

Conforme o paciente melhora, é "desmamado". Passa da internação domiciliar para o acompanhamento ambulatorial em casa. É o caso de Santana, que só aciona a equipe em caso de emergência; os cuidados de rotina ficam por conta da mulher. A assistência constante reduz o risco de recaídas graves, diminuindo em 87% o número de reinternação hospitalar. O programa mostra que a internação domiciliar é até 52% mais econômica que a hospitalar.

Fonte: Estado de S.Paulo, 29/10/2001

ASSISTÊNCIA À SAÚDE CADA VEZ MAIS CARA

• Os gastos do setor aumentaram 14% de 1999 para 2000. O gasto médio com internações hospitalares cresceu 17%, no mesmo período, porque os pacientes ficaram mais tempo no hospital

EM CASA, A SITUAÇÃO É DIFERENTE...

• A assistência constante reduz o risco de recaídas graves, diminuindo em 87% o número de reinternação hospitalar. O programa mostra que a internação domiciliar é até 52% mais econômica que a hospitalar.

Fonte: Abraspe

Prevenção está em alta para reduzir gastos com doença

Pelo menos 20% das empresas com planos de saúde de autogestão têm programas de prevenção. Aids, hipertensão, tabagismo, alcoolismo e diabetes são os alvos principais desses programas. É o que mostra pesquisa da Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe). "As empresas perceberam que investir em qualidade de vida e promoção da saúde reduz gasto com doença", explica Roberto Cury, superintendente da Abraspe.

Mais atividade física, menos cigarro e dieta equilibrada. A Alcoa (indústria produtora de alumínio) aposta em mudança de comportamento para promover a saúde de seu funcionário. Em um ano, o número de adeptos da atividade física regular passou de 19% para 39%. A quantidade de fumantes baixou 3% enquanto a adesão a hábitos alimentares saudáveis aumentou 8%.

"É inevitável não se preocupar com saúde", afirma o analista de suporte Gilson Alves, de 26 anos. Depois de aprender que sedentarismo é fator de

risco para doenças cardiovasculares, começou a se cuidar mais. Foi para a academia, joga bola toda sexta-feira e cortou alimentos gordurosos de suas refeições. "Não tinha tanta preocupação com isso antes."

Em um ano, a gerente de comunicação corporativa Vivian Davis, de 26 anos, perdeu 6 quilos e ganhou disposição. Organizou seus horários e vai para a academia duas vezes por semana. Também corrigiu hábitos alimentares — os lanches que substituíam seu almoço com frequência deram lugar a refeições equilibradas.

Todas as atividades do programa de qualidade de vida e saúde da Alcoa são supervisionadas pelo departamento médico. "As mudanças de hábitos alimentares e a prática de atividade física reduziram em 6% o número de funcionários com colesterol alto", diz a médica do trabalho Márcia Bandini, responsável pelo serviço médico ambulatorial da Alcoa. O número de funcionários com pressão alta também caiu — de 11% para 7%. "O motivo é a adesão ao tratamento."

Saúde é prioridade na ONG Geledés

O Programa de Saúde é uma das prioridades do Geledés (Instituto da Mulher Negra) — ONG dedicada às mulheres da raça negra —, levando-se em conta a precariedade e a falta de informação e de recursos materiais na rede pública.

Este programa visa a construção e ampliação da consciência e organização nesta área, buscando uma efetiva transformação na condição de vida da população negra. Para tanto, o Geledés desenvolveu programas de formação de mulheres e jovens negros através de oficinas de saúde de caráter informativo e de capacitação de profissionais.

A ONG atua também na intervenção e na formulação de políticas públicas, colocando que cabe ao Estado assegurar condições para a manutenção da vida. Como em outros projetos do Geledés, há investimentos na área de pesquisas próprias e parcerias com outros grupos e com a comunidade acadêmica.

Oficinas de Sexualidade e Saúde

Estas oficinas se constituem na principal atividade educativa do Programa de Saúde e são desenvolvidas a partir de uma perspectiva étnica e de gênero. Através de diferentes técnicas e metodologias participativas, são formados monitores que desenvolvem diversos temas: aparelho reprodutivo masculino e feminino, sexualidade, aborto, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, auto-estima, imagem corporal; prevenção do uso de drogas, violência contra a mulher, violência racial. Estas oficinas, conquistas pioneiras das mulheres negras, são desenvolvidas de acordo com a faixa etária dos participantes e as monitoras que, posteriormente, são solicitadas a dar palestras em comunidades.

Políticas Públicas

O Geledés desenvolve intensa articulação política com outras organizações não governamentais e movimentos sociais, procurando interferir na elaboração e implementação de políticas públicas na área da saúde, para que as necessidades e interesses das mulheres negras sejam contemplados. Neste sentido, a ONG participa da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Fórum de ONGs de AIDS, Rede Saúde das Mulheres Latino Americanas e do Caribe, Rede Mundial de Saúde e Direitos Reprodutivos.



A melhoria das condições de vida e saúde das mulheres negras é o grande objetivo do Programa de Saúde do Geledés

www.geledes.com.br

Na área da Pesquisa e Publicação, o Geledés promove estudos e pesquisas que investiguem os fatores que afetam a saúde das mulheres negras e da população negra em geral. Os resultados são divulgados através de publicações e diferentes materiais educativos. Há a publicação dos Cadernos Geledés 1 e 2 intitulados, respectivamente, Mulher Negra e Saúde e Esterilização: impunidade ou regulamentação e a Declaração de Itapeverica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. Esta declaração sintetiza a posição das mulheres negras a respeito de população e direitos reprodutivos, elaborada por 55 mulheres de 16 Estados, pertencentes a 45 organizações e instituições, como parte do processo de preparação para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo).

“Fala Preta!” busca integração da mulher negra

Por nove anos, um grupo de mulheres negras fez parte de um núcleo de saúde do Geledés. A proposta de trabalho das 11 integrantes ganhou vida própria e virou a Fala Preta!, organização não-governamental (ONG) de apoio e orientação ao bem-estar físico e mental de mulheres negras da periferia de São Paulo.

Um de seus serviços são os chamados grupos de auto-ajuda. Em reuniões semanais, realizadas em diferentes bairros, turmas de 15 mulheres, no máximo, reúnem-se para conversar, numa espécie de terapia coletiva. Os resultados podem parecer simples para quem desconhece a realidade dessas pessoas, mas para as beneficiadas são valiosos.

Esses grupos também funcionam como um campo de estágios, em que futuros profissionais aprendem a realidade das pessoas negras. “Os psicólogos, analistas e assistentes sociais não conseguem entender a especificidade étnica que permeia as questões emocionais dos negros”, acredita a cientista social Elisabete Aparecida Pinto, vice-presidente da Fala Preta!

Prevenção e combate à Aids fazem parte de outro projeto mantido pela Fala Preta!, com reconhecimento internacional. Intitulado “Projeto Salva-Vidas”, ele recebe o patrocínio da fundação norte-americana McArthur e da Ford do Brasil. A partir da realidade da favela ou bairro visitado, as profissionais da ONG discutem com as moradoras sobre sexualidade, drogas e HIV.

A Fala Preta! realiza também pesquisas na área da saúde. Todas as ações servem como fundamentos para novos projetos e para manutenção da tarefa política da Fala Preta!, que pressiona o poder público a organizar melhor o serviço de saúde.

**Fala Preta! - Rua Vergueiro, 434
Tel. (11) 3277.4727 - Aclimação,
São Paulo (SP) - CEP 01504-000**

Dicas práticas para o estabelecimento de acordos sustentáveis

Alexandre Alves/Saúde Comunitária



Depois de um encontro importante, os agentes comunitários realizam uma festa

Quem trabalha com equipes e grupos de pessoas sabe o quanto é importante estabelecer laços confiáveis entre os componentes, para que o trabalho e os acordos estabelecidos entre eles sejam eficientes. De nada adianta criar metas para os grupos que não possam ser atingidas.

Para ajudar nesse trabalho difícil, divulgamos algumas dicas que podem esclarecer vários pontos na formação desses acordos.

1. Estabelecer acordos adequados, sustentáveis, requer:

- estabelecer acordos em função dos objetivos do trabalho em conjunto, para viabilizar que sejam assumidos conjuntamente;
- estabelecer poucos acordos, para evitar que sejam descumpridos;
- estabelecer acordos suficientes para se criar uma situação de trabalho na qual cada um possa cumprir sua parte;
- combinar os acordos com um claro procedimento para se poder fazer as mudanças ou ajustes que se mostrarem necessários;
- limitar os acordos ao tempo estabelecido para a sua duração;

- dar ênfase ao que deve ser evitado ao invés do que deve ser feito, resguardando o espaço de liberdade para a atuação de cada um;
- tomada de decisões com base no princípio de não-objeção (= consentimento).

Podemos acrescentar algumas recomendações pelas quais se fortalece a base de confiança para a cooperação entre pessoas ou pelas quais se pode evitar que esta base seja destruída.

2. Verifique se há real entendimento com relação às ações que se esperam uns dos outros. As quatro perguntas que seguem podem ser um auxílio importante:

- O que você vai fazer? (ação)
- Como você vai fazer? (forma de trabalho)
- Porque você vai fazer? (razão)
- Para que você vai fazer? (sentido)

3. Cuide de que na relação haja concordância sobre o procedimento que vai ser seguido quando fica claro que acordos estabelecidos não são realizáveis. Pelo fato de se ter

geralmente mais confiança em tais procedimentos do que nos acordos propriamente ditos, é importante que tal procedimento seja bem viável;

4. Tente deixar o mais claro possível os resultados de acordos e questões que estiverem relacionadas a expectativas de outras pessoas;

5. Cuide de que os parceiros dentro de uma relação possam encontrar-se regularmente para tratar das seguintes questões:

- relato sobre o que foi feito durante o período transcorrido desde o último encontro;
- checar com as expectativas e levantar as expectativas atuais;
- visão de continuidade da relação (prospectiva);
- estabelecer acordos para o período até o próximo encontro.

6. Tente chegar a acordos realistas. Realista quer dizer que possam ser cumpridos por ambas as partes, de qualquer forma o outro tem que concordar que seja possível realizar o combinado. Relações de poder tem sobre isto uma influência negativa (afeta a igualdade na vida jurídica);

7. Evite o mais que possível estabelecer objetivos inatingíveis. Objetivos não atingidos sempre frustam a confiança;

8. Forme imagens claras da situação em conformidade com a realidade. Falta de clareza sobre a realidade leva a expectativas irrealizáveis que frustam a confiança.

**Fonte: Núcleo Maturi - Ecologia Social. Tel: (11) 5183-8869
e-mail: maturi@originet.com.br**

Reflexões sobre o atual cenário internacional

Essa foi demais. A primeira página do Jornal do Brasil de 21 de setembro de 2001 (*marcação ao lado*) mostrando a fisionomia quase sorridente de nosso César do século 21, ameaçando o mundo e sendo aplaudido pelos fantasiados de austeros, congressistas, militaristas, puritanos e elitistas norte-americanos, foi demais. O que era aquilo? Um show? Mal dirigido, mal ensaiado, pior interpretado? Ou seria a entrega de mais um Oscar ao ator principal por seu péssimo desempenho como ser humano?

Quantos, no mais profundo de seus corações, terão desejado que um santoterrorista desabasse ali para que o mundo pudesse ver em que daria aquela arrogância cheirando a putrefação? Exagero? Não!

Veio-me à memória outra primeira página do Jornal do Brasil (21 de julho de 2001) com a foto do jovem italiano assassinado por protestar contra a reunião de cúpula dos G8 (G quer dizer gângster?).

Depois foi indo, foi indo e deu no que deu. Um magnífico artigo do jornalista Fritz Utzeri: "Quem cria lobos..." (JB 17/09/2001). Começava com a frase de uma menina vitimada pela brutalidade na Costa do Marfim: "Mamãezinha, minhas mãozinhas vão crescer de novo?" (ver quadro nesta página).

Mas essa foi demais. Outra foto de inocente (inocente é sempre útil, dizia Torquato Neto), horrorizada com os desaparecidos no ataque ao World Trade Center e segundo o jornalista do New York Times com "dor congelada" da "perda ambígua" dos que perdem seus entes queridos "sem nenhum cadáver, sem nenhuma informação". Só agora descobriram isso, os ingênuos norte-americanos? Coitadinhos...

Nós, mães latino-americanas podemos dar aulas aos teóricos professores americanos. Material rico para suas teses. Temos todos os mestrados e doutorados desta dor que não é congelada e sim ferve em nossos corações. Perdemos nossos filhos sem saber onde,

JORNAL DO BRASIL



Bush jura destruir o Talibã

Presidente americano diz que não deve ter precedentes semelhantes por ocorrer no E.U.A.



Armadão por exorcismo nuclear

Núcleos superaquecidos geram perigo

Novo destino à 700 para logo de certo



Força do ataque nos Rio está 1.500 mil jogadores

Clube Brasileiro obriga a estagnação

como e porque. Se foram torturados, se morreram combatendo por seus ideais e jogados em valas comuns. Caixões saindo de aviões só em filmes americanos. Não tínhamos a CNN em rede internacional para denunciarmos nossa dor. Falo dos nossos 90 mil desaparecidos políticos latino-americanos. O texto de Fritz Utzeri já disse tudo sobre os demais atos praticados pelos cow-boys norte-americanos. Inclusive a morte de seus próprios filhos, nos Vietnams e adjacências. E se espantam por serem odiados? Por nós do Terceiro Mundo?

Sou apenas uma mãe que há oito anos e três meses, exatamente no dia 3 de junho de 1993, perdeu seu filho de maneira absolutamente estranha em outro país do primeiro mundo, a França - Liberdade, Igualdade e Fraternidade (adoram frases pomposas) - e, apesar de entrar com uma ação para pedir o corpo e o esclarecimento da causa mor-

tis, foi ignorada. Como resposta, o silêncio, a indiferença, o desrespeito. Arque-se! Na França não se mata ninguém. Quem ia se importar com um jovem músico brasileiro? Não, não estou congelada. O ódio se instalou no meu coração, esperando minha hora e minha vez. Que chegarão.

Creio que este mesmo sentimento perdure nos corações das mães que choram seus desaparecidos políticos. Não dá para esquecer. Não dá para perdoar.

Esta carta é também para alguns profissionais da Imprensa Brasileira que ficam dissertando contra o ódio. O ódio, meus queridos, é diretamente proporcional ao amor desmedido que se dedica ao ente amado atingido pela barbárie. Repito Ivan Lessa (JB 21/09/2001): "Deixem os afegãos morrerem de fome em paz".

Abaixo a hipocrisia. Sugiro ao César-Bush que em vez de sair por aí bombardeando países miseráveis, mande caçar as mães de todos os que eles assassinaram e as coloquem numa câmara de gás. Talvez assim acabassem com uma parte da raça humana que teima em querer viver com justiça.

Quanto a mim, que me perdoem os velhos companheiros de viagem, compungidos a dizer que é preciso acabar com o ódio.

Se a frase bíblica "olho por olho" nos fizesse a todos cegos, como disse Gandhi (olhem a Índia!), quem sabe se o sofrimento da cegueira nos fizesse mais humanos e nos tornasse mais solidários? Teríamos que nos amparar nas trevas. Odeio, odeio sim, "quem cria lobos..."

O ódio não é apenas uma palavra a mais nos dicionários. É um sentimento provocado pela crueldade, pela injustiça, pelos sofrimentos inenarráveis a que são submetidos os pequeninos, os pobres, os humildes que, espero, cresçam um dia. Ponto final.

**Branca Eloysa de Campos Góes,
Niterói (RJ)**

Homenagem à arquiteta Anita Mantuano

A leitora Branca Eloysa de Campos Góes, que escreveu o texto acima, é mãe da arquiteta Anita Mantuano, que faleceu no dia 27 de outubro de 2001, após complicações decorrentes de uma cirurgia. Anita era diretora de projetos especiais da Funarj. Neste cargo, vinha estabelecendo contatos regulares com o Instituto de Estudos Monteiro Lobato (IEML), devido ao

projeto de construção do Museu de Cultura Africana e Afro-Brasileira no Rio de Janeiro. Anita era uma das mais entusiasmadas com o Projeto de Valorização da Raça Negra. O IEML deixa suas condolências aos familiares e ressalta a incansável batalhadora que foi Anita. Sua memória será preservada nos trabalhos sociais aos quais tanto se empenhava.



Programação do IV Seminário de Saúde

"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 Itacaranhá, 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 20h, 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. Veja a seguir a programação do IV Seminário.

INSCRIÇÃO PARA O IV SEMINÁRIO (VALORES)

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

PROGRAMAÇÃO DO IV SEMINÁRIO

07/12	<p>20h - 20h30 - Abertura Solene Dr. Cid Ferreira Gomes, Prefeito Municipal de Sobral Dra. Maria Tereza Cerqueira, Coord. Promoção Saúde/OPAS e Representante do MS Representante do Unicef Dr. Anastácio de Queiroz Sousa, Secretário da Saúde do Estado (CE) Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, Pres. Centro Médico Cearense Dr. Jurandi Frutoso Silva, Presidente Cosems/CE Dr. Rubens Mattos Pereira, Coord. Geral do Instituto de Estudos Monteiro Lobato</p> <p>20h30 - 21h30 - Conferência de Abertura A Promoção da Saúde no Século 21 Dra. Maria Tereza Cerqueira, Coordenadora/OPAS e Representante do MS</p>
08/12	<p>09h - 11h Mesa redonda 1: Saúde Baseada em Evidência <i>Coordenador:</i> Dr. Carlille Lavor, Secretário Saúde de Caucaia (CE) <i>Palestrantes:</i> Dr. João Macedo Coelho Filho e Dra. Ana Cristina Sucupira</p> <p>Mesa redonda 2: Relação entre Serviços de Saúde e Usuário e a Bioética <i>Coordenador:</i> Dr. Francisco Sérgio Rangel de Paula Pessoa <i>Palestrantes:</i> Dr. Anastácio de Queiroz Sousa, Secretário de Saúde do Estado Dr. Dalgemar Beserra de Menezes e Dr. Antônio Mourão Cavalcante</p> <p>11h - 11h30 - Parada para o Café</p> <p>11h30 - 12h30 Mesa redonda 3: Agenda 21 e o Poder Local no Brasil <i>Coordenador:</i> Dr. Cid Ferreira Gomes, Prefeito de Sobral <i>Palestrantes:</i> Representante do Ministério do Meio Ambiente e Dr. Ladislau Dowbor</p> <p>Mesa redonda 4: A Organização da Informação em Saúde e o Monitoramento da Saúde Ambiental <i>Coordenador:</i> Dr. Rubens Mattos Pereira, Coord. Geral do Instituto Monteiro Lobato <i>Palestrantes:</i> Dr. Jarbas Barbosa, Pres. Centro Nacional de Epidemiologia/MS Representante da Fiocruz</p> <p>12h30 - 14h30 - Almoço</p> <p>14h30 - 16h30 Mesa redonda 5: Exercício Profissional na Saúde e a Educação Continuada <i>Coordenador:</i> Dr. Tomaz Júnior, Dir. Escola de Saúde da Família (Sobral) <i>Palestrantes:</i> Dra. Sílvia Mamede, Sup. Escola Saúde Pública (CE) Prof. Henry Campos, Dir. Faculdade Medicina da UFC/CE Dr. Paulo Seixas, Coord. RH do Ministério da Saúde</p> <p>Mesa redonda 6: Atenção Primária Ambiental e o Programa de Saúde da Família <i>Coordenador:</i> Dr. Jurandi Frutoso Silva, Presidente Cosems/CE <i>Palestrantes:</i> Dr. Iván Escribá, Coord. Meio Ambiente da OPAS/Brasil Dr. Cláudio Duarte, Sec. de Políticas de Saúde/MS Dra. Francisca Maria Oliveira (Dra. Tati)</p> <p>16h30 - 17h - Parada para o Café</p> <p>17h - 18h30 Mesa redonda 7: Sistema Nacional de Saúde no Brasil: SUS e Sistema Complementar <i>Coordenador:</i> Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, Pres. Centro Médico Cearense <i>Palestrantes:</i> Dr. Jair Nilson Silva Paim e UNIMED</p>
09/12	<p>12h - Encerramento</p>