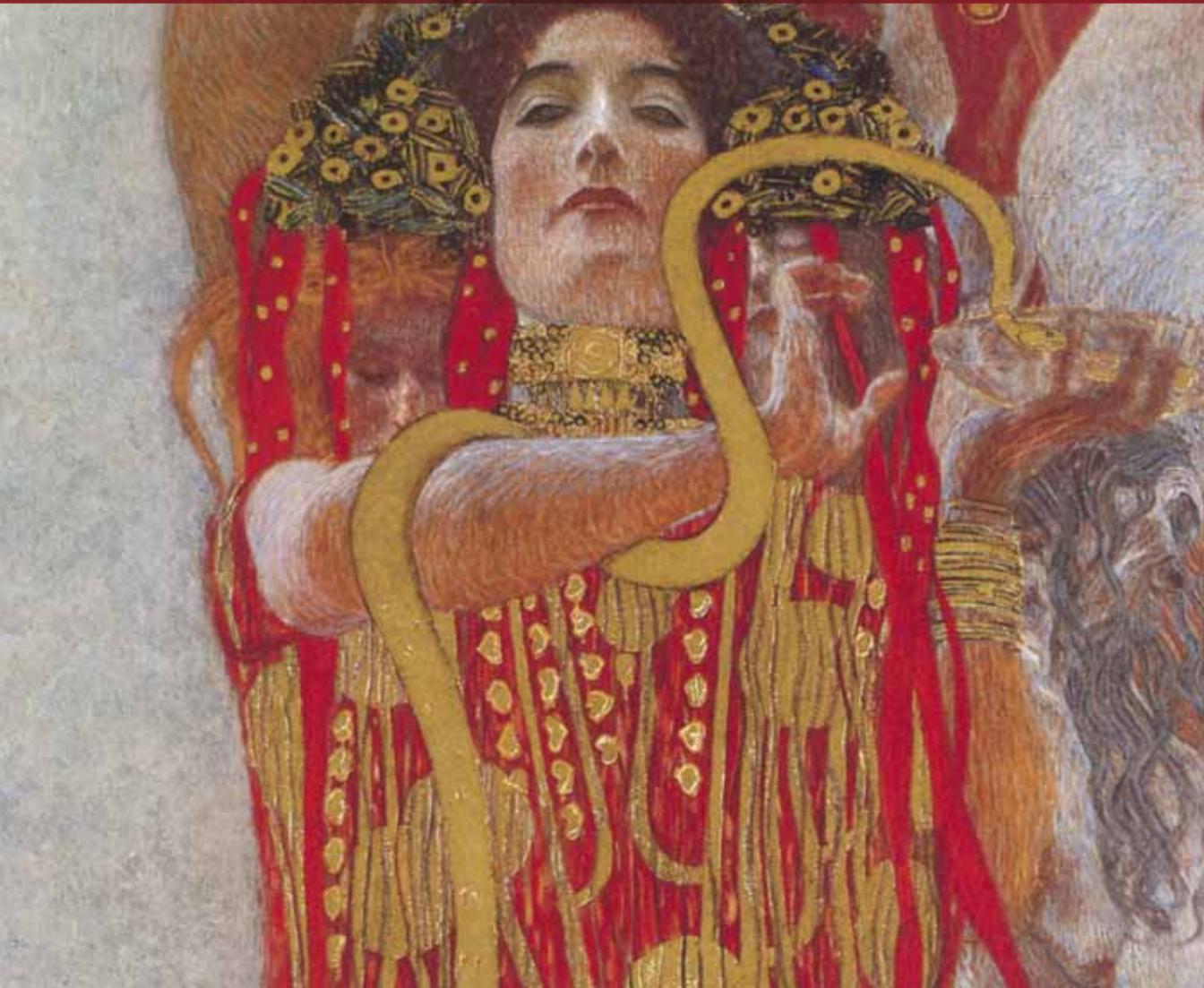


Comunicação, Saúde e Comunidade: a Contribuição das Rádios Comunitárias

VOLUME 1



Ministério da Saúde

Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

Ilustração da Capa: HIGÉIA (Gustav Klimt, 1862 – 1918).

Deusa grega citada no juramento dos médicos na Grécia Antiga. Seu nome significava, simultaneamente, saúde, profilaxia e higiene e passou a personificar a noção de saúde física e psíquica. A deusa Higéia é homenageada na capa desta publicação porque aconselhava aos seres humanos medidas para manter o corpo longe de doenças, disfunções e fragilidades

Comunicação, Saúde e Comunidade: a Contribuição das Rádios Comunitárias

VOLUME 1

Promoção

Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Participativa
Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

Realização

Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

Coordenação Técnica

Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina /
Departamento de Medicina Preventiva
OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes
Hemeroteca Sindical Brasileira

2005

Ficha Técnica

Comunicação, Saúde e Comunidade - a contribuição das rádios comunitárias (volume 1). Fruto de metodologia especialmente desenvolvida para oficinas sobre saúde e comunicação para radialistas comunitários e profissionais dos serviços de saúde, este material oferece suportes técnicos, conceituais, educativos e culturais para discussões sobre as políticas de saúde e comunicação sintonizadas com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Promoção: Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde / Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos.

Coordenação Técnica: Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes e Hemeroteca Sindical Brasileira.

Elaboração metodológica e redação: Ana Luisa Zaniboni Gomes; João Batista de Freitas; Luiz Carlos Meneguetti, Margaret Dominguez e Marina Ruiz de Matos. **Criação e projeto gráfico:** Carlos Guena. **Coordenação editorial:**

Ana Luisa Zaniboni Gomes. **Pesquisa e mapeamento georreferenciado:** Cristina Cavalcanti, Terlânia Bruno, Rafael Garcia e Wellington Costa. **Edição e revisão:** Fernanda Meneguetti. **São Paulo, agosto de 2005.**

Equipe coordenadora

Ana Luisa Zaniboni Gomes - Jornalista, Especialista em Gestão de Processos Comunicacionais e Mestranda em Comunicação Social pela ECA/USP. Diretora da OBORÉ Projetos Especiais desde 1995, responde pela coordenação do núcleo de Rádio e pela gestão de seus diversos produtos e projetos.

João Batista de Freitas - Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Nefrologia pela EPM/UNIFESP. Professor na graduação e pós-graduação do Centro Universitário Nove de Julho - UNINOVE - desde 2001 e na pós-graduação da Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN - desde 2004. Assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos - SP (2001 a 2005).

Luiz Carlos Meneguetti - Médico, Mestre em Saúde Pública e Funcionário da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Município de Barueri. Foi Superintendente da SUCEN (1993 - 1994) e Diretor Geral do Instituto Adolfo Lutz (1995 a 1997).

Margaret Dominguez - Socióloga, com Especialização em Saúde Pública. Pesquisadora na Secretaria de Estado da Saúde de 1981 a 1997 e pesquisadora autônoma na área de Saúde Pública.

Marina Ruiz de Matos - Socióloga, Mestre em Epidemiologia, Pesquisadora Científica da SUCEN - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, professora do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP.

Índice

Apresentação	VII
Introdução	IX
Programação das Oficinas	XI
Oficina 1 - SUS, Saúde e Comunicação	1
Oficina 2 - Saúde e Doença	35
Oficina 3 – Atenção à Saúde	51
Oficina 4 - Modelos de Atenção	65
Oficina 5 – DST/Aids	79
Oficina 6 – Tuberculose	101
Oficina 7 – Hipertensão	119

Apresentação

Coube-me a grata tarefa de fazer a apresentação deste **caderno de atividades**, que na realidade sintetiza as diversas ações e etapas do projeto “**Comunicação, Saúde e Comunidade - A contribuição das rádios comunitárias**” promovido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos, neste ano de 2005.

Já dizia o nosso grande poeta e escritor Guimarães Rosa que “toda ação humana principia mesmo por uma palavra pensada”. Por isso, faço questão de pegar este mote e contar a cada um de vocês como este projeto começou e qual foi a intenção que nos trouxe até aqui.

Tudo se inicia ainda em 2004, a partir de um convite feito pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde às universidades públicas brasileiras para que elaborassem cursos e treinamentos em saúde dirigidos aos profissionais de rádios comunitárias. O objetivo do Ministério foi o de incentivar a criação de projetos de formação de radiocomunicadores que pudessem contribuir no entendimento das questões da saúde pública, em especial às ligadas à participação popular e ao controle social, uma vez que os radialistas comunitários e populares têm proximidade com os problemas de suas comunidades por atuarem diretamente com o cotidiano local.

Em resposta a este desafio, um grupo de pesquisadores e técnicos das áreas da Comunicação e da Saúde oriundos da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e de profissionais com ampla atuação em serviços públicos municipais e estaduais de saúde buscou articular parceiros dispostos a trabalhar em equipe neste projeto e apresentou à Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos sua proposta de intervenção.

Após ser minuciosamente analisado nas diversas esferas da administração municipal, o projeto foi abraçado por Guarulhos por sua pertinência e adequação aos nossos esforços de reconhecer nos movimentos da sociedade organizada um canal legítimo de interação da população com os serviços locais de saúde. A proposta ganha fôlego na nossa Secretaria e assume um desenho privilegiado tanto de conteúdo quanto de forma e método de realização.

A partir de levantamento dos veículos de comunicação locais existentes em nosso município, em especial as rádios comunitárias, pudemos pontuar quais os serviços de saúde próximos a essas emissoras. Dessa forma, naturalmente se destacaram no mapa da cidade alguns espaços geográficos a serem cuidadosamente trabalhados como verdadeiros sistemas comunicativos, de diálogos e trocas simbólicas.

Esse foi o passo fundamental que nos possibilitou, então, avançar e enfrentar o desafio – a ser certamente vencido durante as dinâmicas das oficinas pro-

gramadas - de construir um espaço de diálogo entre os radialistas e representantes dos serviços que compartilham o mesmo território e seus moradores.

Por fim, ressalto, em nome da Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos, os agradecimentos a todos que colaboraram na transformação da idéia à ação, materializada nas oficinas de comunicação e saúde que agora se iniciam.

Paulo Fernando Capucci
Secretário Municipal da Saúde de Guarulhos

Introdução

Este material foi especialmente produzido para servir de apoio às treze oficinas sobre saúde e comunicação que integram o projeto **Comunicação, Saúde e Comunidade: a Contribuição das Rádios Comunitárias**.

Voltado para radialistas comunitários e profissionais dos serviços de saúde, oferece suportes técnicos, conceituais, educativos e culturais para discussões sobre as políticas de saúde e comunicação sintonizadas com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Neste **Volume I** estão sintetizadas as discussões das sete primeiras oficinas. Além dos textos técnicos de referência, há uma novela, dividida em capítulos, que também foi gravada em cd, estilo radionovela, para ser divulgada nas rádios e servir de mote para a discussão dos radialistas com os seus ouvintes, nos seus programas.

O **Volume II**, montado com a mesma lógica, apresentará os temas selecionados pelos próprios participantes para serem discutidos nas oficinas seguintes, como forma de responder pontualmente às necessidades prioritárias do grupo por esclarecimentos ou aprofundamentos de temas, por exemplo. Um segundo cd com os capítulos finais da radionovela, igualmente pautados pelos temas escolhidos pelo grupo, também será encartado neste material complementar.

Reafirmamos que este trabalho é resultado do convite da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde às Universidades brasileiras para a elaboração de cursos e treinamentos em saúde dirigidos aos profissionais de rádios comunitárias.

Nasceu da reunião de um grupo de técnicos da área da Comunicação e da Saúde que, ao reconhecer a importância das rádios comunitárias como veículos de divulgação e interação da população com os serviços locais de saúde, optaram por construir um espaço de diálogo entre os radialistas e representantes dos serviços que compartilham o mesmo território e seus moradores.

A aproximação de trabalhadores de áreas distintas nunca é uma tarefa simples. Cada qual tem sua lógica, suas necessidades e limitações, que diante do julgamento externo geram um impulso de defesa. Defender o trabalho é reconhecer sua importância e ao mesmo tempo valorizar quem o exerce.

Mas existe uma outra forma de pensar cada trabalho. É ter presente que a valorização real advém do conjunto de pessoas a quem é destinado, tornando possível assim alianças e parcerias que melhorem o serviço prestado. Dentro desta perspectiva, este trabalho foi cuidadosamente preparado para permitir a ampliação das relações entre os prestam serviços de informação e de saúde, visando os que dela necessitam.

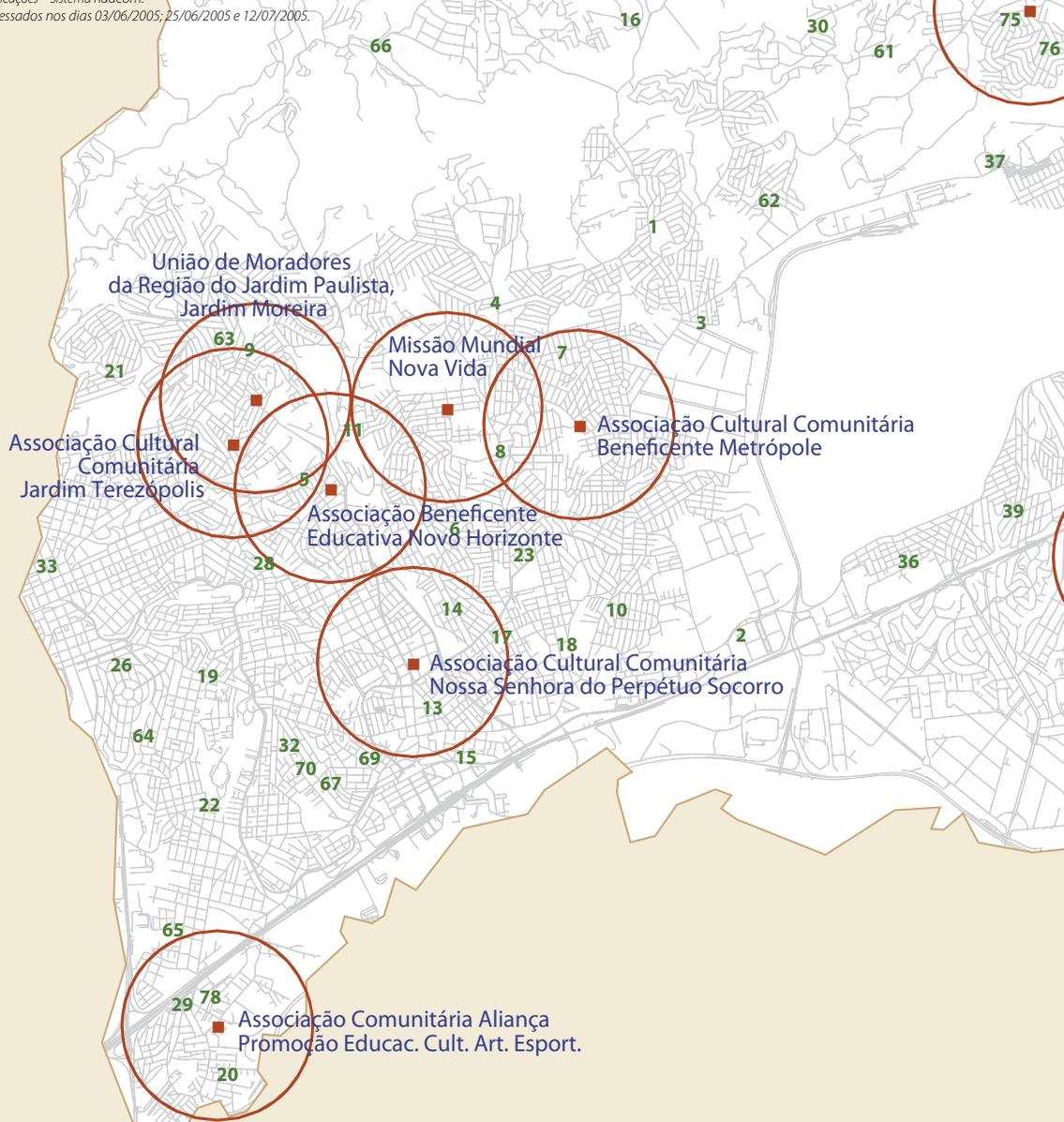
Os coordenadores

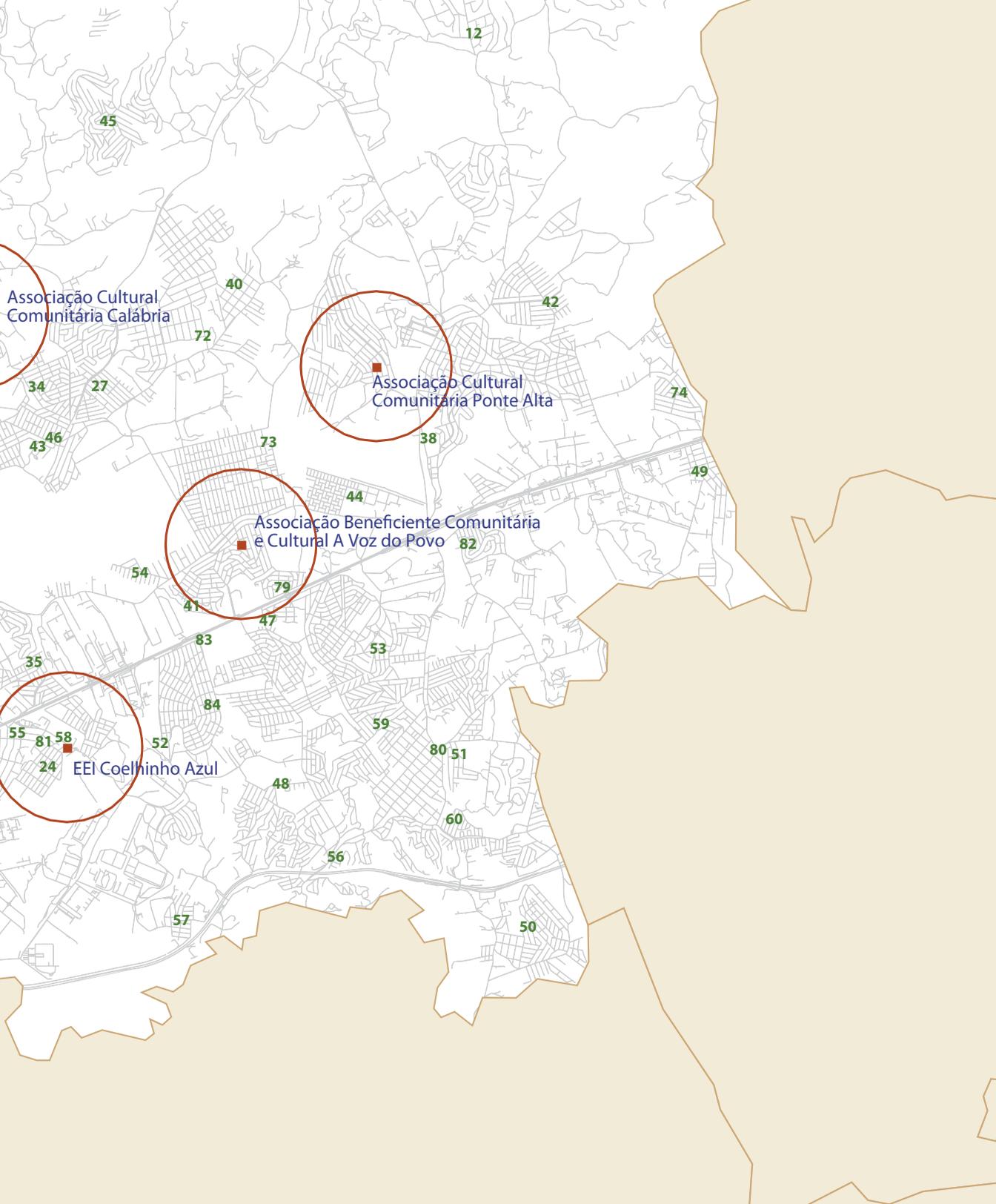
Município de Guarulhos

- Equipamentos de saúde administrados pela Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

- Entidades que pleiteiam serviços de radiodifusão comunitária no município

Fontes: Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos;
Ministério das Comunicações – Sistema Radcom.
Avisos emitidos e acessados nos dias 03/06/2005; 25/06/2005 e 12/07/2005.





Associação Cultural Comunitária Calábria

Associação Cultural Comunitária Ponte Alta

Associação Beneficente Comunitária e Cultural A Voz do Povo

ECI Coelhozinho Azul

Equipamentos de Saúde indicados no mapa do município de Guarulhos

- 1 PA Jd Paraiso - Manoel Simoes Frade
- 2 CS II - Pq Cecap - Cj. Hab Zezinho M. Prado
- 3 UBS S.T Taboão - Dr Osvaldo Cruz
- 4 UBS S.T Morros - Dr Augusto de Santos
- 5 UBS Jd Flor da Montanha - Dr Decio de Souza Dias
- 6 S.T.A.E. Paraventi - Prefeito Rinaldi Poli
- 7 S.T Cidade Martins - Emilia Bulioli Barbosa
- 8 UBS Jd Jovaia - Dr Eduardo A. de Andrea
- 9 UBS Vila Barros - Dr João Candella
- 10 UBS Vila Fátima - Dr Alyrio Brasil Figueiredo
- 11 UBS Vila Rio de Janeiro
- 12 USF Belvedere - Luzia Sartori Giradeli
- 13 CS I Ambulatório da Criança Dr Fco. Pedreira Ribeiro
- 14 J.J.M Ass. Benef. Jesus, José E Maria
- 15 C.A.P.D - Centro de Atendimento À Pessoa
- 16 UBS Novo Recreio
- 17 Centro de Estimulação Precoce Orfeu Paraventi Sobrinho
- 18 S.T.A. O II Central Odontológica Macedo
- 19 CS II Jardim Tranquilidade - Dr Luiz F. Belino
- 20 UBS Ponte Grande - Dr Lauro de S. Lima
- 21 UBS Jardim Palmira - Dr Irineu Bacelli
- 22 CS III Gopoúva - Dr Joao Candella
- 23 Núcleo de Atenção E Prevenção ao Abuso de Drogas – Napad
- 24 UBS Jardim Paulista - Dr Nicolau Falci
- 25 UBS Vila Galvao - Dr Benedito de A. Pereira
- 26 UBS Jardim Vila Galvao - Dr Domingos Pb Graciniano
- 27 UBS Jardim Rosa de Franca - Tem. Cel. Olavo G. Leme
- 28 UBS Jardim Sao Ricardo - Dr Toshio Uenishi
- 29 UBS Jardim Munhoz - Joao Balbino Correa
- 30 UBS Jardim Cabuçu - Rafael Rodrigues
- 31 C.E.M.E.G
- 32 Ambulatório da Saúde Mental
- 33 Staeo Vila Galvao I
- 34 PA Sao Joao - UBS Ver. Antonio R. da Costa
- 35 UBS Soinco - Jose Serafim de Souza
- 36 UBS Cummins - Cleissie L. Cummins
- 37 CS II Haroldo Veloso
- 38 UBS Bonsucesso - Dr Jose A. de Vita
- 39 CS III Cumbica - Mário Luiz Macca
- 40 UBS Lavras - Orlando Ramos
- 41 UBS Pres Dutra - Dr Amadeu O. Valin
- 42 UBS Vila Carmela - Antonio Andre G. Batista
- 43 UBS Cid Serodio Osires Celino Carvalho
- 44 UBS Inocop Heraldo Evans
- 45 UBS Fortaleza - Leonise C. Verdiano
- 46 Central Odontológica IV
- 47 PA Alvorada - Prof. Oliveira R. Nogueira
- 48 Ambulatório de Especialidades Dona Luiza
- 49 UBS Aracília - Dr August Johanes
- 50 UBS Jacy - Dr Rubens Chimara
- 51 UBS Parque Jandaia - Peterson Pr. de Araujo
- 52 UBS Jardim Cumbica (CAIC) - Dr Maxim Teodorovich
- 53 UBS Jurema - Jose Tito de Figueiredo
- 54 UBS Marcos Freire - Gladstone Freire (Glado)
- 55 UBS Jardim Nova Cumbica - Salvador Papotto
- 56 UBS Pimentas - Dr Joao T. Fiordelice
- 57 UBS Santo Afonso - Ana Nery
- 58 UBS Uirapuru - Antonio Utrilla
- 59 Central Odontologica Angélica III
- 60 Unidade de Atendimento Odontológico Marcos Freire
- 61 USF Primavera
- 62 USF Santa Lídia
- 63 USF Continental
- 64 USF São Rafael
- 65 USF Itapegica
- 66 USF São Jorge
- 67 Centro de Atenção ao Portador de Deficiência
- 68 Caps II - Centro de Atenção Psico Social
- 69 Projeto Tear
- 70 Centro de Referência da Saúde do Trabalhador
- 71 USF Bambi
- 72 USF Soberana
- 73 USF Allan Kardec
- 74 USF Alamo
- 75 USF Bananal
- 76 USF Santos Dummont
- 77 USF Agua Azul
- 78 USF Ponte Alta
- 79 PA Maria Dirce
- 80 USF Normandia
- 81 USF Piratinga
- 82 USF Dinamarca
- 83 USF Jd Cumbica I
- 84 USF Jd Cumbica II
- 85 USF Nova Cidade

Comunicação, Saúde e Comunidade: a contribuição das rádios comunitárias

Programação das Oficinas

Oficina	Tema	Suportes /Conteúdos
Oficina de Abertura e Reconhecimento dos Grupos		
1	SUS, Saúde e Comunicação	<p>Texto 1: <i>Balanço de Experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências do Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários</i> (Soraya Maria Vargas Côrtes)</p> <p>Texto 2: <i>O menino do dedo roxo</i> (Lourenço Diaféria)</p> <p>Texto 3: Trechos da Lei nº 8080, de 19/09/1990.</p> <p>Texto 4: Trechos da Lei nº 8142, de 28/12/1990.</p> <p>Texto 5: Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde / Eixo Temático Comunicação e Informação em Saúde.</p>
Oficinas de Interação e Aprofundamento		
2	Saúde-Doença	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> (Luiz Meneguetti) – Cap. 1</p> <p>Texto 6: <i>A doença</i> (Giovanni Berlinguer)</p> <p>Texto 7: <i>Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia</i> (Maria Cecília de Souza Minayo).</p>
3	Atenção à Saúde	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> – Cap. 2</p> <p>Texto 8: <i>A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências</i> (Gilles Dussault).</p>
4	Modelos de Atenção	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> – Cap. 3</p> <p>Texto 9: <i>Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde</i> (Carmen Fontes Teixeira).</p>
Oficinas Temáticas		
5	DST e Aids	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> – Cap. 4</p> <p>Texto 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AIDS – Manual de Sobrevivência http://openlink.br.inter.net/aids • www.unaids.org/wad2004/report.htm • www.aids.gov.br • www.crt.saude.sp.gov.br
6	Tuberculose	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> – Cap.5</p> <p>Texto 11: <i>A tuberculose ao longo dos tempos</i> (Helen Gonçalves).</p>
7	Hipertensão	<p>Radionovela: <i>Almoço de Domingo</i> – Cap.6</p> <p>Texto 12:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cultura, Saúde & Doenças</i> (Cecil G. Helman). • <i>Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação a distância</i> – FIOCRUZ (Antonio Ivo de Carvalho e Flávio A. de Almeida Goulart). • www.manuaisdecardiologia.med.br/has

Oficina 1



Rafael – A Escola de Atenas (Afresco, 1510)

A Escola de Atenas – *Esse imenso afresco (7,70m de base por 5,70m de altura), realizado pelo pintor e arquiteto renascentista italiano Rafael Sânzio (1483 – 1520) está no Palácio do Vaticano, em Roma. Simboliza os diferentes grupos de pensadores que sintetizam a compreensão filosófica da existência. A marca de seu trabalho se encontra no jogo harmônico entre luz e sombra e na expressividade da anatomia humana.*

SUS, Saúde e Comunicação

PROGRAMAÇÃO

- Abertura Oficial
- Apresentação dos Participantes
- Apresentação do Projeto *Comunicação, Saúde e Comunidade: a contribuição das Rádios Comunitárias*
- Apresentação da proposta das Oficinas
- Solicitação para escolha do temas de oficinas de nº 8 a 12
- Intervalo para café
- Divisão dos grupos: Saúde e Comunicação
 - Apresentação das atividades em grupo
- Grupo da Saúde:
 - Leitura e discussão de texto sobre o SUS - Sistema Único de Saúde
- Grupo de Comunicadores:
 - Apresentação das emissoras participantes
 - As rádios de Guarulhos no sistema de radiodifusão comunitária brasileiro
 - A importância da comunicação na ótica do SUS
- Em plenária:
 - Leitura do texto *O menino do dedo roxo*, de Lourenço Diaféria
 - Apresentar as alternativas para o fim da história
 - Identificar mecanismos onde a participação pode colaborar com o pai e o menino
- Encerramento

Sistema Único de Saúde Balanço de Experiências de Controle Social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a possibilidade da Participação dos Usuários

Soraya Maria Vargas Côrtes – Excertos para fins didáticos

Saúde previdenciária – *consultas e internações que estavam sobre a responsabilidade do Ministério da Previdência antes da implantação do SUS*

Saúde pública – *denominação dada aos programas que eram desenvolvidos pelos antigos Centros de Saúde, quase sempre restritos à vacinação e puericultura.*

Universalizar o acesso – *tornar possível a utilização de todos os serviços por todas as pessoas*

Integrar – *unir os serviços de forma a compor uma rede que possa atender todos os tipos de doenças.*

Descentralizar – *repassar responsabilidades sobre os serviços e ações de saúde de um nível de governo centralizado a outro (da união para os estados, dos estados aos municípios)*

Até o início dos anos oitenta o sistema brasileiro de saúde era dividido entre saúde previdenciária e saúde pública, ambos atuando paralelamente, carecendo de integração no planejamento e nas ações.

A democratização política, o fortalecimento dos níveis estaduais e municipais de governo e as recomendações das agências internacionais motivaram a implementação de políticas e o estabelecimento de legislação que veio a universalizar o acesso, a integrar e a descentralizar o sistema público de saúde brasileiro.

Até a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 ocorreram várias tentativas de revisão do sistema implantado. Entretanto, esse foi o marco que estabeleceu as bases das leis 8080 e 8142, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais leis foram influenciadas pelos interesses dos usuários em aliança com os reformadores do sistema brasileiro de saúde.

A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social – criada pela nova Constituição – e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da oferta direta e da administração dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios. As esferas federal e estadual assumiam a responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do sistema e pelo fornecimento de serviços de maior complexidade que pudessem ser utilizados pela população de mais de um município.

A Lei 8142/90 ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão em comparação com o que havia sido proposto pelos programas anteriores. Segundo a lei devem ser constituídos conselhos de saúde permanentes nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Esse fórum deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e mo-

nitorar a implementação de políticas. As decisões do conselho seriam reconhecidas oficialmente pelo chefe do poder de cada nível de governo. Tem a seguinte composição: metade formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros que representam os trabalhadores de saúde e a administração dos serviços. Um dos requisitos para que as secretarias estaduais e municipais fossem credenciadas para receber recursos financeiros federais era a existência de conselhos organizados de acordo com determinações legais. Como a provisão de serviços de saúde se tornara uma obrigação municipal, uma vez ocorrido o processo de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, dentro do território da cidade.

A mesma lei criou as conferências de saúde, nos três níveis da administração pública, com composição igual a dos conselhos, que devem ocorrer a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes à formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Além do conjunto de regras locais e institucionais, o capítulo “Controle Social sobre o SUS” do relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, em Brasília, tem servido como norteador das iniciativas no sentido de consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências. Lá está apontada a necessidade de criação de novas formas de controle social que viabilizem a participação dos usuários e de trabalhadores de saúde nas decisões tomadas pelos gestores de unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde. Recomendava também que, além de participar dos processos decisórios, fossem abertas possibilidades para que os usuários, individualmente, pudessem manifestar opinião e encaminhar queixas sobre a qualidade e a acessibilidade de serviços.

■ **Avaliação do Controle Social no SUS: Para Além dos Conselhos e Conferências**

Até meados de 2000, 97,04% dos municípios do país (5343 em 5506) centralizaram a rede ambulatorial básica e os serviços de vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária) existentes em seu território.

Como um dos requisitos para municipalizar é a existência de conselho, a quase totalidade dos municípios tem alguma forma de conselho constituído.

Embora tenham sido realizadas oito Conferências Nacio-

Seguridade social – *sistema de proteção coletiva característico do Estado de Bem Estar Social, por intermédio do qual os benefícios (saúde, educação, assistência etc.) são considerados direitos de toda a população, independente de pagamento específico ou seguro. O SUS é um caso típico de Seguridade Social*

Processo de municipalização – *Repassar responsabilidades sobre os serviços e ações de saúde do nível federal e/ou estadual para os municípios*

Controle social – *acompanhamento e avaliação de propostas e resultados das ações governamentais realizadas pela comunidade ou por seus representantes..*

Rede ambulatorial – *todos os serviços destinados a oferecer consultas e exames que não exigem internação*

Vigilância epidemiológica – *Conjunto de atividades e dados indispensáveis para conhecer, prevenir e controlar mudanças no comportamento das doenças de uma população.*

Vigilância sanitária – *Conjunto de atividades que analisam e controlam a qualidade dos alimentos, dos medicamentos e do meio ambiente*

Humanização – tornar os funcionários mais sensíveis e atentos às necessidades individuais de cada paciente

Autônoma – capaz de defender seus próprios interesses

nais de Saúde, apenas a 8ª teve participação popular marcante. A partir daí as conferências têm contado com a mobilização de representantes da população.

Esses fóruns vêm se reestruturando dentro de um sistema de saúde em processo de mudança. No entanto, alguns problemas que se repetem vêm motivando debates sobre o papel de conselhos e de conferências do SUS e sobre seus limites como veículo de viabilização do controle social.

A legislação, a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecidas para a população em geral e, mesmo, para muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros. Iniciativas visando a capacitação de conselheiros, recomendada na 10ª Conferência, têm atenuado o problema. Saliente-se, contudo, que muitas vezes o conselheiro capacitado não tem conseguido multiplicar seus conhecimentos entre os membros das entidades que ele representa.

■ **Para Além dos Conselhos e das Conferências**

Talvez o principal desafio para que o controle social colabore para garantir o acesso, a melhoria da qualidade e a humanização do atendimento seja o de “aproximar os conselhos aos milhões de usuários que procuram as unidades de saúde em todo o país e aos milhares de trabalhadores de saúde que aí prestam seus serviços”. É necessário que ocorra essa integração e para tanto devem ser considerados os espaços onde são produzidas as atividades de saúde. É nesse espaço que fica concreta, ou não, a política de saúde.

No capítulo “Controle Social sobre o SUS” do relatório final da 10ª Conferência consta a determinação de que deveria haver controle social na gestão de cada unidade do sistema. Determina-se ainda que deveriam ser constituídos serviços de ouvidorias e de disque-denúncia em todos os níveis do SUS.

Tais mecanismos se diferenciam dos conselhos ao colaborar para a avaliação de serviços prestados.

■ **Considerações Finais**

A disseminação de conselhos e a realização de conferências em praticamente todos os municípios do país não significa que em todas as localidades a representação dos usuários tem sido autônoma e consistente. Existe enorme variedade de modelos de funcionamento de conselhos. Alguns têm participação intensa de representantes do movimento popular e sindical.

Outros existem apenas formalmente, criados para responder à exigência legal e, desse modo, viabilizar o recebimento de recursos financeiros.

Em relação ao seu papel no contexto do SUS e nos seus limites enquanto veículo de viabilização do controle social sobre o sistema, alguns problemas têm se mostrado recorrentes.

- a- Dificuldade na mediação de interesses, principalmente nas cidades de grandes e médio porte. Nelas articulam-se as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS e os representantes dos usuários – marcada por moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentam suas demandas aos gestores públicos.
- b- Inversão de papéis dos conselhos e dos gestores. Aos primeiros atribuí-se tarefas de gerência e aos segundos, o controle da execução.
- c- Redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser exercida em torno das direções dos serviços de saúde.
- d- Desconhecimento da legislação que normatiza a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, pela população em geral e mesmo por muitos conselheiros, trabalhadores e profissionais de saúde.

Os conselhos de saúde têm se envolvido crescentemente com os grandes temas da política nacional de saúde ou com debates estaduais, regionais ou municipais sobre organização, planejamento e financiamento de serviços. Ficaram em segundo plano as questões referentes aos espaços onde se produz atenção à saúde. Embora haja experiências exitosas de constituição de conselhos gestores em unidades ambulatoriais e hospitalares a sua disseminação depende de regras para seu funcionamento.

Mediação de interesses –
negociar de forma adequada
interesses diferentes

Texto 2

O menino do dedo roxo

Lourenço Diaféria

*Crônica extraída do livro "Imitador de Gato", série Para Gostar de Ler
Editora Ática, SP, 1998.*

O menino estourou o dedo na porta da cozinha. Foi um corre-corre. De noite, quando o pai chegou em casa, o dedo estava amarrado com gaze, vermelha de mertiolato.

– Que foi isso? – pergunta o pai pegando a mão do filho.

A mãe se desculpa:

– A brincadeira, ora essa. Não pára um minuto o capeta. Desta vez prendeu o dedo na porta. É o que dá não ouvir a gente.

Até aí o menino estava só fungando. Agora abre o berreiro.

– Não chora que dói mais – ameaça ela com bondade.

O pai torce o nariz. A mulher coloca a panela de arroz na mesa e apaga o gás que esquentava o feijão. Levanta a toalha do cesto de pão, destampa o pirex com machucho e carne moída.

– O papai janta e depois vê isso. Me passa a pimenta.

O guri continua a gemer.

– Já falei pra tomar cuidado. Qualquer hora arrebenta a cabeça, quero ver.

A mulher coloca os dois cotovelos sobre a mesa e fica olhando o televisor. O pai mistura bem a comida e dá a primeira garfada. A mãe aumenta o volume do televisor. O menino aumenta o volume do choro. O pai engole sem mastigar.

Mesmo cenário, mesmos personagens. 21h45. No vídeo, os comerciais ensinam a maneira mais prática de cortar a nicotina e o alcatrão do cigarro. O pai aproveita para desenrolar devagar, quase sem tocar, a gaze do dedo do menino. Torce o nariz.

– Ta feio isso, seu!

Sob a unha lacerada a mancha preta e grossa de sangue pisado.

– Esse roxo não tinha antes – observa a mãe.

O garoto aproveita para gritar e dobrar as pernas de desespero.

– Calma, filho. Fica quietinho que o papai enrola e a dor passa.

O filho senta no sofá de curvim e geme, sentido.

22h15. O pai faz um esforço para prestar atenção na televisão mas está lembrando que o Bar do Sanches deve estar cheio de pilantra, cada um contando sua lorota. A sinuca de sempre. Giz no taco. Copos de cerveja no balcão de granilito.

– Tá preocupado com quê? – quer saber a mulher.

Ele fica em silêncio. Ela também. O pai tem vontade de sair, tomar uma brisa,

esquecer o chorinho agora mais manso do menino, a aporrinhção da fábrica.

A mulher que está a seu lado lhe parece o avesso da moça fresca da seção de embalagem. Flor de vaso murcha queimada de sol. Suspira, inquietação.

– Arruma lá a vertical – reclama a mulher.

Ele levanta, arruma, senta.

– O menino dormiu, ainda bem.

– Televisão é bom para dormir.

22h30.

– Acho que a unha vai cair.

– Bom. Nasce outra mais forte.

– Já falei pra tomar cuidado com esse moleque.

– E eu não tomo? Quem fica com ele em casa sou eu, não é você. Eu que sei.

– E eu não trabalho?

– Tou reclamando, não. Falar nisso, me deixa o dinheiro da feira.

– Tá brincando? O que tem está no armário.

– Estamos sem mistura.

– Faz ovo. Omelete não é desaforo. Não vou roubar.

– Nem uns trocados?

– Estou com o certo pros bilhetes de ônibus e metrô.

Segura o rebolado, nega. Pior são os outros que estão indo pra rua.

– Não sei como o povo não se revolta.

– O brasileiro é carneiro. O culpado é aquele cara ali, ó. E desliga essa nojeira, que estou cansado de ver essas figurinhas em preto-e-branco. Me dá uma raiva!

– Vamos dormir que amanhã é dia de branco. Você traz o Tico?

– Trago. Vai que eu já vou.

O pai abre a geladeira, retira a garrafa de água.

2h00 da manhã.

Tico desperta chorando, senta na cama.

– Tá doendo, pai.

– Dorme, filho

– Tá doendo, pai.

– Fica quietinho que passa. Olha, encosta aqui. Pronto. Tá vendo? Vai passar. Não mexe o dedinho, filho. Fica assim e dorme.

– Dói muito, pai.

O rosto de barba de lixa se volta para a mulher, de olhos abertos.

– Devia ter visto isso de dia. Com machucado não se brinca.

– Sempre eu a culpada.

– Capaz até de estar quebrado.

– Imagina!

– Imagina por quê? Levar uma porta no dedo.

– Experimenta dobrar o dedo, filho.

– Dói, pai.

– Esse dedo não está me cheirando bem.

– Isso já passa, homem. Fica bonzinho, amor. Mamãe abraça você.

Tico bate as pernas e empurra as cobertas.

O pai salta da cama. Eta vida! A fábrica, o ônibus, o metrô, a cangalha, o salário, a feira, as contas, o cansaço, o chefe-de-turma implicando, o sapato furado, e agora esse dedo.

Pula dentro das calças.

– Que você vai fazer?

– Acha que vou ficar olhando? Vou é levar esse garoto no pronto-socorro.

– Mas a esta hora?

2h45 da manhã.

No ponto do ônibus o pai segura o filho no colo. Um galo canta. Nos baldios os grilos trilam debaixo da mamona. Tico encosta a cabeça no ombro do pai, espia o dedo que pica, arde, pulsa.

– Está batendo de dor, pai.

– É pus. Tomara que não inflame.

Um táxi passa, diminui a marcha.

– Condução?

– Estou esperando o ônibus.

– Esta hora não tem ônibus.

– Eu espero. Não estou com pressa.

Durinho da silva. O táxi parte devagar, luz acesa na capota como um olho de cíclope no arrabalde.

No ponto de ônibus, o homem espera, braços começando a doer com o peso de seu menino de dedo em chamas. A luz do mercúrio ilumina o asfalto, daqui a pouco o homem vai começar a sentir sono, imaginará que está na sala de espera, enfermeira de branco perguntando:

– Particular ou instituto?

Tico, receoso, mostrará o dedo, o médico fará um bom curativo, pai e filho voltarão para casa onde a mulher terá acabado de coar um café quente. Ligará o rádio, Zé Bétio* e suas vaquinhas o confortarão.

Mas o ônibus não vem.

O menino geme no ombro do pai. O homem troca de pé de descanso e se sente tão pequeno, tão só, tão imundo, que começa a sentir inveja dos personagens de Gil Gomes**.

**Zé Bétio: apresentador de um programa de rádio com músicas e assuntos relacionados à vida no campo.*

***Gil Gomes: radialista de um programa com notícias sobre casos de violência e crime.*

Texto 3

Trechos da lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

■ **TÍTULO I** **das disposições gerais**

ART. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

ART. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

§ único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

■ **TÍTULO II** **do sistema único de saúde** **disposição preliminar**

ART. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º. Estão incluídas no disposto deste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, de pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos de saúde.

§ 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo:

- 1- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção e ao consumo, e;
- 2- o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

§ 3º. Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

§ 4º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho abrangendo:

- I- assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional ou de trabalho;
- II- participação, no âmbito da competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde;
- V- informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sob os riscos de acidentes de trabalho, doenças profissionais e do trabalho, bem como o resultado de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas ou privadas;
- VII- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais.

■ **CAPÍTULO III** **dos objetivos e atribuições**

ART. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I- a identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes de saúde;
- II- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º. do art. 2º. desta lei;
- III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

ART. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I- a execução de ações
 - a) de vigilância sanitária
 - b) de vigilância epidemiológica
 - c) de saúde do trabalhador
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica
- II- a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III- a ordenação da formação de recursos na área da saúde;
- IV- a vigilância nutricional e a orientação familiar;
- V- a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o do trabalho;
- VI- a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imuno-biológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII- o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII- a fiscalização e a inspeção de serviços, produtos, água e bebidas para o consumo humano;
- IX- a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X- o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI- a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.
Parágrafo 1º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.
- XII- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

■ **CAPÍTULO II** **dos princípios e diretrizes**

ART. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguinte princípios:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV- igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

■ **CAPÍTULO III** **da organização, da direção e da gestão**

ART. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

ART. 9º. A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 1198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

ART. 10º. Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam.

§ 1º. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

ART. 12º. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integrada pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

§ Único – As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ART. 13º. A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial as seguintes atividades:

- I. alimentação e nutrição
- II. saneamento e meio ambiente;
- III. vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV. recursos humanos;
- V. ciência e tecnologia;
- VI. saúde do trabalhador;

ART. 14º. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

§ Único – Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Trechos da lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I – a Conferência de Saúde; e
- II – o Conselho de Saúde.

§1º. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

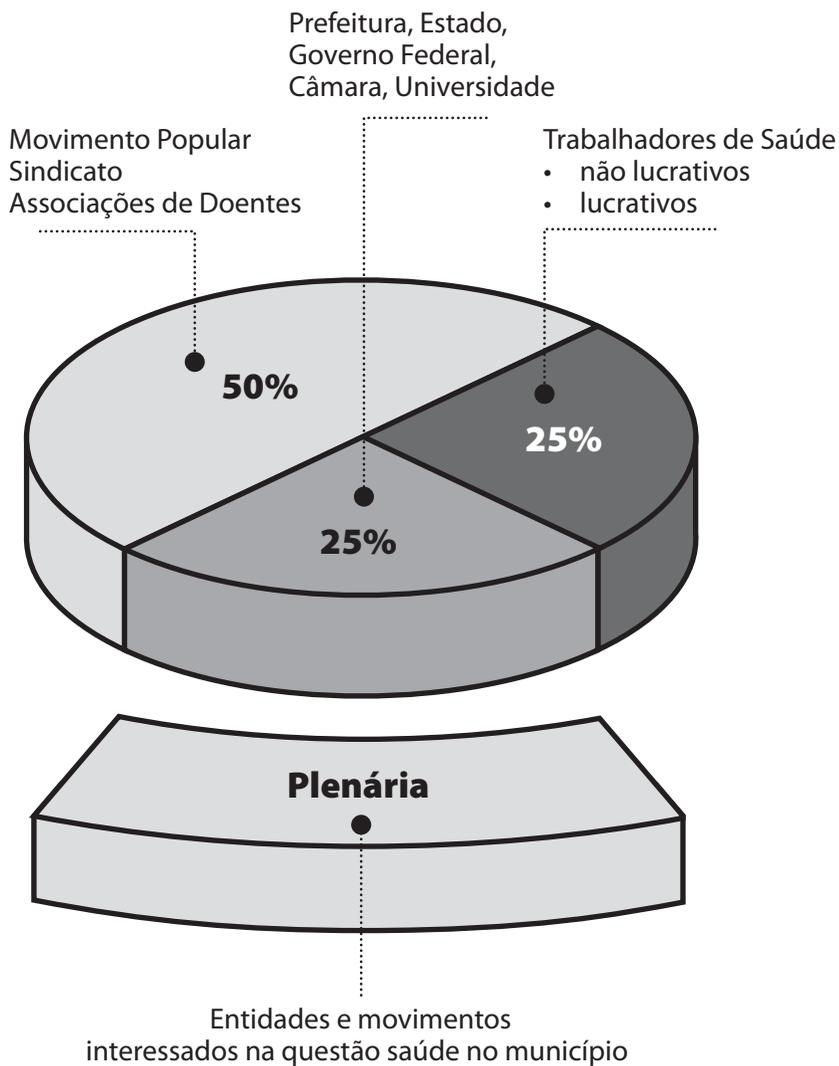
§2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§3º. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

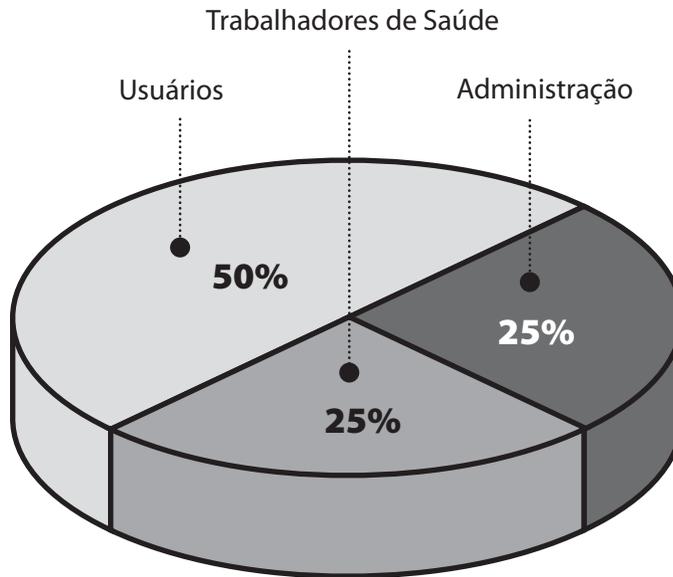
§4º. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§5º. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Conselho Municipal de Saúde



Conselho Gestor nas Unidades de Saúde



12ª Conferência Nacional de Saúde

Conferência Sergio Arouca

Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003

Eixo Temático X – Comunicação e Informação em Saúde

Excertos para fins didáticos do Relatório Final, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde em novembro de 2004. Documento completo: <http://www.saude.gov.br>

■ Introdução

A sociedade brasileira e, em particular, diferentes segmentos que atuam no setor de Saúde apresentam crescentes demandas de informação e comunicação. Em meio ao excesso de informação presente nos dias atuais, é preciso desencadear um novo esforço coletivo para produzir a informação que é de interesse comum, de escolher, selecionar e redirecionar informações conforme necessidades concretas, de possibilitar o acesso e levar em consideração o conhecimento produzido por seus interlocutores, não reduzindo a política nesses campos ao acesso a conhecimentos técnico-científicos.

A saúde demanda e deve orientar-se por políticas que incorporem o saber popular no processo de planejamento e gestão das atividades de informação e comunicação. A população não quer a informação substituindo as ações e os serviços de saúde, obrigando-a a assumir, individualmente, a responsabilidade por sua situação de saúde. A sociedade brasileira e suas representações em âmbitos nacional, regional e local, com suas particularidades, são os pontos de partida dos processos de interlocução institucional.

Ao atender às demandas crescentes de organismos centrais da gestão do SUS, os sistemas de informação passaram a consumir parte importante da força de trabalho em saúde, sem a conseqüente melhora da operação nos serviços de saúde, nos quais geralmente a captura do dado é manual, os instrumentos de coleta são múltiplos e o sistema não é informatizado.

A informação produzida deve estar adequada ao processo de descentralização e gestão participativa. Ainda é pequena a contribuição que essa área vem prestando aos conselheiros de saúde, aos gestores, aos trabalhadores e à população usuária do SUS. Portanto, é necessário desenvolver uma política e processos de capacitação para uso da informação na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

É preciso superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve informação e discursos que concorrem para a construção e a transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, internet –, mas não se reduz a nenhum de-

les. Envolve interlocação, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção da saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados por eles. Significa estimular a utilização, em cada local, das manifestações culturais como veículo importante de comunicação. Envolve também o reconhecimento da pluralidade, do dissenso e dos conflitos inerentes à democracia.

■ **Diretrizes Gerais**

1. O Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias, em conjunto com o Ministério da Saúde, para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando a ampliar a participação e o controle social e atender às demandas e expectativas sociais, permitindo:

I. democratizar a informação e a comunicação, em todos os aspectos;

IV. investir em projetos educacionais e em campanhas continuadas que favoreçam a participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde, utilizando todos os meios de comunicação e mídias populares, com linguagem adequada a cada público específico.

3. Implementar, nas três esferas de governo, as diretrizes de “Informação, Educação e Comunicação”, recomendadas na 11.^a Conferência Nacional de Saúde e reforçadas na 12.^a, incorporando o campo da educação popular.

4. Garantir, nas três esferas de governo, financiamento específico para ações e projetos de informação, informatização, educação e comunicação na saúde, incluindo o campo popular, com transferências intergovernamentais na modalidade fundo a fundo.

6. As iniciativas nas áreas de informação, educação e comunicação em saúde devem respeitar as características regionais, étnicas e culturais e as possibilidades de acesso a tecnologias por parte das entidades e movimentos sociais, buscando a universalidade da comunicação, garantindo a pluralidade de expressão e a imparcialidade. As ações e os materiais produzidos devem ter claros os seus objetivos, âmbitos de distribuição e as formas de avaliação dos resultados.

7. Desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir a divulgação permanente de informações e decisões dos conselhos e das conferências de saúde para a população e na mídia convencional e alternativa, nas instituições públicas e privadas, nas comunidades e também entre os gestores.

8. Implantar e implementar um plano permanente de informação, educação e comunicação em saúde na mídia em geral, tendo como referência a educação

formal e popular em saúde, com garantia de espaço para a divulgação, dividindo os custos de produção entre as três esferas de governo.

9. Garantir e implementar uma política de educação, informação e comunicação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), formulada e articulada com os Conselhos de Saúde regionais, estaduais, municipais e locais, visando a ampliar o diálogo destes com o governo e a sociedade, favorecer a qualificação da participação popular nos processos de formulação e definição de políticas e programas de saúde (...) através de:

- II. parcerias com instituições de produção do conhecimento (universidades), comunicação (escolas de comunicação e mídia), informática, movimentos sociais e populares para realizar oficinas, seminários e capacitações acerca dos temas: controle social, informação em saúde, gestão participativa, comunicação e formação de redes de controle social;
- III. criação nos Conselhos de Saúde de uma comissão de comunicação, informação e educação popular em saúde que garanta permanente espaço de interlocução entre os diversos conselhos e destes com a sociedade, divulgando para a população as informações e decisões dos conselhos, conferências e comissões intergestoras de saúde, inclusive do conselho gestor local. A comissão deve buscar espaço em todos os meios de comunicação, em especial nas rádios comunitárias, para divulgar as ações dos Conselhos de Saúde de forma ampla e eficiente;
- IV. confecção de calendário anual e divulgação antecipada das reuniões dos Conselhos de Saúde Estaduais, Distritais, Regionais e Municipais, contendo pauta, dia, horário e local, bem como sua composição, ações e deliberações, como estratégia de sensibilizar a comunidade para o controle social, com ênfase no convite à participação popular;

13. Divulgar, de forma contínua, as políticas de saúde, os dados epidemiológicos, as atividades e atribuições das vigilâncias epidemiológica e sanitária, o financiamento, o trabalho em saúde, os programas, as ações e os serviços prestados pelo SUS, por meio de parcerias com as comunidades, a sociedade civil organizada e os meios de comunicação, estimulando a população para a gestão participativa na saúde:

- I. informando e conscientizando a população sobre os problemas do SUS;
- II. publicando sistematicamente informações sobre a realidade epidemiológica de cada estado e município;
- III. criando um espaço físico com infra-estrutura (equipamentos audiovisuais, etc.) para desenvolver ações de educação e comunicação social em saúde, para informar, educar e sensibilizar segmentos sociais e grupos sobre fatores de risco à saúde e sobre hábitos saudáveis;
- V. divulgando os objetivos dos conselhos e de suas atividades pela mídia televisionada, pela imprensa escrita e por boletins periódicos;

- VII. garantindo a abordagem de temas de saúde em seus aspectos locais, utilizando linguagem e instrumentos acessíveis e adequados a cada público específico (rádios e jornais comunitários, informativos, postos de saúde, Conselhos Municipais de Saúde, agentes comunitários de saúde e meios de comunicação);
- VIII. propiciando esclarecimento da população sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade, o objetivo e as estratégias de implantação do SUS, tais como a Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, a Interiorização do Trabalho em Saúde, democratizando o acesso às informações dos sistemas de informações existentes, com a criação e divulgação de folderes explicativos, cartilhas, treinamentos e cursos;
- IX. garantindo a socialização das informações sobre a gestão da saúde, melhorando sua qualidade, por meio de boletins municipais, regionais, estaduais e nacional, incluindo dados estatísticos de morbimortalidade;

14. Promover ampla e adequada divulgação de toda a legislação do SUS, do papel do Conselho de Saúde e do Ministério Público para que sejam acionados em qualquer situação que represente risco à saúde e afronta à lei.

15. Democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica em saúde individual e coletiva, ao alcance da sociedade, por meio de veículos populares, estimulando a discussão crítica e pública de aspectos relacionados à ciência, à tecnologia e à saúde.

16. Realizar convênios e parcerias com escolas de ensino médio e fundamental e universidades, nas três esferas de governo, para melhorar a divulgação dos serviços de saúde para a população e os usuários, incluindo a decodificação dos relatórios das conferências de saúde em cartilhas, fitas de vídeo e outros veículos, utilizando linguagem simples e acessível.

17. O Ministério da Saúde deve promover campanhas efetivas de saúde preventiva, oferecendo subsídios (equipamentos e capacitação dos profissionais) aos municípios e estados, não restritos aos materiais de divulgação já elaborados. O conteúdo das campanhas deve ser elaborado em conjunto com as demais esferas de governo considerando os per.s epidemiológico, alimentar e nutricional e as realidades locais, inclusive com o uso de meios de comunicação de massa, com a participação dos Conselhos Locais, Distritais de Saúde Indígena, Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e em parceria com a sociedade civil organizada.

18. Intensificar estratégias de sensibilização, como campanhas e outras, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde na política de informação e comunicação do SUS.

19. Viabilizar, prioritariamente com as instituições públicas de formação, a garantia de cursos técnicos, de extensão e de pós-graduação em informação, educação e comunicação para os profissionais que atuam na área da saúde, nas três esferas de governo.

20. Articular com as instituições de ensino superior, inclusive da área de saúde, a inclusão, em seus cursos, de disciplinas de informação e informática em saúde e comunicação social.

■ **Informação e Informática em Saúde**

40. Estabelecer, efetivar e consolidar fluxos de informação e comunicação entre as unidades de saúde, os serviços do SUS (incluindo o sistema de referência e contra-referência), os Conselhos de Saúde e demais instâncias gestoras nas esferas federal, estadual e municipal, determinando que as coordenações locais e as direções das unidades de saúde apresentem à população de sua área de abrangência, em formato adequado e linguagem acessível, relatórios sobre as condições de saúde, os per.s dos atendimentos prestados e os resultados alcançados, conforme apresentado pelo gestor em reunião de audiência pública de prestação de contas ao Conselho de Saúde.

51. Promover o diálogo entre a comunidade científica, a sociedade e os movimentos sociais, para a democratização, a compreensão crítica e a participação pública em assuntos relacionados à ciência, à tecnologia e à saúde, dentre as quais:

- I. intensificar o intercâmbio técnico-científico nacional e internacional por meio da consolidação e expansão do modelo de biblioteca virtual em saúde, fortalecendo a posição de liderança do Brasil na América Latina e Caribe;
- II. promover o modelo de biblioteca virtual em saúde como espaço democrático de acesso equitativo e eficiente à informação científica e técnica atualizada e de convergência de produtores, intermediários e usuários de informação em saúde, com destaque para a inserção, de forma descentralizada, da produção do conhecimento gerado no âmbito das instituições integrantes e parceiras do SUS;

■ **Comunicação em Saúde:**

63. Estabelecer o ano de 2005 como o ano nacional do SUS, com máxima cobertura em todos os meios de comunicação e efetivo envolvimento de todas as esferas governamentais na promoção da divulgação do SUS.

64. Aprimorar as relações entre as Secretarias e Conselhos de Saúde, movimentos sociais e populares e universidades na área de comunicação social, para facilitar o acesso amplo e direto às informações na área de saúde, com o apoio da rede de educação continuada e a instituição de prêmios jornalísticos, dentre

outras iniciativas, para reconhecer o trabalho de comunicadores ao divulgar os princípios do SUS e o controle social.

66. Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e sobre práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da Saúde, a partir de uma articulação entre os ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas.

69. Garantir o acesso da população às informações de saúde, sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação, divulgando obrigatoriamente em todos os meios de comunicação os resultados das conferências em todas as esferas de governo, assim como conteúdos de educação e de educação popular em saúde, visando ao cumprimento da Constituição Federal e das Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. O Ministério das Comunicações deve assegurar espaço gratuito em todos os meios de comunicação públicos e privados e na concessão de canais de rádio e televisão, para programas e matérias de promoção e prevenção em saúde e para informações de saúde de relevância pública e interesse local com linguagem acessível.

70. O controle social deve assumir a fiscalização das propagandas referentes aos serviços prestados pelo SUS criando, nos Conselhos de Saúde, câmaras especiais para análise da propaganda governamental, se possível em parceria com sindicatos e federação de jornalistas, radialistas e publicitários, para evitar a propaganda enganosa e garantir sua finalidade educativa, na forma da lei.

71. Fazer cumprir a lei que proíbe a propaganda de cigarros nos meios de comunicação em qualquer evento e criar lei com o mesmo fim para bebidas alcoólicas.

76. Reconhecer e implementar as rádios e televisões comunitárias como instrumentos públicos de comunicação e divulgação do interesse da sociedade, do SUS e da saúde, bem como dos direitos dos usuários:

- I. exigindo que a lei de concessão de rádios comunitárias seja cumprida pela concessionária;
- II. apoiando a criação de rádio comunitária indígena respeitando as especificidades etnoculturais;
- III. aumentando a potência de 25 para 50 *watts*, para que os trabalhos sociais sejam mais abrangentes;
- IV. criando e implementando, em conjunto com Ministério das Comunicações, uma rede de rádios educativas para abranger toda a Amazônia Legal, garantindo informações do SUS a todos os usuários dessa região;
- V. fazendo o Ministério da Saúde gestão junto ao Ministério das Comunicações.

ções, com o objetivo de criar uma política de análise diferenciada na concessão de rádios e televisões comunitárias pleiteadas por conselhos em todas as esferas, aplicando assim o princípio da intersetorialidade das ações.

77. Articular ações entre a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, os ministérios da Saúde, das Comunicações, da Cultura e da Educação para estabelecer uma política de comunicação e informação alternativa para a saúde orientada para jornais, televisões e rádios comunitárias, levando-se em conta as informações dos Conselhos de Saúde das três esferas de governo.

85. Articular com as faculdades de comunicação social a implementação de linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da saúde.

86. Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, a criação, ao longo dos próximos quatro anos, de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais da grande imprensa, comunidades e movimentos populares.

■ **Educação e Educação Popular em Saúde:**

87. Efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, locais de trabalho e comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada.

91. Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS.

Boas Vindas

(Caetano Veloso)

Sua mãe e eu
Seu irmão e eu
E a mãe do seu irmão
Minha mãe e eu
Meus irmãos e eu
E os pais da sua mãe
E a irmã da sua mãe
Lhe damos as boas vindas
Venha conhecer a vida
Eu digo que ela é gostosa
Tem o sol e tem a lua
Tem o medo e tem a rosa
Eu digo que ela é gostosa
Tem a noite e tem o dia
A poesia e tem a prosa
Eu digo que ela é gostosa
Tem a morte e tem o amor
E tem o mote e tem a glosa
Eu digo que ela é gostosa
Eu digo que ela é gostosa
Eu digo que ela é gostosa

Sua mãe e eu
Seu irmão e eu
E o irmão da sua mãe.

Oficina 2



Gustav Klimt – Vida e Morte (Óleo sobre tela, 1916)

A Vida e a Morte – *Quadro do pintor austríaco Gustav Klimt (1862 – 1918), o maior expoente da art nouveau e um dos fundadores da escola de pintura Secessão de Viena, que trouxe à tona a arte erótica, psicológica, além de outras preocupações estéticas da passagem do século xx.*

Saúde e Doença

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Apresentação do trabalho do dia
- Montagem dos Grupos Permanentes de Trabalho
 - Os grupos serão definidos com a participação dos comunicadores e técnicos das unidades de saúde dentro da abrangência das rádios
- Grupos
 - Leitura e discussão do capítulo 1 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- Sistematização dos grupos para Relatoria
- Plenária
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

CAPÍTULO 1

**Capítulo 1 – CD 1**

Faixa 01 – “Família Santos” - 3 min 27 seg

Faixa 02 – “Família Santos” - 2 min 42 seg

Faixa 03 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 04 seg

Faixa 04 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 51 seg

FAMÍLIA SANTOS

Domingo, hora do almoço. Encontro em família. Dia da melhor comida da semana. O cardápio varia: na falta de grana, arroz e feijão acompanhado de uma carne ou lingüiça; quando dá, uma bela lasanha e frango no capricho. As bebidas vão da cachaça e da cerveja a, eventualmente, um bom Sangue de Boi. A sobre-mesa mais esperada é o pudim de leite, segredo da culinária familiar.

Entre goles e garfadas, as boas e más histórias da semana, as fofocas, a atuação do time e outras tantas conversas que proporcionam o sentimento de pertencerem àquele grupo. Hoje, o derrame de seu Antônio, da sapataria, fará da saúde o assunto central.

Antes, porém, convém fazer uma breve apresentação dos componentes dessa família. São 10 moradores em uma casa de 4 cômodos, numa das áreas mais pobres do município. O chefe da casa é seu José, cujo nome homenageia o pai de Jesus, que aos 60 anos continua sendo pedreiro dos bons, mesmo que nem sempre tenha serviço. Dona Edna, sua mulher, que prefere não ter a idade revelada, faz doce pra vender e todo o serviço doméstico. Os quatro filhos: Waldson, 30 anos, metalúrgico desempregado, casado com Erotildes, 22 anos, faxineira, e o filho Ronaldo, 5 meses, que será, se Deus quiser, o futuro centroavante do Corinthians; Wilmar, 27 anos, que já ganhou prêmios de funcionário padrão, é caixa de banco, não bebe e não fuma; Wolnei, 24 anos, cuja atividade é melhor não esclarecer; e a tão esperada menina da casa, Valéria, 18 anos, mulata das melhores representantes da raça brasileira, trabalha de manicure e sonha, sem que o pai desconfie, em ser modelo. Seu Evaristo, pai de seu José, 85 anos, emigrado da Bahia, ex-trabalhador na plantação de cacau; Dona Maria, esposa de seu Evaristo, 80 anos, natural do Ceará, sempre cuidou da casa e ajudou na roça. Há cerca de 4 anos vieram morar na casa do filho porque a aposentadoria não permitia que se sustentassem sozinhos. Além do mais, dona Maria precisava ser tratada de uma doença do coração, e aqui os recursos são maiores. Muito bem, todos apresentados, vamos lhes passar a palavra.

O primeiro a se manifestar é Seu Evaristo. Ele diz pouco, mas não deixa margem à dúvida:

– Coitado do Seu Antônio, derrame não é coisa simples não. É o que sempre digo: a coisa mais importante da vida é a saúde. O resto a gente dá um jeito.

Todos concordaram, mas o sentido que aquela verdade consensual teve para cada um não deu para saber.

Em seguida, falou Wilmar, o exemplo de filho e trabalhador, que argumentou sobre a responsabilidade de cada um com sua saúde:

– Todo mundo acha importante ter saúde, mas cuidar que é bom, neça. Veja, o seu Antônio, fuma 2 maços de cigarro por dia, bebe cachaça e se gaba de não tomar os remédios de pressão alta. Para mim, se alguém não quer ficar doente deve seguir os conselhos dos médicos.

Waldson, o mais chegado ao sapateiro, reage:

– Bonito, quer dizer que o cara não pode fazer nada do que é bom na vida senão é culpado por ficar doente? E médico também não fica doente? Você pensa que remédio é de graça? Veja o meu caso, quando o Ronaldinho ficou com pneumonia, se o posto não me arruma o antibiótico, com que dinheiro eu ia poder tratar o menino? Além do que, às vezes, o remédio faz mais mal do que bem. Não viu o músico do LS Jack, o Marcos Mena?

Dona Edna, preocupada com o filho, refuta:

– Quer dizer que fumar e beber são coisas boas da vida? Essas coisas não têm nada de bom. Veja seu pai, com essa bronquite, claro que é do maldito cigarro. Não vou nem falar da bebida.

Seu José resolve intervir:

– Esse negócio de cigarro todo mundo já sabe, mas o gosto que essas coisas te dão é difícil perder. No meu caso, não esqueça a senhora que desde os 15 anos trabalho na umidade, no vento. Não vê o seu Walter, dono do mercadinho, fuma até mais que eu e não tem problema no pulmão.

Dona Maria resolve lembrar a todos que:

– Saúde quem dá é Deus. Vocês não lembram de dona Gertrudes, que os médicos disseram estar com aquela doença ruim? Depois de todas as nossas novenas ela ficou curada.

Wolnei, que não entra muito nesses papos furados, saiu de sua mudez pra dizer:

– Tá bom vó, Deus ajudou, mas ela teve foi sorte. Os manés dos filhos dela conseguiram internar ela lá naquele Hospital dessa doença. A maioria num consegue não. E aproveitando a deixa, tô indo.

O pai fica p. da vida e, como sempre, sobra pra mãe:

– Tá vendo Edna, esse seu filho a maior parte das vezes nem almoça com a gente e, quando vem, sai rapidinho. Que tem pra fazer que precisa sair tão depressa?

Enquanto o irmão fazia de conta que não era com ele e saía, Waléria, querendo evitar que o bate-boca esquentasse, resolve dar sua pitada. Diga-se que sua observação tinha muito a ver com a quantidade de calorias que tinha ingerido naquele almoço:

– Pra mim, o problema do seu Antônio é ser muito gordo. Quem não vê o que diz sempre a televisão? E tem mais: eu acho que gordo fica doente e feio.

Dona Edna, sabedora dos secretos desejos da filha, não deixa passar, e diz:
– Você tem razão, seu Antônio é muito gordo. A mulher disse que os médicos falaram que ele tinha diabetes por causa disso. Mas num pense a senhora que ficar magra demais também não deixa as pessoas doentes. A Creuza, filha da dona Inês, de tanto regime acabou ficando com anemia. Essas meninas secas não tão com nada. Pergunta pros homens da casa.

Seu Evaristo resolve, em tom de confiança, falar de novo:

– Nos últimos dias falei com o Seu Antônio e ele disse que não tava conseguindo nem dormir, porque do jeito que as coisas estão, eu teria que vender a sapataria. E se tem alguma coisa que ele gosta no mundo é de abrir o seu negócio de manhã e passar o dia consertando os sapatos e conversando com os amigos. Num sei não, mas quando a cabeça não tá boa...

Dona Edna, achando que aquele papo ia longe, propõe que todos comam o pudim. Afinal de contas, queria ver um pouco de televisão antes que os homens se aboletassem para ver o jogo.

Como palavra final, seu José ainda diz:

– O pior é que ficar doente é fácil; agora, ser bem atendido é mosca branca. Domingo que vem a gente continua a conversa, senão Dona Edna vai ficar reclamando.

FAMÍLIA AZEVEDO RIBEIRO

Os Azevedo Ribeiro reuniram-se nesse fim de semana para almoçar na casa de Cássio André. Estavam lá o anfitrião, médico, filho mais novo do eminente juiz de direito, Otávio André, que se sentou à cabeceira da mesa. Além deles, a mãe de Cássio, Eleonora, que tinha como atividade principal uma loja de modas, e a anfitriã, Clarice, também médica.

O assunto do almoço ficou ligado à apresentação que Cássio André fará, na sessão de pôster de um simpósio internacional sobre problemas de saúde que ocorrem na população pobre do município. Diga-se que o almoço, de muito bom gosto, teve uma salada verde seguida de arroz e salmão ao molho de maracujá. Devido ao calor, optou-se por cerveja inglesa. E, para a sobremesa, um delicioso creme de papaia com licor de Cassis. Apesar disso, e sem que ninguém nos ouça, Eleonora não perdeu oportunidade para alfinetar a nora.

– Estava tudo ótimo, mas o molho de maracujá merecia um pouco mais de condimentos.

Cássio André, a fim de evitar novas cutucadas entre a mãe e sua esposa, disse:

– A definição de saúde que mais me agrada é a da Organização Mundial da Saúde: Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social. É verdade que preenchê-la é uma situação rara. Entendo que o grande mérito dessa abordagem está em tornar impróprio dizer que saúde é apenas ausência de doença. Se bem que, na

prática, não sei como fazer para isso acontecer, uma vez que as pessoas, na maior parte das vezes, só se preocupam com essa questão quando estão doentes.

O juiz, orgulhoso de perceber o quanto o filho mostrava refletir sobre o tema, disse:

– Eu vejo a saída na educação. Tornar as pessoas mais aptas para o mercado de trabalho, visando uma melhora de suas condições sócio-econômicas e, ao mesmo tempo, ensiná-los normas de saúde. A partir daí, estimular a procura dos médicos para orientá-los e tratá-los, sempre que necessário, permitirá transformá-los em pessoas mais saudáveis.

Clarice não se conteve:

– Otávio, claro que concordo com você, mas trabalhando com a população nós percebemos que esse é um trabalho muito difícil. A maior parte das vezes não tem jeito de ficar explicando tudo para esses pacientes de posto e, quando você tenta, não adianta nada. Outro dia, atendendo uma senhora, resolvi explicar que a sua taxa de colesterol estava fora dos limites da normalidade. Orientei para a importância do consumo do azeite de oliva, de preferência extra-virgem, com baixa acidez em vez de outros óleos. Excedi-me e dei todas as informações necessárias, falei da obstrução dos vasos através da formação das placas ateroscleróticas, as quais podiam se alojar nas pequenas artérias de órgãos nobres e causar quadros isquêmicos, muitas vezes de prognóstico fatal. Sabem a minha recompensa? Soube depois que ela pediu para trocar de médico. Não adianta ensinar, por isso acho que deveria ter um jeito de penalizar quem não cumpre as normas.

Cássio interveio:

– Clarice, você há de convir: primeiro, o azeite de oliva não é de uso habitual para esse tipo de gente e, segundo, é mais caro. Por outro lado, devo reconhecer que eles muitas vezes gastam dinheiro com pinga e cigarro em vez de se alimentar melhor ou comprar o remédio indicado pelo médico. Mas não se deve esquecer que inquiridos sobre esse comportamento muitas vezes eles se defendem falando da importância dos prazeres na vida. Uma pergunta: é fácil abandonar um prazer ou hábito? Por isso, não sei se o conhecimento das normas basta, e muito menos acho possível obrigá-los. E, segundo, a linguagem que você usou deve ter fugido completamente do entendimento da paciente, tornando a relação dela com você muito fora das expectativas de quem tem no médico um orientador de condutas.

Nesse instante, entra a empregada, Janete, trazendo o café.

– Sirvo a todos? – Cássio já ia dizendo que para o pai não, mas Otávio argumentou:

– Um pouco não faz mal, eu sei me controlar...

Riso geral.

Cássio aproveitou e provocou a todos.

– Alguém vai responder a minha pergunta?

Todos se fizeram de desentendidos.

Eleonora, que a maior parte do tempo acompanha as conversas apenas balançando a cabeça, pede a palavra:

– Por essa e por outras, eu muitas vezes acho que o pessoal pobre acaba sendo muito mais feliz. Eles não esquentam a cabeça com a situação no mundo, nem em como manter uma empresa funcionando. Fazem o que bem entendem. Perguntem a Janete, talvez ela diga que está preocupada se a filha roubada da Maria do Carmo vai ficar com a mãe ou não. Enquanto isso, veja a quantidade de amigos que precisam de psicólogos ou psiquiatras.

Cássio, sempre condescendente com Eleonora, diz:

– Mamãe, acho que você tem certa razão, entretanto, não podemos esquecer que os pobres ficam mais expostos às doenças, morrem em maior quantidade e sofrem problemas de saúde mental freqüentemente. E o que é pior, muitas vezes, esses problemas os levam a serem depositados em hospícios sem grande chance de cura.

Novamente exultante com o filho, Otávio não se contém:

– Cássio, ouvindo você falar fico com certeza que, pelo traço profundamente humano de seu caráter, você fez a escolha certa ao estudar medicina.

Cássio, feliz pela aprovação paterna, coloca uma questão para um próximo papo:

– O Sistema Único de Saúde brasileiro considera a saúde dependente de fatores como: educação, alimentação, lazer, habitação, saneamento, renda etc. O que me preocupa é como considerar todas essas variáveis nos serviços que prestamos. Muitas vezes, acabo achando que a atenção à doença, nem sempre da melhor maneira, é o máximo que podemos fazer.

A Doença

Giovanni Berlingüer
Excertos para fins didáticos

O conceito que temos de saúde varia segundo a época em que vivemos, os interesses dos diversos grupos que vivem em uma sociedade e a maneira como a mesma está organizada.

A qualidade da ajuda dada por um profissional de saúde a um paciente depende também do conceito de saúde e de doença que ele tenha, da compreensão que se tem dos organismos vivos e de sua relação com o meio ambiente.

Estamos acostumados a pensar a saúde como ausência de doença, ou mesmo, num raciocínio mais amplo, pensar que a saúde é resultante das condições econômicas e sociais.

O conceito de saúde como ausência de doença pressupõe a origem das doenças a partir das causas biológicas, do que decorrem as formas de evitá-las e tratá-las.

“A partir do século XIX o aperfeiçoamento de uma série de instrumentos, especialmente o microscópio, possibilitando a identificação dos agentes etiológicos de doenças altamente prevalentes: tuberculose, varíola e malária. Criou-se a ilusão de que todas as doenças poderiam ser conhecidas através do microscópio e vencidas com soros e vacinas, pois seriam causadas por agentes mórbidos claramente identificáveis”.

Esse modo de entender a doença despreza o fato de que cada condição de existência do homem pode interferir no seu estado de saúde. Os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, ar, clima, habitação, técnica, relações familiares e sociais etc.) podem causar doenças, se agem sem controle. Um mesmo elemento pode assumir dois valores: ser fonte de saúde ou razão de mal-estar.

As mudanças ocorridas nas sociedades levaram à necessidade de uma ampliação do entendimento sobre saúde: é quando, após a segunda guerra mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) cria a Organização Mundial de Saúde (OMS), composta por técnicos de vários países, com o objetivo de estudar e sugerir alternativas para melhorar a saúde mundial.

Em 1978, a OMS e a Fundação das Nações Unidas para a

Causas biológicas-
motivos relacionados ao funcionamento do corpo

Agente etiológico-
um ser vivo (vírus, bactéria ou parasita) causador de determinada doença.

Prevalentes – *freqüentes na população*

Agentes Mórbidos – *um ser vivo (um agente etiológico), um produto químico ou processo físico que podem causar doenças.*

Cuidados primários de saúde – Representam o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e constituem o primeiro elemento de um processo de assistência à saúde.

Direito Fundamental – direito básico, indispensável das pessoas

Infância (UNICEF) promovem em Alma-Ata, ex-União Soviética, uma Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. A Conferência define saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

A partir desse parecer os países passam a reconhecer a saúde como direito fundamental de todo cidadão. Atingir um alto nível de saúde passou a ser a maior meta social mundial, cujo alcance pressupõe a ação integrada de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

A Conferência de Alma-Ata ressaltou a íntima relação e dependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social. A chave do plano da Conferência estava na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados de saúde.

No Brasil, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

A VIII Conferência adota o seguinte conceito de saúde: “em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização da sociedade, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

“A saúde e a doença são, portanto, distribuídas desigualmente entre os indivíduos, classes e povos. Desigualdade atribuída sobretudo à maior ou menor chance de adoecer e depois restabelecer-se. Este conceito de saúde avança ao considerar que as formas de organização social determinam os níveis de saúde dos indivíduos em uma dada sociedade; no entanto, o sentir-se bem depende de como o indivíduo se relaciona com o meio ambiente, das experiências do dia-a-dia e de como percebe e responde às alterações de seu meio ambiente social e natural.

A percepção da doença é influenciada pela cultura, pelo trabalho e pela riqueza.

Desconsiderar sinais e sintomas é, às vezes, uma atitude ligada à necessidade de cumprir as obrigações domésticas ou de trabalho, das quais depende a sobrevivência. Poder estar doente depende tanto do tipo de doença quanto do trabalho realizado. Uma bronquite leve pode ser indiferente para um operário ou um diretor de empresa, mas pode impedir o trabalho de um cantor; uma artrose pode ser desagradável para um profes-

sor mas inaceitável para um carregador. A saúde precária pode, portanto, levar a dificuldades de graus diferentes na vida das pessoas.

Quanto à relação entre saúde e modo (estilo) de vida, é necessário lembrar que nem sempre é dada aos indivíduos a opção da escolha. “O estímulo para que o indivíduo mude de hábitos vale muito pouco, pois as margens de escolha pessoal são muito estreitas.”

Para mudar é necessário ter claro as causas dos problemas, pensar sobre elas, e criar condições para atuar no sentido da mudança.

SAÚDE - DOENÇA

Maria Cecília de Souza Minayo
Excertos para fins didáticos

Causação – conjunto de fatores que causam as doenças

■ Causação natural

É a interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde: as mudanças do tempo são responsabilizadas pelo nervosismo, dores no corpo, gripes e resfriados; o frio é apontado como causador de gripes e bronquites; o calor excessivo é explicação para a inchação nas pernas e opressão no coração; os ventos são tidos como provocadores de mal-estar e de muitas doenças. Dentre todos os elementos da natureza a lua assume o papel principal no campo das explicações: seus ciclos facilmente são relacionados com ocorrências ou agravamentos nas condições de saúde.

A relação com o meio ambiente (a água, o ar, o vento, a terra, o clima) como explicação para o aparecimento das doenças não é superior, nas falas dos pesquisados, à sua relação positiva com a natureza. Tomar sol, agüentar chuvas, respirar ar puro, e viver ao ar livre são apresentados como fatores de saúde e longevidade.

– A poluição do ar é reconhecida como causadora de alergias, bronquites e coceiras;

– O “micróbio que entra e fura a veia” e a verminose “nascem” com a água parada, o lixo, as valas negras nos locais de moradia.

O desequilíbrio na comida e na bebida é outra fonte de representação das causas de doenças. Há comidas “pesadas” que causam má digestão; há comidas “reimosas” ou proibidas para determinadas categorias de pessoas como grávidas e mulheres amamentando. Há comidas que não devem ser misturadas, como manga com leite ou peixe com carne. Há comidas que fazem bem, trazem saúde, porque têm “substância”. Outras só “enchem barriga”.

Das bebidas, o álcool é tido, de forma relevante, como causador de doenças: do fígado, da cabeça, de inchação nas pernas. Sempre vinculado a problemas emocionais ou mentais, o alcoolismo é uma das causas mais atribuídas pelas famílias aos males de saúde no seu meio.

Algumas doenças estão associadas ao ciclo da vida: são consideradas normais. Dentre elas entram o reumatismo, a pressão alta e as doenças do coração para os idosos.

Depoimentos:

“Tenho muita dor de coluna, que me vem com a lua”.

“Minha perna incha é dói por causa do calor. Mas essa doença minha eu peguei porque trabalhava num lugar muito frio e úmido”.

■ **Causação sócio-econômica**

São aquelas referidas às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais, o saneamento básico e o funcionamento do sistema de saúde.

Para algumas famílias em estado de miséria absoluta as doenças não são explicadas, elas se mostram: são um desequilíbrio global que as pessoas não conseguem ou não sentem necessidade de verbalizar.

Mesmo quando a doença é explicada por outros fatores, a intervenção dos serviços de saúde é ressaltada por muitos como provocadora de outras enfermidades e responsável por mortes ou lesões irreparáveis. Enquanto para os médicos a saúde e a doença são, acima de tudo, fenômenos físicos, para alguns segmentos da população são relações que se expressam no corpo, mas que o ultrapassam indiscutivelmente.

Depoimentos:

“Eu tinha um problema muito grande de alergia e reumatismo, aterrou a casa e passou”.

“As crianças não têm saúde por causa do lugar onde a gente vive: tem rato, lixo, falta esgoto.”

“Eu tenho um problema de estômago que a médica não acha o motivo. Ela acha que é nervoso. Eu acho que é o pó que eu respiro muito naquela metalúrgica”.

“Eu cortei essa perna por causa de uma diabete, mas depois outros médicos me disseram que eu não precisava cortar. Perdi minha perna por erro médico”.

“Eu tive um problema sério de pulmão e tive que ficar internada. O médico disse que é fraqueza. A rezadeira diz que é macumba. Eu acho que é muito aborrecimento com meu marido, muita pancada que eu tomei. Eu lavava roupa na chuva. Não tinha gás e eu fazia comida no fogão de lenha, fora de casa. Aquele calor do fogão, aquela chuva fina, tudo isso ajudou”.

■ **Causação psicossocial**

O domínio psicossocial está referido aos sentimentos e emoções prejudiciais à saúde. Dentre eles são destacados a raiva, a in-

Psicossocial – combina elementos psicológicos e condições sociais dos indivíduos

Má formação congênita –

Alterações físicas (de aparência, de órgãos internos) do recém-nascido que ocorrem durante a gravidez

Biomédicos – ligados à biologia e à medicina

veja, o ciúme, a tristeza e os sustos. O espaço onde se dão os mais fortes embates emocionais é o das inter-relações familiares, da vizinhança e do ambiente de trabalho. O “nervoso da vida” é citado como provocador de “ansiedade”, “angústia”, “tristeza” e “sofrimento”. Muitas doenças físicas são explicadas como originadas de problemas emocionais, caso do alcoolismo tido às vezes como causa, outras vezes como consequência de inúmeros problemas.

O susto, particularmente durante a gravidez, pode ser explicação para o aborto, ou por má-formação congênita, epilepsia e doenças mentais. A inveja em relação à criança redundaria em quebranto, já no adulto ocorreria o “mau-olhado”.

Depoimentos:

“Eu tive um problema de pulmão e tive de ser internada. Eu tive esse problema por causa de muita pancada e aborrecimento”.

“Eu tive esse problema que eu tive que cortar a perna e agora não tenho mais interesse pelo meu marido. Minha reza-deira diz que é inveja dos outros porque sou arrumada e cuidado que é meu”.

“Meu pai é um neurótico de guerra e pegou nervoso na família toda. Lá em casa todo mundo tem problema de nervos”.

■ **Causação sobrenatural**

Trata-se do universo dos espíritos e dos seres superiores: Deus, Santos, Orixás, Espírito dos Mortos. Muitas pessoas buscam recursos biomédicos e, ao mesmo tempo, fazem tratamento espiritual, com orações, banhos de descarga, penitências, promessas etc.

Particularmente, quando as doenças são difíceis de serem explicadas pelo diagnóstico médico seu entendimento pode ser atribuído ao “castigo de Deus” ou “encosto” de algum espírito.

Depoimentos:

“Eu digo pras mães levarem as crianças no médico. Com diarreia não se brinca. Depois de três dias tomando os remédios, se a criança não melhora, aí eu rezo e ela cura logo”.

“Doença é um peso muito cansado, mas isso é a marca de Deus: tudo sai como ele quer. Meu filho, por exemplo, tinha um defeito de nascença na perna. Foi feita uma operação invisível e ele se curou. Mandaram deixar o menino sozinho em casa por 20 minutos, de roupa branca, deitado numa cama toda branca. Ele ficou dormindo. Quando acordou, começou a chorar, e aí o pai entrou. A partir daí ele ficou bom”.

O Pulso

(Arnaldo Antunes,
Marcelo Fromer e
Tony Bellotto)

O pulso ainda pulsa
O pulso ainda pulsa

Peste bubônica, câncer, pneumonia
Raiva, rubéola, tuberculose, anemia
Rancor, cisticercose, caxumba, difteria
Encefalite, faringite, gripe, leucemia

O pulso ainda pulsa (pulsa)
O pulso ainda pulsa (pulsa)

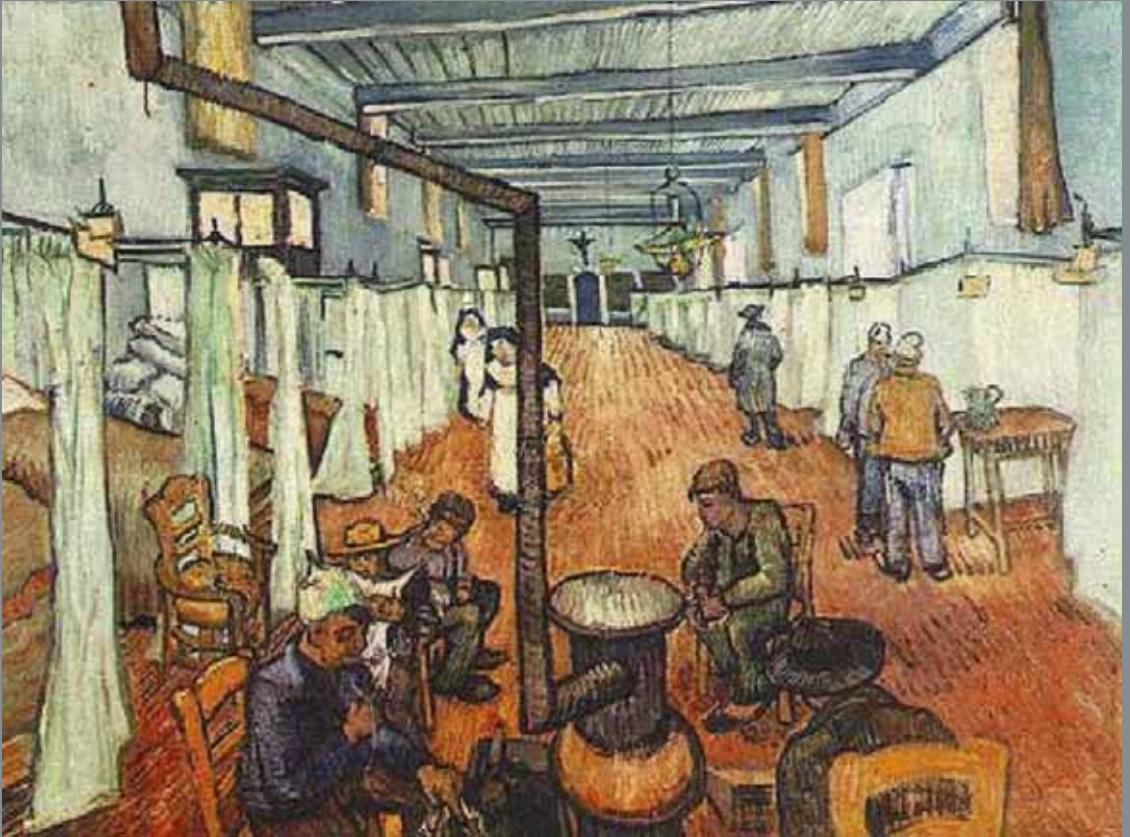
Hepatite, escarlatina, estupidez, paralisia
Toxoplasmose, sarampo, esquizofrenia
Úlcera, trombose, coqueluche, hipocondria
Sífilis, ciúmes, asma, cleptomania

E o corpo ainda é pouco
E o corpo ainda é pouco

Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia
Hérnia, pediculose, tétano, hipocrisia
Brucelose, febre tifóide, aterosclerose, miopia
Catapora, culpa, cárie, câimbra, lepra, afasia

O pulso ainda pulsa
O corpo ainda é pouco
Ainda pulsa

Oficina 3



Van Gogh – Enfermaria do Hospital de Arles, (Óleo sobre tela, 1889)

Enfermaria do Hospital de Arles –

obra do pintor holandês Vincent van Gogh (1853 – 1890), pioneiro do pós-expressionismo. Suas pinturas expressaram, em cores vibrantes, seus sentimentos de tristeza e solidão. Este quadro retrata o pátio interno e a enfermaria do hospital em que ficou internado, após cortar a sua própria orelha esquerda.

Atenção à Saúde

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Apresentação do trabalho do dia
- **Montagem dos Grupos Permanentes de Trabalho**
 - Os grupos serão definidos com a participação dos comunicadores e técnicos das unidades de saúde dentro da abrangência das rádios
- **Grupos**
 - Leitura e discussão do capítulo 1 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- **Sistematização dos grupos para Relatoria**
- **Plenária**
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

**Capítulo 2 – CD 1**

Faixa 05 – “Família Santos” - 2 min 39 seg

Faixa 06 – “Família Santos” - 2 min 37 seg

Faixa 07 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 04 seg

Faixa 08 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 11 seg

CAPÍTULO 2

FAMÍLIA SANTOS

A casa acordou agitada neste domingo. Wolnei, como não raro, não voltou pra casa. Ontem, sem mais explicações, disse que ia para a praia. Dona Edna, preocupada, inicia a preparação do almoço e espera que nada de mal tenha acontecido. Seu José, com cara de poucos amigos, brigou com Waléria por causa da hora que ela voltou do baile. Além disso, Erotildes e Waldson estavam de bico porque ele chegou “meio alto” e a cama só serviu pra dormir.

Vai chegando a hora e todos assumem seus lugares, exceto Wolnei e Waléria, que alegro não estar muito bem. Daqui um pouco, Dona Edna, auxiliada por Dona Maria e Erotildes, com a atenção de sempre, vai servir.

Para variar, seu Evaristo começa falando:

– Fui saber sobre o seu Antônio e as coisas estão mais ou menos iguais. Ele continua internado sem mexer o lado esquerdo e sem falar. E o pior: vão mandar ele para um hospital que fica do outro lado da cidade, porque neste não tem mais o que fazer. Dona Diva estava chorosa, pois não sabe como vai fazer para visitá-lo.

Seu José aproveitou o embalo e lembrou que na semana passada tinham parado a conversa nesse ponto:

– É isso que dá, pobre não tem direito a nada. A gente fica doente e quando tem sorte de ser atendido, assim que podem, eles mandam a gente andar. A Edna aqui não tava com aquela dor de cabeça fazia meses? Quando foi no posto disseram pra ela que só dava pra atender depois de 50 dias.

Waldson, ainda com gosto de guarda-chuva na boca, depois de um grande gole de água, comenta:

– Eu nesses casos prefiro ir ao Pronto-Socorro. Pode demorar umas 3 ou 4 horas, mas pelo menos alguém te atende no mesmo dia.

Dona Edna, que ia chegando com a travessa de lasanha em uma das mãos e com o frango na outra, pega o fim da fala do filho:

– Bom, atender no mesmo dia atende, mas te dão a maior bronca. Se a senhora tava com dor há tanto tempo tinha que ter ido ao Posto. Pronto-Socorro é pra caso grave e urgente. Aí, você pensa com seus botões, deixei tanto tempo não porque gostasse de ficar com dor, é que a gente espera que passe. Pensa que não deve ser nada. Acontece que, de repente, te bate a necessidade de ver o que é. No

meu caso, fiquei sabendo de uma amiga da Lolita que tava com dor de cabeça e quando foi ver tava com tumor.

Dona Maria dá três pancadas na mesa e pede:

– Pelo amor de Deus! Isola! Que essas coisas não aconteçam nesta casa!

Seu José faz uma observação instigante:

– Como é que a gente pode saber que lugar procurar, a hora de procurar?

Eu mesmo já vi gente ir ao Pronto Socorro só pra pegar receita do remédio que acabou. Não tô negando que fazer esse tipo de coisa faz gente com problema mais grave ficar esperando, já que tem muitas pessoas pra serem atendidas. Mas a culpa é de quem?

Erotildes, a única que se manteve calada na conversa anterior (diga-se de passagem, não se sabe se por ser nora, bem...), resolveu participar:

– Outro dia, o Ronaldinho tava com febre. Fui no posto e aí me disseram: “não tem vaga, vai no Pronto-Socorro porque febre é urgência”. No Pronto-Socorro, fiquei das 8 até às 11 horas, o médico nem examinou, mandou medir a febre, deu remédio pra baixar e mandou eu levar ele pro posto. Como dá pra saber qual é o lugar certo? E mais: quando voltei no posto perguntaram se o médico não tinha dado nenhum papel, e por aí continua... Acho que eles não querem é trabalhar.

Waldson achou que a mulher tava falando muito e aproveitou a oportunidade pra dar um cutucão na chata:

– Também, o pessoal do posto fica cheio com você, qualquer coisa você vai lá.

Antes que aquilo virasse outra coisa, dona Edna, que sempre concorda com os filhos, dessa vez resolveu, sutilmente, defender Erotildes. Quem sabe a identidade feminina falou mais alto:

– É engraçado, mas eles não falam que a gente só deve tomar os remédios que os médicos dão?

Seu Evaristo repousa a coxa do frango no prato:

– Apesar de tudo, tem coisa que não se pode esquecer: antigamente, quando eu era do Funrural, ser atendido era um sufoco maior ainda.

Wilmar que acompanhava a conversa, resolveu colocar suas idéias em palavras:

– O que todos precisam é ter um convênio como eu, essas coisas de graça nunca dão certo. Marco as consultas por telefone, faço todos os exames que preciso e ainda pago os remédios mais baratos na farmácia do convênio. E mais, se precisar internação, tenho direito à enfermaria com dois leitos no máximo.

Waldson, que hoje tirou o dia pra discordar, falou:

– Engraçado, quem é que outro dia tava dizendo que pra conseguir um exame que o médico pediu tinha que ter autorização especial? Se não me engano acabou conseguindo com o médico do posto...

Wilmar, não gostando do desmascaramento, desconversou com empáfia:

– Como sempre, você não entende.

O sorriso no canto da boca de Erotildes era sinal de que se sentia vingada da grosseria do marido.

Seu José lembrou que o dono de uma das casas que reformou tinha contado que, apesar do convênio, depois de sofrer um acidente de moto, seu filho tivera de ser transferido a um hospital público.

Nesse momento, chega Wolnei, para livrar dona Edna do sufoco. Entra, faz de conta que está tudo normal, diz que já comeu, e nem pára para ouvir a pergunta de seu José sobre o que estava fazendo desde o dia anterior.

Seu Evaristo, com experiência na vida, avisa:

– Agora tão falando nas equipes de Saúde da Família como a salvação, mas se esses médicos não se interessarem pela gente também não vai dar certo. Depois, quando a gente precisa de especialista e de exames é tudo difícil, hospital então, nem é bom falar.

Seu José lembrou-se também do caso de Mariquita, sua irmã e, emocionando a todos, recordou:

– Tia Mariquita precisava de um transplante de rim para poder parar aquelas diálises e viver. Demorou tanto na fila que acabou morrendo. Vou dizer uma coisa: esse SUS é uma droga.

Dona Maria, ajudando a nora e Erotildes a tirar os pratos, disse:

– É o que eu sempre digo: só Deus pra nos ajudar.

Será que o único jeito é esse?

FAMÍLIA AZEVEDO RIBEIRO

Hoje a anfitriã será Eleonora, que receberá, além de Cássio André e Clarice, o casal Souto Saraiva. Sem cometer indiscrições, vale a pena informar que Gervásio, amigo de muitos anos de Otávio André e Eleonora, é um empresário bem sucedido; a atual esposa, Bibi, é muito mais jovem, diz-se que é uma oportunista, passa o dia na academia.

A secretária, Terezinha, avisa que o almoço está servido. O cardápio inclui salada de tomate, rúcula e cogumelo, medalhão ao molho madeira, creme de espinafre e arroz branco. Para acompanhar, um vinho tinto italiano, com origem controlada e garantida.

Gervásio, sempre galanteador, lança um olhar enigmático para a anfitriã:

– Otávio, você é um homem de sorte. O tempo passa e Eleonora fica cada vez mais jovem. Mas, isso não a impede de receber conforme as melhores tradições.

Cássio André, sentindo o clima, para aliviar a mãe e tornar os olhares de Bibi para ele menos bandeirosos, resolveu falar sobre seu assunto preferido:

– As dificuldades para fazer funcionar o Sistema Único de Saúde me impressionam. Imaginem, a Organização Mundial de Saúde diz que um médico, para prestar um bom serviço, deve atender 16 consultas por 4 horas de trabalho

em consultórios. No posto que trabalho atende-se de 20 pra cima e mesmo assim a agenda está pra daqui a 2 meses. Ficam todos insatisfeitos – os trabalhadores e os clientes.

Gervásio, sem papas na língua, diz:

– Mas querido Cássio, esses pobres vão ao médico por qualquer coisa. Eu vejo os empregados da minha empresa, chega segunda-feira tem sempre um monte que procura o departamento médico só para conseguir atestado e não trabalhar.

Otávio embarca e abre um outro aspecto acerca da colocação do amigo:

– Concordo que existe uma procura exagerada por consulta, o que faz necessário aumentar o número de médicos e de postos de atendimento. Quanto a organizar a demanda, as pessoas deveriam ser orientadas a procurar o médico somente quando necessário.

O filho aproveitando a deixa:

– Existem vários aspectos a serem considerados, por exemplo: é inegável que o número de postos e médicos muitas vezes é aquém do necessário, até porque, o sistema é caro e os salários oferecidos são muito baixos; por outro lado, para que os usos dos serviços médicos fossem mais criteriosos, seria importante orientar a população, mas ao mesmo tempo, a equipe de saúde e o médico deveriam oferecer outras ações que ajudassem as pessoas a não ficarem doentes. Pensam comigo, quem procurar quando se tem problemas?

Bibi, com ar coquete, coloca:

– Acho o Cá tão dedicado. É tão bonito. Lembre-se Gervásio, meu bem, qualquer problema que lhe aparece, você liga ou vai ao seu médico. Cá, você não toparia fazer uma palestra pro pessoal da academia?

Cássio responde, com muita delicadeza, “quando quiser”.

Clarice que não gostou do Cá, e muito menos da estória de palestra para praticantes da academia, resolve azedar um pouco a conversa:

– Eu acho que a maneira mais simples de resolver isso seria cobrar pelos serviços, mesmo que fosse um real a consulta. Quero ver se o pessoal continua indo sem precisar.

Sua observação contou com as palmas de Gervásio e com o consentimento afirmativo de cabeça de Eleonora que, apesar de achar o nível de Clarice não merecedor de Cássio André, estava fula com o flerte de Bibi.

Cássio discorda:

– Esse pessoal paga os impostos, portanto, paga pelos serviços. Uma das conquistas do sistema de saúde brasileiro é ter acesso universal. Não nego que falta encontrar alternativas que garantam adequadamente esse princípio.

Gervásio, preocupado com os custos, observa:

– Cássio, o sistema de saúde é caro, aumentar a arrecadação pode ajudar na oferta de serviços. Digo mais, vejo a necessidade de reduzir os custos, por exemplo, os exames mais caros deveriam ser cobrados de quem pode pagar.

Dessa vez Clarice aplaudiu. Além de concordar, queria irritar. “Cá, pode Cá?”

Otávio interveio:

– Eu acho que o sistema precisa ser racionalizado, essa idéia de cobrar de quem tem não me parece mal. Aliás, acho que isso também deveria valer para as Universidades Públicas. De qualquer forma, enquanto se busca a melhor maneira, entendo que é necessário aperfeiçoar as condições de trabalho dos médicos.

Cássio, evitando o olhar de Clarice, pondera:

– Insisto que a cobrança e a divisão dos impostos precisa ser repensada, ao invés de cobrar de quem não tem. Claro que é fundamental melhorar as condições de trabalho e não só do médico, mas isso precisa ser integrado a um bom atendimento básico e especializado, garantia de internação, quando necessária, sem esquecer as ações de prevenção e promoção. Veja o benefício da vacinação, erradicou a varíola, a poliomielite e está eliminando o sarampo; o acesso ao tratamento gratuito às pessoas com Aids; os bons serviços prestados em vários locais etc. – essas coisas também são o SUS, mas as pessoas esquecem.

Eleonora avisa a secretária que pode colocar as sobremesas (sorvete de menta com chocolate, pudim de clara), o café e os licores. Com isso queria mudar o papo e se livrar de Bibi, embora achasse Gervásio uma pessoa muito agradável. Entretanto, apesar de sua vontade, faltavam algumas falas. Gervásio declara:

– Cássio, como fala seu pai, você é um idealista, mas não dá pra resolver o problema de todo mundo. Nenhum médico consegue manter um bom atendimento ganhando mal, dando receitas que não são compradas, orientando pessoas ignorantes etc.

Clarice, sem perder essa nova oportunidade, diz:

– Uma coisa é fazer o trabalho em consultório particular, outra é naquela loucura do posto. Mesmo querendo fazer um bom trabalho, é impossível preservar a qualidade.

Cássio, sentindo que o papo está para terminar, reforça:

– Vocês confundem dificuldades com impossibilidades. Além do mais, Clarice, a maior parte dos consultórios é mantida por convênios que pagam muito mal. Como já se disse aqui, saúde é cara, é necessário racionalizar recursos e garantir verbas. Veja, para esse problema do atendimento, existem experiências de saúde da família, que melhoraram os índices de mortalidade infantil, aproximaram os profissionais da comunidade, entre outras conquistas. É fundamental que as pessoas participem da vida das unidades da saúde, reivindicando e interagindo com os problemas existentes, não só culpando os trabalhadores.

Bibi, que percebeu ter ultrapassado com seus lânguidos olhares a paciência das outras mulheres, toma a decisão e diz a Gervásio:

– Vamos indo que eu ainda vou correr um pouco. Como vocês sabem, eu cuido da minha saúde. O último *check-up* mostrou que estou ótima. Ah, façam questão: o almoço do próximo domingo será em casa, aí continuamos o papo.

A gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências

Gilles Dussault
Excertos para fins didáticos

Eficácia – a obtenção das metas estabelecidas para um determinado objetivo, num dado período de tempo

Eficiência – a obtenção de resultados com o uso mais racional dos recursos

Dimensão Ética – princípios que orientam o comportamento humano

Dimensão moral – conjunto de regras de conduta desejáveis em um grupo social

O desafio, em qualquer país, consiste em tornar adequada a relação entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, isto é, em tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (excesso de médicos, falta de enfermeiros), organizacionais (falta de serviços básicos, ausência de serviços hospitalares).

Responder a este objetivo leva às seguintes questões: a) que tipo de organização é mais apropriada para produzir o impacto desejado sobre o nível de saúde de uma população? b) que tipo de administração favorece mais a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde?

Os serviços de saúde atendem as necessidades complexas e variáveis que mudam em função da classe social e dos significados da saúde, da doença, da morte; da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico). Até certo ponto cada problema é único, casos simples podem conter elementos de risco; serviços ruins podem causar prejuízos graves.

Na saúde, os usuários nem sempre têm informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las. A capacidade dos serviços de saúde em resolver problemas é limitada, tanto por exigir intervenções de vários tipos, como por sua ineficácia.

A prestação de serviços de saúde também comporta uma dimensão ética e moral importante, ligada ao sigilo, ao direito do usuário à informação sobre a sua condição, a garantia da continuidade do tratamento (pacientes em fase terminal) entre outros. Existem também os problemas administrativos ligados à escolha de prioridades (crianças ou idosos, serviços preventivos ou equipamentos superespecializados), à quantidade de recursos disponíveis, ao acesso aos serviços, ao respeito dos usuários, à eficácia das diferentes intervenções.

O setor saúde é disputado por atores que têm interesses

divergentes: os usuários que querem serviços de qualidade e baratos; os profissionais que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão e obter uma boa renda; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o governo que quer benefícios políticos etc.

As organizações de serviços públicos dependem em maior grau da situação política e econômica presente. Por exemplo, a vontade de reduzir os custos dos serviços, um objetivo econômico, pode entrar em contradição com objetivos de acesso a certos serviços; construir um hospital em dado local, objetivo político, pode ser contrário à distribuição de recursos de acordo com as necessidades. Por outro lado, diferentemente do setor privado, não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir. Não é possível negar atendimento aos casos difíceis ou caros. Evidentemente, esse dever de atendimento entra em contradição com a limitação dos recursos.

Os serviços de saúde têm a finalidade de elevar o nível de saúde da população, o que é um objetivo tanto político quanto técnico. Para enfrentar as mudanças das necessidades e das expectativas da sua clientela, as organizações de saúde devem ser flexíveis e capazes de responder às exigências em constante transformação.

Para que as necessidades de natureza social sejam definidas de acordo com a realidade e que os serviços sejam adequadamente avaliados, a comunidade precisa atuar conjuntamente. Procurar o ponto de vista dos usuários deve ser uma maneira de assegurar a adaptação dos serviços. Não significa que os usuários participem necessariamente de cada etapa da tomada de decisão, o que pode tornar-se participação de fachada. Importa que eles participem das decisões estratégicas (escolha das prioridades, mudanças radicais) e que sejam os últimos juizes do resultado dos serviços.

A gestão que parece mais adequada a essas organizações é mais do tipo consensual do que autoritário. É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia da prática e do corporativismo. Essa gestão prioriza os mecanismos de tomada de decisão que envolvem os profissionais, aceita, portanto, que trabalhem não para obedecer ordens, mas por responsabilidade.

Na saúde, a gestão deve ser orientada para o ambiente e

Consensual – *concordante*

Corporativismo – *ação de um grupo em busca de garantir seus interesses próprios*

adaptar-se às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, o que exige flexibilidade.

Considerando que a complexidade dos problemas exige, cada vez mais o trabalho multiprofissional, os administradores devem criar condições favoráveis a esse tipo de trabalho. É quase desnecessário mencionar que a gestão de serviços públicos exige uma ética que privilegie o bem-estar dos usuários da comunidade. O desafio dos dirigentes é facilitar a adesão dos membros de sua organização a essa ética.

■ **Conclusão**

A contribuição dos serviços de saúde para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades mudou radicalmente nas últimas décadas. Há 50 anos os que organizaram o sistema nacional de saúde inglês estavam convencidos de que a ampliação do acesso aos serviços médicos e hospitalares iria diminuir o consumo dos serviços por causa da melhoria do nível de saúde e da diminuição das necessidades. Com o tempo, verificou-se que os serviços são apenas um dos determinantes da saúde, que a eficácia é limitada e que podem produzir resultados negativos.

A implicação disso é a obrigação de formular políticas de saúde que incluam todos os determinantes e não apenas o atendimento, e exige que sejam criadas condições de organização de acordo com cada doença e com a situação de vida da população para que a produção dos serviços possa ser adequada às necessidades.

Trabalho Multiprofissional-
trabalho que envolve
profissionais de diferentes
formações

Ode às muletas

(Cora Coralina)

Muletas novas, prateadas e reluzentes.
Apoio singelo e poderoso de quem perdeu a integridade de uma ossatura intacta, invicta em anos de andanças domésticas.
Muletas de quem delas cresceu depois de ter vencido longo tempo e de ter dado voltas ao mundo sem deixar a sua casa.

Andarilha que fui de boas tíbias e justo fêmur, jamais reumáticos.
Um dia o inesperado trambolhão, escada abaixo.
Como sempre, as vizinhas prestativas, maravilhosas correm.
Um vizinho possante me levanta em braços de gigante.

Uma ambulância.
Goiânia. Parentes à espera.
Filhos que chegam de longe.
A Clínica.
Por sinal que Santa Paula.

Médicos ortopedistas, dos anos de meus netos.
Gente moça. Enfermeiras, atendentes.
Colegas fraturados.
Jovens e velhos indistintamente.
Viveiro. Cultura de acidentados, as estradas asfaltadas, as ruas alegres da cidade, as casas.
Desastrados meios de locomoção.
A ânsia incontida da velocidade.
A pressa da chegada – a mesa de operação.

A sala de cirurgia inapelavelmente branca.
A mesa estreita operatória.
Até o dia muito breve da cirurgia eletrônica.
Agora: o soro, o oxigênio.
Picadas leves.
O branco invade o submundo sensitivo.
O bloqueio nervoso.
Nada mais. A omissão total.
O inconsciente, o inerte.
Atentos o anestesista, o cardiologista.
Médicos amigos presentes formam a corrente magnética, vibratória, propiciatória.

O cirurgião, absoluto, corta.
Pinça, acerta, ajeita, aparafusa plaquetas metálicas, irmanando ossos fraturados.

Depois... a volta triunfal, à Vida.
Vida! Como és bela na ânsia do retorno. Flores! Amigas.

A cadeira de rodas no pátio, ao sol.
A troca de cumprimentos.
Cordialidade entre quebrados.
A alta.

A casa humana, hospitaleira, carinhosa e fraterna.
Abençoada casa de sobrinhos super amigos.
Cheia de meninos, daqueles do Evangelho que se achegavam a Jesus.
Carinhosos no me trazerem o copo d'água, a almofada.

As muletas fora de alcance.
Sutis no abrir e fechar portas.
Acender e apagar botões de luz.
Meus queridos meninos do tempo de Jesus.
(Para vocês esta pequenina estrofe de carinho e gratidão).

Muletas utilíssimas!...
Pudesse a velha musa
vos cantar melhor!...
Eu as venero em humilde
gratidão.
Leves e verticais. Jamais
sofisticadas.
Seguras nos seus calços
de borracha escura.
Nenhum enfeite ou sortilégio.
Fidelíssimas na sua
magnânima
utilidade de ajudar a novos
passos.
Um dia as porei de parte,
reverente e agradecida.

Seja de uma grande bênção
aquele que as criou
em hora sagrada. Inspiração
do alto.
Vieram vindo devagarinho.
Transformações
Várias através dos séculos.
Foi bastão primeiro do
indigente,
desvalido, encanecido,
peregrino
em distantes romarias.
Varapau do serrano em
agrestes serranias.
Bordão de frade penitente,
mendicante.
Menestrel em tempos idos
tateando incertos passos.
Rapsodos descantando

romanças e baladas
pelos burgos, castelos,
castelánias.
Cajado patriarcal de pastores,
santos e profetas.
Vara simbólica de autoridades
em remotas eras.

Subiu a dignidade eclesiástica
e foi o báculo episcopal.

Bengalão respeitável dos
velhos,
encastado em prata e ouro,
iniciais gravadas,
acrescentava algo ao ancião –
respeito, veneração
aos seus passos tardos.

Bengala de estoque...
arma traiçoeira do malandro
e do sicário.
Bengalas de junco, de prata,
de marfim e de unicórnio...
encastados em ouro e pedras
finas.
Subiu e galgou. Uso e desuso.
Modificada, acertada à
necessidade humana
reaparece, amparo e proteção.
Transformação técnica,
– muletas ortopédicas.

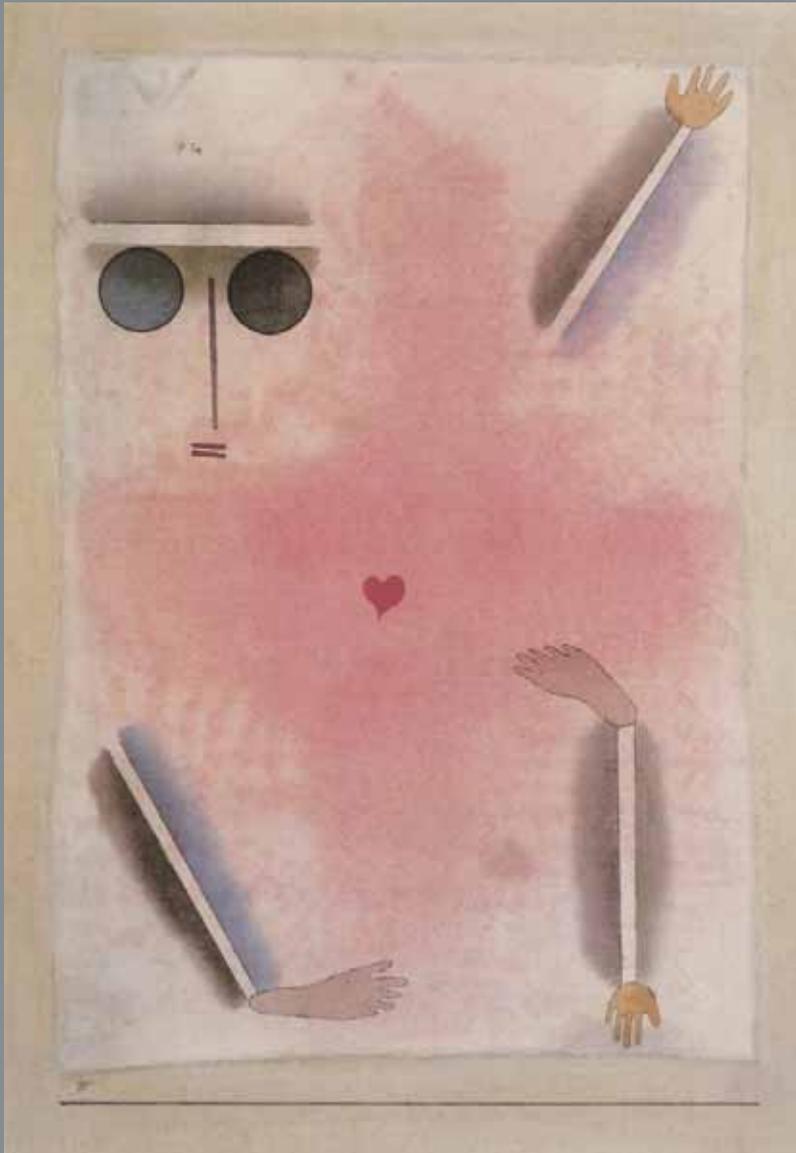
Do primitivo bordão
à sua excelsa utilidade
e ao seu préstimo constante

e inexcédível,
eu as canto numa ode de
imensa gratidão.

Bengala branca sem igual!
Quem não as viu um dia
sobrelevando a multidão
e deixou de atender ao seu
sinal!...

Alçada pelo cego, ela faz
parar o trânsito
e atravessa incólume
ruas e avenidas das cidades
grandes num consenso
dignificante da beleza
universal,
estabelecido pelos povos
civilizados na Convenção
Internacional
da Proteção e Direito dos
Cegos
de todo o mundo.
Mais do que as muletas
que nos dão apoio
eu me curvo reverente ante
a bengala branca do cego
que é a própria luz de seus
olhos mortos
em meio à multidão
vidente.

Oficina 4



Paul Klee – Tem cabeça, mãos, pés e coração (Técnica mista, 1930)

Tem cabeça, mãos, pés e coração

– obra produzida em 1930 pelo pintor, aquarelista e gravurista suíço Paul Klee (1879 – 1940), um dos mais importantes e originais mestres da arte moderna. Criou uma obra de imagens fantásticas que influenciou o surrealismo e o expressionismo abstrato do século XX.

Modelos de Atenção

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Observações e questões sobre a oficina anterior.
- Apresentação do trabalho do dia
- Divisão em Grupos
- Grupos
 - Leitura e discussão do capítulo 3 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- Sistematização dos grupos para Relatoria
- Plenária
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

CAPÍTULO 3



Capítulo 3 – CD 1

Faixa 09 – “Família Santos” - 2 min 39 seg

Faixa 10 – “Família Santos” - 2 min 14 seg

Faixa 11 – “Família Azevedo Ribeiro” - 2 min 10 seg

Faixa 12 – “Família Azevedo Ribeiro” - 2 min 45 seg

FAMÍLIA SANTOS

Hoje não vai ter o almoço de domingo. Passaram a noite com muitos dos amigos da vila, não para festejar, mas velando seu Antônio, que morrera na madrugada do sábado. Nem todos ali teriam elogiado seu Antônio, mas naquela circunstância o comentário geral era sobre o sofrimento daquele bom homem. Morreu sozinho num hospital distante.

Foi enterrado no cemitério municipal às 10 horas da manhã. Após o fim da cerimônia, os Santos voltaram para casa tristes, cansados e foram dormir, exceto Erotildes, que esperou Ronaldinho cair nos braços de Morfeu. Não estranhem Wolnei ter aparecido, o sapateiro quebrou seu galho muitas vezes, abrigando-o de batidas policiais.

A primeira a acordar foi Dona Edna que, seguida e ajudada por dona Maria, começou a preparar o café reforçado que seria o almoço e jantar daquele dia. E, se alguém viesse a preferir comida, dava pra esquentar o arroz e feijão do dia anterior.

Um após o outro foi chegando à mesa. Sem que ninguém falasse, parece que todos precisavam respirar, juntos, o mesmo ar. O silêncio foi quebrado.

Waldson, que parecia o mais atingido pela desgraça, disse:

– Coitado, eu gostava muito dele, sempre ponta firme. Não entendo como alguém tá conversando com a gente, bebendo umas e outras e 20 dias depois está mortinho.

Sem esperar nova deixa, dona Maria dá o seu recado:

– Filho, chegou a hora dele. Deus sabe o que é melhor. Vamos rezar por ele.

Seu José, revoltado em relação a esses assuntos de saúde e doença, fala:

– Sabe mãe, Deus decide, mas às vezes os médicos matam a gente antes da hora.

Seu Evaristo pondera:

– Não seja injusto, teve médico muito bom pra nossa família.

Dona Edna, ouvinte habitual da rádio comunitária, Espaço do Povo, acompanhou naqueles dias um programa sobre Cuidados com a Saúde:

– Ouvi uma entrevista muito legal com um médico. Ele disse que a gente pode fazer muita coisa para não ficar doente. E não pense, seu José, que eu vou

falar coisa pra pegar no seu pé. Ele falou que se a gente conseguir evitar o cigarro, não beber demais, não comer muita gordura e caminhar alguns dias da semana, pode controlar a pressão alta e o diabetes.

Wilmar, um defensor dos bons hábitos, não perdeu tempo e reforçou:

– É o que tenho falado para vocês: se a gente seguir os conselhos dos médicos, vive muito melhor. Mas as pessoas querem tudo sem ter de fazer nada. O pessoal de casa é exemplo: cigarro e bebida todo o tempo, sem falar em coisa pior de uns e outros.

O burburinho dos homens foi praticamente geral. O primeiro a reagir foi Wolnei:

– Não vem dar sermão não. Você não passa de um babaca.

Dona Edna pede calma, mas Waldson também responde a Wilmar, com grosseria:

– Seu bosta, o que você ia achar se tirassem seu emprego e tivesse mulher e filho pra sustentar. Escreve aí, na hora que me derem emprego, eu cuido melhor da saúde.

Seu José precisava desafogar o coração, mas respondeu com certa dose de ternura:

– Não é tão fácil como você está dizendo. Pense: como largar de coisas que além de prazerosas servem para você se enturmar? Grupo de amigos não é pra se jogar fora.

Suas fala final foi olhando pra Wolnei que, ao perceber o clima, já estava indo:

– É verdade que tem umas que não se pode continuar a fazer, porque o resultado se não for o cemitério será a cadeia.

Seu Evaristo, sem a sua habitual vontade de falar, não evitou que as palavras fossem saindo da boca como se estivesse fazendo um breve balanço de vida:

– Meus filhos, a verdade é que o pobre, desde que eu me conheço por gente, morre desse jeitinho sofrido e muitas vezes antes da hora. Eu tô falando das criancinhas que morrem logo cedo ou de muito garoto que tá sendo morto hoje em dia. Lá no povoado, perto da fazenda, morria criança como se o bafo da vida tivesse sido soprado só de leve. Quando puseram água tratada nas casas, muitas deixaram de morrer. Eles pensam que a gente não percebe. A gente precisa mesmo aprender a se cuidar, mas não dá pra achar que quem sabe faz tudo certo. Eles precisam olhar pras coisas que a gente precisa, porque aí a gente ia ter vontade de cuidar da saúde.

Caiu um silêncio. Entretanto, estimulado por um altissonante pum de Ronaldinho, o ambiente foi desanuviado por uma gargalhada geral.

Waléria aproveitou e perguntou:

– Mãe, o médico falou como a gente faz pra evitar celulite e estrias?

Dona Edna, querendo manter o clima descontraído, respondeu delicadamente:

– Não filha, isso ele não disse, mas quem sabe num outro programa. Lem-

brei dele ter repetido que manter as vacinas em dia evita muita doença, como a paralisia infantil.

Erotildes, mais que depressa, informou:

– Ronaldinho está em dia. Apesar disso, sempre levo nos dias de campanha.

Waldson fez menção de que ia soltar um resmungo qualquer, mas conteve-se.

Wilmar perguntou à mãe:

– E o que mais ele disse?

Dona Edna, raramente centro da conversa, fala:

– Teve coisa que não entendi direito. Ele disse uma coisa que eu nunca tinha ouvido, que a gente devia participar dos conselhos de saúde, que devia ter um no postinho, porque assim se podia melhorar muita coisa.

Seu José, o reativo, argumenta:

– Pra começar, nem sei desse tal de conselho. Depois, eles só não fazem porque não querem. Não vou usar meu tempo de descanso pra ficar falando e não resolver nada.

Dona Edna, a palestrante, diz:

– O que ele disse é que se a gente souber o que está acontecendo no postinho, pode tentar interferir para melhorar.

Waldson resolve falar:

– Mãe, isso é conversa fiada, imagina se aqueles funcionários do posto vão querer ouvir nossos palpites.

Dona Edna não se deixou abater:

– O médico disse que se a gente tentar, vai ser bom pra todo mundo, e não vai parecer encheção de saco. Não sei direito, mas ele falou que se não tiver ou não estiver funcionando o conselho, a gente pode cobrar porque é coisa de lei do SUS.

Mas Wilmar não se convence:

– Esse tipo de coisa só funciona se for em serviço pago, senão, não dá em nada.

Ali, num lugar em que tudo que conseguiram dependeu do atendimento público, parece, que mesmo sem falar, todos concordaram: só pagando. Dona Edna recuperou nossa esperança:

– O doutor disse que tem lugar que isso funciona muito bem. Tem posto que organiza caminhadas em grupos e que por isso as pessoas ficam menos doentes.

Waléria fez, em voz alta, seu primeiro pedido numa reunião fictícia do conselho:

– Eu acho que eles poderiam ter esses aparelhos de academia pra gente usar.

Gervásio e Bibi, sorridentes, receberam seus convidados à porta de entrada. A expressão em seus rostos não permitiria nem a um bom observador notar algo diferente.

Sem que ninguém nos ouça, Marinalva, a cozinheira, contou a Luciene, a arrumadeira, que o pau quebrou na casa do Noca. O patrão falou pra patroa não dar em cima do Cássio, que ele não era besta. Apesar do Viagra não queria concorrência. A dona gemeu e respondeu: que ele estava doido, ele que tentara, como sempre, flertar com Eleonora. O patrão disse que isso é coisa antiga, que apenas os divertia. Mas, se ela quiser continuar com ele, que faça as coisas longe das suas barbas. A mulher ficou quieta.

Ao lado dos dois estava um jovem, apresentado como sobrinho de Gervásio. Seu nome era Wando, Wan para os amigos, e, para desgosto do tio, era homossexual. Clarice, de mãos dadas com Cássio, deixou claro que o mesmo tinha dono.

O menu da casa dos Souto Saraiva contava com salada de polvo, risoto de camarão e postas de atum ao molho de gengibre.

Gervásio não deu tempo para que o assunto descambasse para amenidades – questionou Cássio sobre algo que havia sido dito e que o intrigara a semana toda:

– Cássio, meu rapaz, você disse que as pessoas esquecem que acabar com algumas doenças e diminuir outras também são ações do SUS. Fiquei pensando, não dá pra cobrar isso, o que elas percebem é o que está acontecendo com elas ou perto delas, lembrar que não tem mais poliomielite é exigir demais.

Cássio não vê como não concordar, todavia, argumenta:

– Olha, Gervásio, eu acho que você tem razão. No entanto, é preciso mostrar às pessoas – e eu não sei como – que eliminar algumas doenças permite que se trate melhor o que acontece com elas e que se elas fizerem determinadas coisas terão mais saúde.

Wando, que era militante do movimento gay do Nordeste, alerta Cássio:

– Pra se conseguir isso é preciso aprender a falar com as pessoas. Tome o caso da Aids: o medo fez mais pela prevenção do que o significado de não se ficar doente. É preciso que vocês aprendam a falar coisas que possam ser utilizadas no dia-a-dia da vida delas. Você não vê os resultados que os gays de São Francisco conseguiram? O sexo seguro passou a ser o comportamento padrão daquele grupo.

Gervásio que, como sabemos, não morre de amores por aquele sobrinho, apenas o recebe por ser filho de sua irmã querida, discordou, como sempre:

– Isso é coisa de bicha. Se vocês quisessem se prevenir, vocês não ficavam trepando com todo mundo. A conversa é: tá liberada a putaria desde que seja com camisinha.

Apesar de estarmos diante de pessoas ditas não preconceituosas, quase todas riram.

Cássio, ao contrário, não fez nenhum reparo, apenas aceitou as críticas de Wando.

Otávio André retomou:

– Eu entendo que o trabalho de prevenção fica muito aquém do desejável. Como já disse, é necessário que aquilo que é ensinado sobre hábitos saudáveis seja cobrado. Não se pode continuar com o desleixo existente e não acontecer nada. Vejam vocês essa estória da dengue, todo ano se fala nisso e as pessoas não tomam cuidado com a água parada.

Clarice, já mais descontraída, uma vez que os olhares de Bibi estavam comportados, reforça as palavras do sogro:

– É fato, todo ano aparece na televisão o que deve ser evitado, mas você anda por aí e percebe que eles continuam sem tampar caixas d'água, enchem o fundo do quintal de bugigangas etc. Ou se institui multas pesadas ou não vai adiantar.

Contudo, Wando resolve se opor:

– Me desculpem. Esse negócio de que as pessoas só não fazem porque não querem e, portanto, merecem punição, é um equívoco. Na minha cidade, tem um monte de problema, a dengue é um deles, o pessoal da saúde quer que os moradores tomem providências para evitá-la, mas outros problemas que dependem do governo não são enfrentados. Que diabo é isso! Aqui na casa de meu tio têm umas bromélias lindas que são criadouros de mosquito, mas quando se fala em comportamento errado se fala só dos pobres.

Bibi, que adora Wan, ótima companhia para assuntos femininos, inter-vém:

– Sabe, Wan, você tá certo, mas que eles podiam fazer alguma coisa, podiam. Depois eu peço pro jardineiro ver as bromélias.

Gervásio, que tentou contar até dez, parou no três, e disse:

– Wando eu não sabia que além de veado, você era comunista. Quer dizer que as pessoas só têm obrigação de cuidar da saúde caso o governo dê tudo pra elas? Me poupe! E se bromélia cria mosquito, antes dela tem todos os rios pra serem cuidados.

Wando dessa vez não resistiu:

– Tio, nesse caso, primeiro o governo. Ah, quanto aos rios, pode ficar tranquilo que mosquito da dengue não gosta de água poluída.

Eleonora, que não está muito aí, para proteger Gervásio elogia o almoço e, ao mesmo tempo, dá uma cutucada:

– Bibi, a Marinalva está cada vez melhor, foi ela quem escolheu o cardápio?

Meio sem jeito, a anfitriã teve que admitir que sim.

Isso serviu para a satisfação de Gervásio, que para mudar o papo deu sinal para se dirigirem à outra sala para o café e licores. No trajeto, ouviram-se dois breves diálogos:

Gervásio para Eleonora:

– Você está cada dia mais linda

Ela pra ele:

– Não sei se acredito, você sempre me diz isso, mas... O assunto foi interrompido pela aproximação de Cássio e Clarice.

A outra conversa era quase um sussurro, entre Otávio e Bibi:

– O que aconteceu? Você não devia flertar com Cássio?

Bibi baixinho:

– Hoje não, Gervásio já mordeu a isca.

Não faltarão oportunidades de sabermos o que está por trás dessas mini-conversas.

Cássio que sentia um misto de incômodo e alegria com a argumentação de Wando, levou o assunto para o SUS, a fim de concluir a conversa preservando seu papel de estrela:

– Sabe Wando, tenho dito coisas parecidas ao pessoal, mas eles, muitas vezes, ficam em posição cômoda para criticar o comportamento da população. Por exemplo, a lei do SUS garante a participação das pessoas em conselhos de saúde, mas boa parte delas não se interessa e, quando o faz, defende interesses pessoais.

Otávio, que ainda não entendeu o que Bibi lhe sussurrou, intervém:

– É assim em todos os espaços de representação, as pessoas pouco se interessam.

Wando não conhece as leis do SUS, todavia, tem mais uma observação a fazer:

– Sabe Cássio, percebi seu interesse pela vida das pessoas, mas seu olhar é meio enviesado. O fato é que essas reuniões mexem muito pouco com o que acontece na prática. Fala-se em participação, mas viabilizá-la é muito raro. Não quero com isso negar a falta de prática das pessoas em participar mais das coisas que dizem respeito à vida delas.

O assunto ao ganhar ares mais profundos perdeu a atenção do restante das pessoas. Cássio acenou com uma nova conversa em outro momento, e Wando convidou-o a participar de uma reunião na periferia no sábado que vem.

Enquanto isso, Gervásio levou os demais a verem as lindas bromélias que tinha trazido do litoral sul.

Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.

Carmem Fontes Teixeira
Excertos para fins didáticos

Demanda – procura por atendimento

Efetividade – grau de satisfação dos desejos e das necessidades da sociedade pelos serviços prestados

Eqüidade – distribuição dos bens públicos à sociedade, segundo as necessidades diferentes das pessoas ou grupos

Os modelos de atenção à saúde são formas de organizar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários com o propósito de intervir sobre problemas (danos e riscos) e sobre necessidades de saúde de cada grupo social.

O modelo médico centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, eqüidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações.

Ao lado desse modelo o serviço público com base no “modelo sanitarista” procura enfrentar problemas de saúde de caráter coletivo através de campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

■ **A quem interessa mudar o modelo?**

A identificação e análise de problemas de saúde depende de quem está fazendo. O que é problema para uns, pode não ser considerado problema para outros. Se não, vejamos:

Para os dirigentes a questão é como lidar com um sistema que tem altos custos, baixa efetividade, limitações no financiamento entre outros problemas que levam a uma baixa capacidade de resposta diante do aumento crescente e diversificado da procura de atenção pela população.

Na perspectiva dos pesquisadores o problema é tentar produzir conhecimentos e tecnologias que contribuam para a melhor compreensão e organização das intervenções realizadas.

Pelo lado dos profissionais e trabalhadores de saúde os desafios são enfrentar as limitações de infra-estrutura e dificuldades administrativas que contribuem para que as condições de trabalho sejam precárias em um contexto acelerado de transformações do conhecimento e da tecnologia existente.

Para as pessoas que necessitam de um atendimento individual na rede de serviços de saúde, a dificuldade é a desagra-

dável sensação de insegurança acerca da forma como serão tratados, não apenas como doentes, mas fundamentalmente como seres humanos, portadores de necessidades e carências.

Do ponto de vista da população que tem condições diferentes de vida e saúde, com acesso diverso, o problema é como fazer para ter garantido seu direito constitucional para a promoção, conservação e recuperação de saúde.

Dessa forma, a mudança de modelo de atendimento para cada grupo vai gerar vantagens e desvantagens diferentes.

■ **Problemas, necessidades e demandas aos serviços de saúde**

As mudanças nas condições de vida têm feito com que o quadro epidemiológico se caracterize pela predominância de problemas de saúde relacionados com as doenças crônico-degenerativas e as chamadas “causas externas”, ou seja, agravos à saúde direta e indiretamente vinculados à escalada da violência social em suas mais diversas formas, desde os acidentes (de trânsito e do trabalho) aos decorrentes da violência doméstica, da delinquência ou os promovidos pelas instituições. Ao lado disso, crescem de importância o câncer e persistem as doenças infecciosas e parasitárias, que continuam ser motivo importante na procura dos serviços de saúde.

A implantação do SUS incorporou cerca de 30 milhões de pessoas ao consumo de serviços produzidos no âmbito da rede própria e da rede privada. Os sinais de insatisfação da clientela contribuem para o reconhecimento dos limites do modelo vigente.

O enfrentamento de uma situação tão complexa exige ações de caráter intersetorial e mobilização da sociedade, como a construção de respostas sociais adequadas aos problemas; articulando ações e estratégias de mudança na organização, no conteúdo das práticas e nas relações dos profissionais e trabalhadores de saúde com a população e com as pessoas que necessitam cuidados

A atenção à saúde requer superar o modelo centrado no atendimento a doentes para incluir ações de prevenção e promoção dos riscos e agravos para além dos muros dos serviços, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes” para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”. É necessário conhecer os problemas de saúde e suas causas, organizar atenção à saúde

Doenças Infecciosas e Parasitárias – aquelas causadas por bactérias, vírus, fungos, parasitas e vermes

de modo a incluir não apenas as ações e serviços que interferem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas”, tais como as condições de vida, trabalho e lazer.

Existem várias propostas que buscam criar tais alternativas como os Programas de Saúde da Família, Vigilância da Saúde, Cidades Saudáveis entre outras. O desafio que elas enfrentam é mudar a forma de atenção à saúde, o perfil dos profissionais e trabalhadores da área, a organização e gestão dos serviços e as relações técnicas e sociais estabelecidas entre os dirigentes, profissionais, trabalhadores e população.

■ **Comentário Final**

Nesse texto a autora buscou enfatizar a necessidade de se tomar como ponto de partida para mudar as práticas de saúde a identificação e análise dos problemas dessa área e de suas relações com as condições de vida da população. Torna-se evidente a necessidade de articular idéias, propostas e estratégias que já vêm sendo desenvolvidas, de maneira a construir um modelo que contenha a assistência e privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos. Segundo a autora, é preciso resgatar as dimensões éticas e culturais no cuidado à saúde das pessoas e dos grupos da população brasileira.

O essencial é desencadear processos e construir caminhos que levem em conta as necessidades da população tendo como referência a redução das desigualdades e a promoção do bem-estar coletivo.

Mãos dadas

(Carlos Drummond de Andrade)

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
Não serei o cantor de uma mulher, uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem
vista da janela,
Não distribuirei entorpecentes ou cartas de
suicida,
Não fugirei para as ilhas nem serei raptado por
serafins,
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os
homens presentes, a vida presente.

Oficina 5



Egon Schiele – Abraço
(Lápis e guache, 1915)

Abraço – obra produzida em 1915 pelo pintor expressionista austríaco Egon Schiele (1890 – 1918). Fez do erotismo um de seus temas centrais, que remetem à idéia de solidão mais do que à sexualidade.

DST / Aids

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Observações e questões sobre a oficina anterior.
- Apresentação do trabalho do dia
- Divisão em Grupos
- Grupos
 - Leitura e discussão do capítulo 4 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- Sistematização dos grupos para Relatoria
- Plenária
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

CAPÍTULO 4



Capítulo 4 – CD 1

Faixa 13 – “Primeiro Encontro” - 2 min 10 seg

Faixa 14 – “Família Santos” - 2 min 59 seg

Faixa 15 – “Família Santos” - 3 min 22 seg

Faixa 16 – “Família Azevedo Ribeiro” - 2 min 10 seg

Faixa 17 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 34 seg

PRIMEIRO ENCONTRO DE PESSOAS DAS FAMÍLIAS SANTOS E AZEVEDO RIBEIRO

Esta semana vamos ter a chance de encontrar alguns de nossos amigos no sábado, além disso, será a primeira oportunidade de personagens das duas famílias se conhecerem.

Cena 1: Wando passa pela casa de Cássio para ir à reunião na periferia da cidade.

Cássio passou a semana entre exultante pela experiência que terá e preocupado em estar em um local perigoso como aquele. Clarice tentou demovê-lo de todas as maneiras. Apesar de ter balançado em alguns momentos, ele decidiu ir.

No caminho Wando esclareceu que por causa dos trabalhos no Nordeste tinha sido convidado a participar dessa reunião.

– Eu venho com certa frequência aqui para participar de eventos ligados aos direitos dos homossexuais. Numa dessas vezes, fiquei conhecendo o Amílcar, um militante que mora na periferia e que se interessou pela experiência nordestina. Ele conseguiu com a rádio comunitária local organizar um papo sobre Aids.

Depois de circular durante uns 50 minutos, chegaram.

Cena 2: Dona Edna tinha conseguido convencer as mulheres a acompanharem-na à reunião, divulgada na rádio Espaço do Povo, sobre Aids. Dos homens, apenas Wilmar se interessou, os demais tinham coisa melhor a fazer.

Por terem chegado cedo, sentaram-se bem na frente. Waléria ficou ao lado de Cássio.

Cena 3: Reunião propriamente dita.

O número de presentes era de cerca de 50 pessoas. Amílcar deu início ao papo agradecendo a presença de todos. Em seguida, agradeceu a posição da rádio em coorganizar e viabilizar a reunião, que, aliás, estava sendo transmitida ao vivo.

A conversa foi um sucesso, saiu dali uma comissão (da qual Wilmar fez parte) para desenvolver um trabalho na comunidade, que depois conheceremos melhor.

Antes de terminar, não se pode deixar de contar duas ocorrências paralelas: o interesse de Wilmar pela comissão parece ter se aguçado após uma troca de olhares de certa intensidade com Wando. Será?

Já Waléria não desgrudou os olhos do doutor que, diga-se de passagem, achou a morena bem interessante.

FAMÍLIA SANTOS

A maior parte da família tinha acordado cedo para ir a missa de 7º dia do seu Antônio, se bem que de verdade seria o oitavo.

Hora do almoço, exceto Wolnei, todos já tinham assumido seus lugares.

Waléria, numa excitação que não era totalmente dependente do assunto da reunião do sábado, começou a contar como tinha sido legal o papo sobre Aids.

– Olha pessoal, tem tanta coisa que eu pensava que era diferente nessa história de Aids. Uma coisa que eles disseram é que a gente pode ficar com o vírus da doença muitos anos sem ficar doente.

Waldson que já estava intrigado com um papo que Erotildes tentou começar, que ele felizmente impediu que continuasse, sobre se casais que estão há tempos juntos também deviam usar camisinha, emendou logo uma pergunta:

– Acho esse negócio esquisito: ou o cara tá doente ou não tá. Esse papo que tá com o bicho mas não tá doente, não cola. Diga lá como isso pode acontecer?

Erotildes, que no particular não pode falar, antecipou a explicação:

– Tinha um veado amigo do Amílcar, muito sabido, que disse que até o vírus da Aids fazer mal pro corpo ele leva perto de 10 anos. Só depois de deixar um tal de sistema de defesa fraco é que a doença aparece.

Wilmar completando:

– Esse sistema de defesa é o sistema imunológico, que defende a gente sempre que um desses micróbios entra no nosso corpo. No caso do vírus da Aids, ele vai destruindo as células de defesa e, quando tem pouca célula o corpo não consegue mais se defender. Por isso, meu filho, o papo da Erotildes tem tudo a ver, alguém pode ter pegado o vírus há muito tempo e parecer sadio, enquanto isso, fica passando o vírus pro parceiro. Quem é que podia imaginar que um jogador de basquete que nem aquele americano, o Magic Johnson, tivesse o vírus? Pode ver, ele continua parecendo muito bem de saúde.

Dona Maria, que tinha com essa doença muita desconfiança, palpitou:

– Isso é castigo de Deus porque as pessoas não sabem mais se comportar. Os jovens de hoje não respeitam mais a família.

Dona Edna que respeitava muito a devoção da sogra, mas tinha ficado intrigada com coisas que foram ditas naquele papo, resolveu falar:

– Sabe, dona Maria eles disseram que tem muita mulher pegando Aids do marido. Sabe como é homem, e isso não é de hoje.

Seu José, pra quem a carapuça servia, mas não ia usá-la de jeito nenhum...

– Numa hora dessas, é difícil saber se pegou mesmo do marido, porque de santa, muitas mulheres não têm nada.

Waldson, recobrado das informações iniciais, argumentou:

– Olha, pode ser que seja do jeito que vocês estão dizendo, mas além desse negócio de camisinha atrapalhar, eu acho que ela não protege tanto assim, até porque muitas vezes ela acaba estourando. E mais: você pode pegar até num copo de bar sem saber.

Waléria, compenetrada no assunto como raramente acontecia, disse:

– Olha irmãozinho, tinha um médico lá – e pensou com seus botões: tão bonito – que disse que teve gente que estudou e mostrou que a camisinha protege da doença sim, e não só dessa doença, mas de todas que podem passar na hora do sexo. E esse negócio de copo de bar, de beijo, toalha e aperto de mão não tem nada a ver.

Waldson tentou, então, usar outra via para se defender.

– Falar eles falam, eu só quero saber se na hora de usar eles usam mesmo...

Wilmar, com todo o cuidado que conseguiu, disse:

– A pessoa que mais conversou foi o Wando, um nordestino que sabia muito do assunto e falava de um jeito que todos podiam entender. Não é verdade? – todas as mulheres balançaram a cabeça em aprovação. – Ele contou que lá no Nordeste, o pessoal que participou do trabalho passou a usar camisinha e ninguém mais ficou contaminado.

Waléria, cuja simpatia maior a gente já sabe pra quem foi, falou:

– Se bem que ele é veado que nem o Amílcar.

Waldson, agradecido pela ajuda da irmã:

– Eu sabia, pra macho isso num dá certo!

Erotildes emendou:

– Tem muito macho deixando mulher e filhos doentes.

Antes que a coisa descambasse, seu Evaristo interferiu:

– Olha pessoal, no meu tempo não tinha esse negócio de Aids, mas tinha muita doença de mulher, porque esse negócio de homem com homem a gente quase não sabia, e já se dizia que a camisinha evitava pegar. Se fosse jovem, do jeito que hoje é fácil conseguir, eu acho que ia pensar se não era bom usar essa borracha.

Dona Edna percebendo a entrada de Wolnei falou:

– Sabe o que mais, eles disseram que esse pessoal que usa droga na veia é um dos que mais fica doente. E que hoje os postos de saúde podem dar material descartável pelo menos pra evitar a doença.

Wolnei, como sempre, se fez de desentendido e rápido como entrou, saiu.

Wilmar, que também estava excitado com “os acontecimentos da reunião”, informou:

– O que foi legal é que eles sugeriram a gente criar um grupo pra conversar com as pessoas do bairro. A rádio comunitária vai ajudar. E aquele doutor, que veio com eles e quase não falou, se propôs a conversar no postinho pro pessoal de lá também participar.

Waléria, que achou sem cabimento a observação sobre o doutor, completou:

– O doutor Cássio disse que fazer o exame é muito importante e que o Amílcar sabe onde dá pra fazer de graça, mas que ele mesmo assim vai vir no posto daqui conversar com o pessoal. Um médico desse é que devia trabalhar no nosso posto.

Dona Edna, que não queria deixar de dizer uma coisa muito importante, acrescentou:

– O que eles falaram muito é que todo mundo que tem vida sexual ou faz coisas que tem perigo de pegar Aids, como é o caso dos drogados, devem fazer o exame. Hoje em dia, saber se está ou não com o vírus dá chance de se fazer muita coisa.

Seu José, como um bom representante dos varões desse Brasil, defendeu-se de antemão:

– Eu não preciso fazer exame pra saber que não estou doente, mas se tivesse, o que adiantaria saber? Se tiver vai morrer mesmo.

No entanto, Wilmar não deixou barato:

– Não pai, o senhor tá enganado, é bom saber porque você pode evitar passar pra quem você gosta e, com os remédios de hoje, a pessoa não morre.

Dona Edna, orgulhosa, disse:

– O Wilmar vai participar desse grupo. O que o moço do Nordeste disse é que esse trabalho da comunidade pode ajudar todo mundo e, quem sabe, fazer o posto de saúde funcionar até melhor. Falou mais: os moradores podem se ajudar em muitas outras doenças.

Mesmo os mais resistentes ficaram com a pulga atrás da orelha, o que se deve fazer?

FAMÍLIA AZEVEDO RIBEIRO

Hoje o almoço contará apenas com a família, pois Bibi e Gervásio viajaram e Wando, apesar do convite de Cássio, já tinha assumido outro compromisso.

O cardápio de hoje estava para o popular – feijoada, se bem que light.

Otávio, que também tinha ficado preocupado com a ida de Cássio André àquela periferia, começou o assunto:

– E aí, meu filho, como foi a reunião de ontem?

Cássio gostou do que viu, incluindo a morena que ficou ao seu lado, e começou a contar:

– Pai, fiquei impressionado. O Wando conversa fácil com as pessoas. Ele deu informações científicas de um jeito que todos entendessem e criou um clima de tanto interesse que a maioria fez perguntas. E olha que tinha mais de quarenta pessoas.

Otávio observou:

– Eu percebi que o rapaz tem jeito pra se comunicar, mas fico em dúvida se pessoas não formadas podem passar todas as informações necessárias.

Clarice, que preferia ver Cássio não tão entusiasmado, alfinetou:

– Esse pessoal acaba passando informações superficiais e, quando não, erradas. Eu falei para o Cássio que ele é que deveria ter falado.

Cássio, apesar de gostar de ter sua bola levantada, não cedeu:

– Vocês estão enganados. O Wando, sobre Aids, sabe mais do que eu, e o importante é que ele conversa respeitando os interesses das pessoas. Ele não dá informação sem parar, vai puxando aquilo que as pessoas têm dúvidas ou querem saber.

Eleonora, que como sempre entra nas conversas apenas quando o paralelo lhe chama a atenção, interfere:

– Cássio André, não me venha com essa, duvido que aquele rapaz saiba mais do que você. Imagine, esse pessoal é muito falador, fica parecendo que sabe muito.

Otávio, pra tirar o foco de Wando, resolve colocar algumas dúvidas na mesa:

– Cássio André, uma coisa que me intriga é essa distribuição gratuita de remédios feita pelo governo. A gente lê que essa política tem ganhado prêmios no mundo, mas fico com dúvida se esse pessoal mais ignorante usa mesmo os remédios que recebe. E os custos desses remédios? São muito altos, não são?

Cássio ao responder deixou Wando, novamente, no centro:

– Sabe pai, eu também tinha essa dúvida, já que esses medicamentos têm muitos efeitos colaterais, e a gente sabe que as pessoas não tomam remédios quando estão se sentindo bem. Mas o Wando contou sobre um estudo feito em São Paulo que mostrou os mesmos índices de adesão ao tratamento dos países desenvolvidos.

Clarice, a desconfiada, não perde a chance:

– Olha, eu tenho dúvida se esses estudos são confiáveis. Muita gente diz que toma, mas a verdade não é bem essa.

– Clarice, meu bem, para reforçar a informação do estudo podemos juntar os dados do número de pessoas que têm morrido de Aids e veremos que o número vem diminuindo ano a ano.

Por outro lado, pondera Otávio:

– As informações divulgadas têm mostrado que as pessoas por causa dos sucessos dos medicamentos têm se protegido muito menos, e aí, o que eles propõem?

– Pai, você tem razão, parece que a possibilidade da doença não ser mais mortal tem interferido na disposição das pessoas se protegerem, mas o legal desse encontro foi que a partir dele foi formada uma comissão para trabalhar a doença no bairro. Eu também resolvi dar uma ajuda falando com o pessoal do posto de saúde do lugar.

Clarice indignada:

– Eu já disse pro Cássio não se meter nessas coisas.

Eleonora apoiou a nora.

Otávio, que sabia ser impossível impedir que Cássio se envolvesse, voltou a carga procurando desvalorizar a proposta:

– Filho, você acha que formar comissão vai conseguir evitar a exposição a riscos? A ignorância impede que as pessoas entendam a importância de medidas de proteção.

– Doutor Otávio, não há dúvida que o trabalho da comissão não é nada fácil. A formação educacional inegavelmente tem interferência positiva no comportamento das pessoas. Todavia, está cheio de bem informados que não se protegem. Eu mesmo não posso negar que nunca discuti com a Clarice o uso de preservativo.

Clarice ri um riso sem graça:

– Meu amor, nós não precisamos usar preservativo. Nossa relação é estável, portanto, estamos fora dos grupos de risco.

– Querida, não se fala mais em grupos de risco, mas em comportamento de risco. E, mesmo considerando que a nossa relação é exclusiva, não podemos garantir que experiências anteriores não nos tenham infectado. Lembre-se que: entre a infecção e a doença pode decorrer cerca de 10 anos. Outra coisa, nós nunca fizemos exames para identificar ou não a contaminação.

– Nossa, você ficou muito influenciado pelo Wando, replicou Clarice. Esse negócio de discutir o uso do preservativo deixa a dúvida se você não tá querendo pular a cerca.

Cássio, tranqüilo, disse:

– Não estou pensando em nada, mas possibilidade de coisas desse tipo acontecerem comigo ou com você não podem ser desconsideradas. Fique sossegada, não estou com nenhum plano, até porquê, pelo que parece, é mais fácil garantir o preservativo na relação extraconjugal.

Nós que conseguimos ler alguns pensamentos, acompanhamos os de Otávio, que lembrou-se imediatamente de Bibi (então aquele sussurro que ouvimos a semana passada era sobre isso: eles têm um caso). Os dois nunca usaram preservativo e, pior, acho que Otávio não terá coragem de propor que passem a usar. Por outro lado, tentou tranqüilizar-se: imagine se Bibi, com toda aquela saúde, ia ter o vírus da Aids.

Clarice inconformada:

– Quer dizer que tenho tudo pra ganhar chifres?

Eleonora, sem grande preocupação, falou:

– Clarice, você acha que os homens são capazes de ter relação exclusiva? Nesse caso, nem pelo Cássio André ponho a mão no fogo.

Otávio mostrando-se altivo:

– Nada dessa conversa que todos os homens são iguais. Não é o meu caso – apesar de evitar cruzar o olhar com o da mulher.

Procurando encerrar o papo, sair da saia justa, Otávio diz:

– Cássio, futuramente, nos conte sobre os resultados desse trabalho para vermos quem tem razão.

AIDS

- <http://openlink.br.inter.net/aids>
- www.unaids.org/wad2004/report.htm
- www.aids.gov.br
- www.crt.saude.sp.gov.br

(Excertos para fins didáticos)

*Aids- sigla em inglês.
Em português a sigla
é SIDA – síndrome da
imunodeficiência adquirida*

■ Retrospectiva apresentada pela revista *Época*

1926 - 46

- Esse é o período durante o qual os cientistas acreditam que o HIV passou de macacos para humanos. Há discordâncias. Alguns cientistas acreditam que isso possa ter ocorrido antes

1959

- Um homem morreu em Kinshasa, no Congo (ex-Zaire), de Aids. Foi o primeiro caso comprovado do mundo, diagnosticado pelo sangue estocado

1979- 80

- Começam a surgir casos em homens homossexuais nos EUA e em heterossexuais no Haiti e na África. Não se sabe a causa

1981- 83

- Cientistas e pesquisadores começam a reconhecer o surgimento de uma nova doença que destrói o sistema imunológico do corpo (Sistema de Defesa do Corpo), evitando que seus portadores consigam combater infecções simples. A doença também afeta usuários de drogas injetáveis e pessoas que recebem transfusão de sangue.

1981

- O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos EUA publica o primeiro artigo sobre cinco homossexuais com um tipo raro de pneumonia. É o início oficial da doença nos EUA e no mundo

1982

- Diante do crescimento de casos, os EUA batizam a doença,

antes apelidada pela imprensa de câncer gay, de Aids. Os primeiros doentes são identificados no Brasil. É documentado o primeiro caso de Aids por transfusão de sangue

1983

- Uma equipe do Instituto Pasteur de Paris, liderada por Luc Montagnier, isola o vírus da Aids. Simultaneamente, o americano Robert Gallo faz o mesmo. Os franceses chamam de LAV e os americanos de HTLV-III. É o HIV.

Nota do texto Aids – Manual de sobrevivência (<http://open-link.br.inter.net/aids/>): *De forma simples podemos dizer que quando o HIV entra na corrente sanguínea, como todos os vírus, é reconhecido como invasor e atacado pelas nossas defesas naturais. Ele é “aprimado” e conduzido até um grupo de glóbulos brancos chamados de Linfócitos T CD4+. Estes glóbulos são uma espécie de maestros, comandantes do sistema imunológico (sistema de defesa). Eles tocam um sinal de alerta para o sistema de defesa a fim de que o inimigo seja destruído ou controlado, quando isso é conseguido ele avisa para que o organismo volte à normalidade. Entretanto, na infecção pelo HIV isso não acontece. O HIV ao entrar em contato com os linfócitos T CD4+, com o auxílio de uma enzima, a transcriptase reversa, constrói uma cópia de si mesmo. Com o auxílio de uma outra enzima, chamada integrase, ele obriga o linfócito a fazer mais cópias dele. A rotina de reprodução do HIV se assemelha muito a uma linha de montagem, como a de uma fábrica de automóveis, por exemplo. As partes são “produzidas” separadamente, depois “unidas” formando novas cópias do vírus. Quando o número de vírus se torna elevado, a célula hospedeira morre e o HIV então brota, aos milhares, em direção a corrente sanguínea contaminando novas células. A corrente circulatória funciona como um sistema viário, repleto de ruas e avenidas, por onde o HIV circula. Com o tempo atinge praticamente todas as partes do corpo. O HIV pode ser encontrado em grande quantidade no esperma, nas secreções vaginas, no sangue e no leite materno, substâncias líquidas que propiciam o contágio. Pode ser percebido no suor, na lágrima, nas secreções do ouvido, na urina e na saliva em quantidades pequenas, que são insuficientes para o contágio (Por isso não existe transmissão pelo beijo, aperto de mão, uso de toalha, uso do mesmo banheiro, picada de inseto, uso do mesmo batom). Para termos uma idéia clara da atuação do HIV, podemos estabelecer uma comparação entre o sistema de defesa e uma grande orquestra sinfônica, com seus*

Enzima – substâncias que facilitam as reações químicas

Célula hospedeira – célula que foi invadida pelo vírus

Anticorpos – substâncias que defendem o corpo contra os microorganismos

Infecções Oportunistas

– são doenças que acontecem porque o sistema de defesa está fraco (Exemplo: sapinho é uma doença de nenê, que ocorre enquanto o sistema de defesa está se formando, ele pode aparecer em adulto com sistema de defesa fraco)

vários grupos de instrumentos e músicos altamente qualificados. Suponhamos que o regente desta orquestra, durante a execução de uma música, comece a passar mal e, pouco a pouco, o seu estado de saúde vá piorando. Inicialmente, ele cometerá pequenas falhas, equívocos, devidos à dor ou à falta de concentração que poderão passar quase despercebidos pelo público em geral, mas que serão notados pelos instrumentistas. Com o agravamento do seu estado, os erros começarão a se tornar mais graves, mais aparentes. Os músicos, seguindo os comandos equivocados do maestro, já não conseguirão manter a harmonia e a qualidade da melodia. Quando por fim o maestro não conseguir mais reger, haverá uma completa bagunça. Por mais qualificados que sejam os músicos, por mais bem ensaiados que estejam, sem o comando seguro do regente não serão capazes de desempenhar suas funções. Após algum tempo, os músicos, inevitavelmente, pararão de tocar. No caso do nosso sistema de defesa, depois de um tempo não serão mais produzidos anticorpos específicos contra alguns tipos de vírus, bactérias, protozoários, fungos e outros microorganismos que, na maioria das vezes, já estão instalados no organismo, mas que em condições normais são bloqueados pelas defesas naturais. Esses microorganismos aproveitam-se do estado de anarquia do sistema de defesa e acabam provocando as chamadas doenças ou infecções oportunistas. Estabelece-se o caos e, caso não ocorra a intervenção médica, o organismo sofrerá violentas agressões que poderão levar até mesmo à morte. O período de entrada no corpo do vírus até o aparecimento da doença leva, em média, 10 anos, durante o qual a pessoa pode estar absolutamente normal na aparência e na saúde.

- Descobre-se que a Aids também pode ser transmitida na relação heterossexual. Homossexuais, usuários de drogas e outros grupos considerados de risco são impedidos de doar sangue

1984

- Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, anuncia que seu laboratório isolou o vírus da Aids. Começa a disputa com Montagnier, que só termina em 1992.

Nota do texto Aids – Manual de sobrevivência (<http://openlink.br.inter.net/aids/>): Após troca de informações entre o Instituto do Câncer, nos Estados Unidos, e o Instituto Pasteur, na França, o Dr. Gallo anunciou a descoberta do HTLV-3 como o causa-

dor da Aids. Quase ao mesmo tempo, a equipe do professor Jean Luc Montagnier identificou um vírus que se transmitia por contaminação sanguínea, através de relações sexuais e de mãe para filho durante a gravidez, no momento do parto ou no aleitamento. Foi batizado como LAV, Lymphadenopathy Associated Virus, que traduzido significa Vírus Linfadenopático da Aids. Após a descoberta, teve início uma batalha pelo reconhecimento da paternidade desse vírus. O conflito não envolvia apenas uma questão médica, havia outros aspectos como a questão econômica, associada à patente, e política, como pôde-se ver pelos milhares de votos de homossexuais para a campanha de Ronald Reagan. Prestou-se a justificativa para os milhões de dólares investidos em pesquisas. Confiante, a ministra da saúde dos Estados Unidos, Margaret Heckler, prometia na época uma vacina capaz de erradicar a Aids no prazo de dois anos. Após longa batalha as partes chegaram a um entendimento e ambos os vírus passaram a ser conhecidos com HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana. Posteriormente, o Dr. Gallo assumiu que um problema laboratorial contaminou as culturas que ele estava estudando com os vírus mandados pelo Dr. Montagnier, o que deixa claro que a descoberta foi feita pelos estudos da equipe francesa.

1985

- Desenvolvido nos EUA o primeiro teste laboratorial para detectar o HIV no sangue. Na França, o uso do teste é protelado e, por isso, 14 anos depois, o ex-primeiro-ministro Laurent Fabius é julgado por homicídio culposo. No Brasil, para cada mulher notificada com Aids, existem 25 homens

***Nota:** O exame para identificar a infecção pelo HIV deve ser realizado após três meses do contato suspeito (relação sexual, uso de droga), já que se for realizado antes poderá dar negativo ainda que a pessoa esteja infectada.*

- É realizada a primeira Conferência Mundial sobre Aids em Atlanta, Geórgia, nos Estados Unidos.

1986

- Os EUA lançam campanha estimulando o uso de camisinha. Cientistas descobrem um segundo tipo de vírus (HIV-2), que, como o HIV-1, também é capaz de transmitir a infecção.

Nota – *O uso do preservativo é a forma adequada de evitar a transmissão da doença nas relações sexuais. Existe uma técnica adequada para colocação da camisinha no pênis: ela deve ter sua data de validade verificada, depois disso, abra-a sem usar os dentes para evitar risco de danificação, desenrole-a e coloque-a no pênis, segurando a ponta para evitar a entrada de ar, caso contrário ela pode se romper durante o ato sexual. Terminada a relação, ela deve ser retirada com o pênis ainda endurecido.*

1987

- O *Food and Drug Administration* (FDA) americano aprova o uso do AZT (Zidovudina), primeiro remédio contra o HIV a ser colocado no mercado. Os brasileiros importam o remédio. São feitos os primeiros testes de vacina.
- É publicado nos EUA o livro *And the Band Played On (E a Vida Continua)*, de Randy Shilts, considerado até hoje, apesar de algumas imprecisões, a melhor crônica sobre o desenvolvimento da doença. No livro, o ‘paciente zero’ é identificado como Gaetan Dugas, comissário de bordo canadense.

1988

- O dia 1º de dezembro é designado o Dia Mundial da Aids.
- Morre o cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil, aos 43 anos

1989

- Morre o ator da TV Globo, Lauro Corona, aos 32 anos
- Ativistas dos grupos de risco levam o fabricante do AZT (Burroughs Wellcome) a reduzir em 20% o preço do remédio.

1990

- O cantor e compositor Cazuza morre aos 32 anos.

1991

- Dez anos depois de identificada a Aids, a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no

mundo. O jogador de basquete Magic Johnson anuncia que tem HIV

- O Videx (DDI), que como o AZT faz parte de um grupo de drogas chamadas inibidores de transcriptase reversa, é lançado.

1992

- Primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV. Gallo e Montagnier chegam a um acordo definitivo sobre o crédito da descoberta do vírus.
- A opinião pública brasileira fica indignada quando a menina Sheila Cartopassi de Oliveira, de 5 anos, tem a matrícula recusada em uma escola de São Paulo por ser portadora do HIV.

1993

- Morre o bailarino Rudolf Nureyev.
- A atriz Sandra Brea (1952-2000) anuncia que é portadora do vírus. A opinião pública começa a perceber que a doença atinge também as mulheres. O AZT passa a ser produzido no Brasil.

1994

- Estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho.

1995

- Uma nova classe de drogas contra o HIV, os inibidores de protease, é aprovada nos EUA.
- Zerti (d4T) e Epivir (3TC), outros inibidores de transcriptase reversa, são lançados, aumentando as escolhas de tratamento.
- Estudos revelam que a combinação de drogas reduz a progressão da infecção, mas o custo do tratamento é de US\$10 mil a US\$ 15 mil por ano.

1996

- David Ho e Martin Markowitz apresentam os resultados

Gânglios linfáticos –
*estruturas existentes no
corpo que funcionam como
locais de reação às agressões
de microorganismos ou
outras*

positivos do uso do coquetel de medicamentos – que bloqueiam a replicação do HIV no corpo – na 11ª Conferência Internacional sobre Aids em Vancouver, no Canadá.

- O Brasil consegue empréstimo do Banco Mundial para atividades de prevenção à Aids. A OMS revela que 22,6 milhões de pessoas estão contaminadas no mundo e que 6,4 milhões de pessoas já morreram.

1997

- Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Hemofílico contaminado por transfusão de sangue, defendia o tratamento digno dos doentes de Aids.

1998

- Muitos soropositivos (pessoas infectadas com o vírus da Aids) que usam o coquetel apresentam cargas virais indetectáveis pelos exames. Mas o HIV continua ‘escondido’ no organismo (nos gânglios linfáticos, na medula e em partes do cérebro).
- Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp 120 do vírus da Aids, usada pelo próprio HIV para atacar as células do sistema imunológico.

1999

- Estudos indicam que quando o tratamento com o coquetel é abandonado, a infecção torna-se outra vez detectável. Pacientes desenvolvem efeitos colaterais aos remédios.
- Uma chimpanzé chamada Marilyn ajuda a confirmar que o vírus da Aids foi passado para as pessoas através desses animais. Testes genéticos mostram que o HIV é bastante similar ao vírus da imunodeficiência símia ou SIV, que infecta os chimpanzés, mas não os deixa doentes.

Nota do texto Aids – Manual de sobrevivência (<http://open-link.br.inter.net/aids/>): *Cientistas da Universidade do Alabama publicaram numa matéria que, em testes realizados em um cadáver de chimpanzé, Marilyn, que morreu em 1885, aos 26 anos, foi encontrado um vírus muito semelhante ao HIV. Marilyn não havia sido usada em pesquisa sobre Aids e nunca recebera sangue humano. Com base nesta descoberta, os pesquisadores acre-*

ditam que o HIV tenha se desenvolvido, provavelmente por mutação natural, a partir do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV). Não existe ainda uma explicação de como se deu a transferência do vírus para o ser humano, contudo, especula-se que ela pode ter ocorrido pela ingestão de carne crua de chimpanzé contaminada, através de ferimentos durante luta corporal com caçadores, pela utilização de sangue ou órgãos, como o fígado, de chimpanzés no desenvolvimento de vacinas.

2000

- A 13ª Conferência Internacional sobre Aids em Durban, na África do Sul, denuncia ao mundo a mortandade na África. Dezessete milhões já morreram de Aids no continente, 3,7 milhões são crianças. 8,8% dos adultos estão contaminados. O presidente da África do Sul, Thabo Mbeki, escandaliza o mundo ao sugerir que o HIV não causa a Aids.

Nota www.unaids.org/wad2004/report.htm: 9 de cada 10 pessoas que necessitam de tratamento – a maioria na África subsahariana – não estão recebendo. A continuar o baixo nível de cobertura, nos próximos anos morrerão de cinco a seis milhões de pessoas.

- Cinco grandes companhias farmacêuticas concordam em diminuir o preço dos remédios para o tratamento da Aids nos países em desenvolvimento. O acordo foi promovido pelas Nações Unidas.
- No Brasil, aumentam os casos em mulheres. A proporção nacional de casos de Aids notificados é de uma mulher para cada dois homens.

2001

- Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios contra Aids. Muitos laboratórios são obrigados a baixar o preço das drogas nos países do Terceiro Mundo.
- O Brasil quebra patente de remédio anti-Aids e acirra o conflito entre governos e a indústria farmacêutica global.
- O HIV Vaccine Trials Network (HVTN) planeja testes

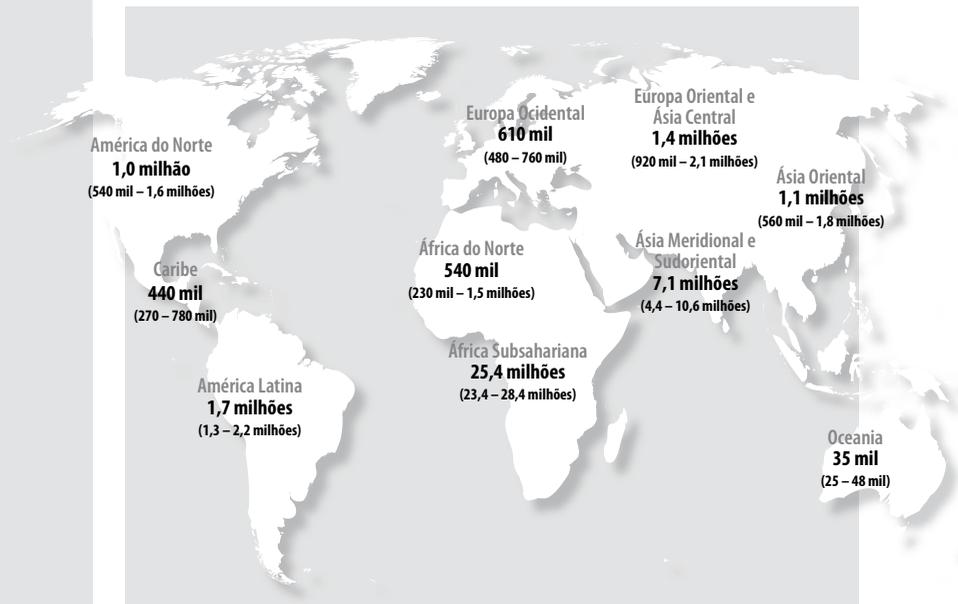
com vacina em vários países, entre eles o Brasil

2002

- O Fundo Global para o Combate a Aids, Tuberculose e Malária é a nova instituição criada pelas Nações Unidas para lutar contra as três doenças infecciosas que mais matam no mundo. Um relatório realizado pela Unaid, programa de combate à Aids das Nações Unidas, afirma que a Aids vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos 20 anos, a maior parte na África, a não ser que as nações ricas aumentem os esforços para conter a doença.
- 14ª Conferência Internacional sobre Aids é realizada em Barcelona

2004

Número estimado de adultos e crianças que vivem com HIV/SIDA ao final de 2004



No Brasil, o número de casos notificados da doença é de 326.364. No Estado de São Paulo foram registrados 135.302. A cidade de Guarulhos é a sexta cidade do estado em número de casos, com 2.696 desde o início da epidemia.

A epidemia brasileira atinge todas as regiões do país. Inicialmente afetou principalmente os homens que tinham relações sexuais com homens, em seguida, os consumidores de drogas intravenosas. Atualmente, a transmissão heterossexual ocorre em proporção crescente, afetando cada vez mais mulheres. Os estudos comprovam que a Aids ocorre com maior frequência nas pessoas de nível socioeconômico mais baixo.

Essa situação reflete-se, por exemplo, no caso dos profissionais do sexo. Levantamento realizado em Santos e São Paulo mostrou infecção em 7% desses profissionais, porém, entre os que viviam em bairros mais pobres os níveis ficavam em 18% e entre as mulheres analfabetas dessa população chegavam a 23%.

A taxa de mulheres grávidas infectadas pelo HIV permaneceu em torno de 1% nos últimos cinco anos, contudo existem áreas com taxas diferentes, como por exemplo, de 3-6% em estudo efetuado entre grávidas do Rio Grande do Sul que não se utilizavam regularmente dos serviços pré-natais. O Governo brasileiro introduziu iniciativa de identificar todas as mulheres grávidas e oferecer teste de HIV para prevenir a transmissão materno-infantil através de tratamento às mulheres e aos lactentes que necessitarem.

Em algumas áreas, os consumidores de drogas injetáveis respondem pela metade dos casos. Durante os últimos anos, os programas de redução de danos se associaram à diminuição da frequência da Aids entre os consumidores de drogas intravenosas, especialmente em Salvador, onde diminuiu de 50% em 1996 para 7% em 2001. No sul do país, no entanto, os consumidores mantêm alto risco de infecção pelo HIV, por exemplo, Itajaí-SC mostra uma frequência de 31%, o que indica a necessidade de medidas preventivas mais eficazes.

No que diz respeito ao tratamento, o Brasil se destaca entre os países em desenvolvimento. Através de seu sistema nacional de saúde oferece acesso aos remédios a todas as pessoas doentes que precisarem. Como resultado, o tempo de sobrevivência da doença tem aumentado espetacularmente.

2005

ALGUMAS OBSERVAÇÕES FINAIS

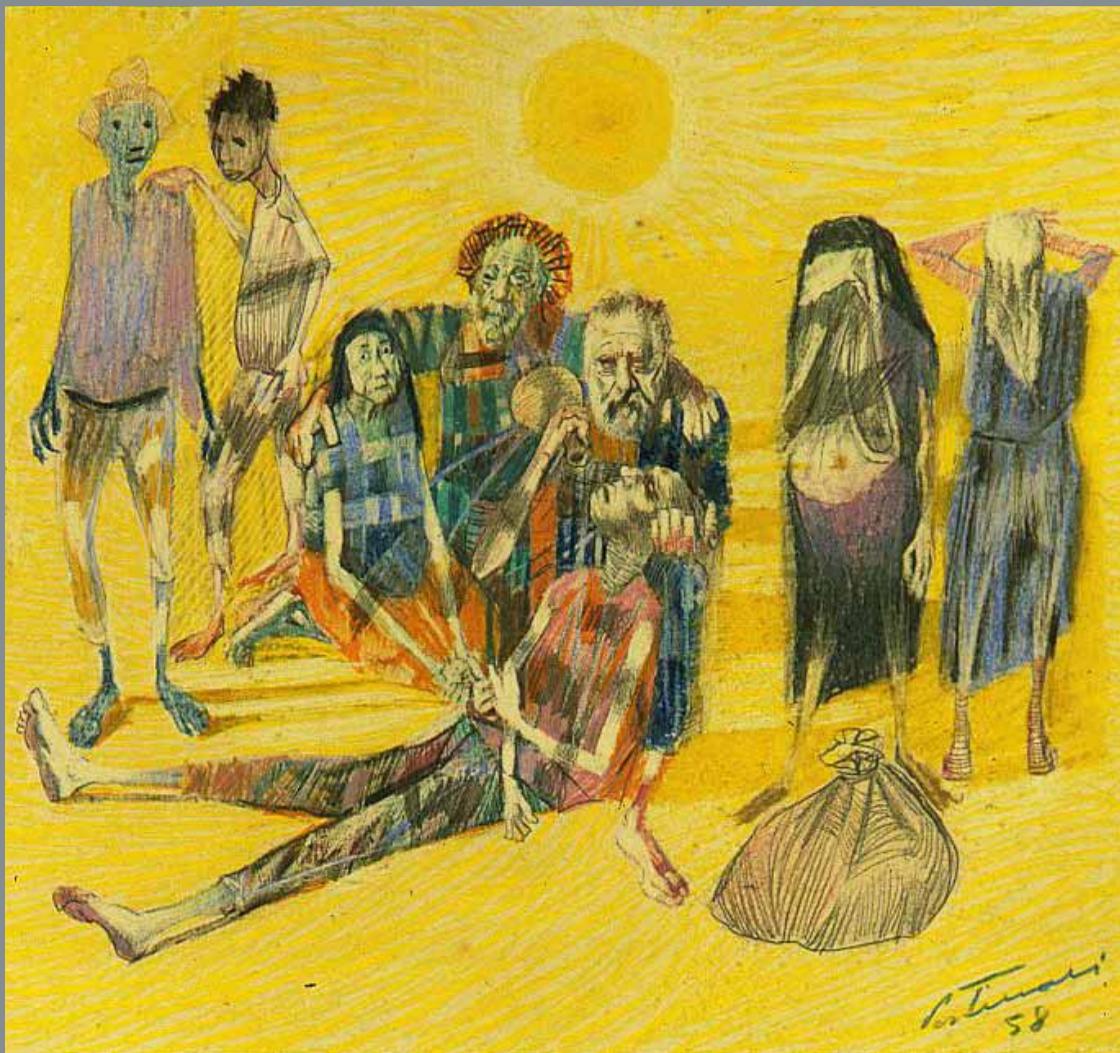
- 1- A prevenção continua sendo a forma mais adequada para lidar com o risco da doença. Veja a seguir algumas das preocupações do programa brasileiro: Transmissão materno-infantil; Travestis; Diagnóstico Precoce; Carnaval; Usuários de drogas injetáveis; Profissionais do sexo; Homens que fazem sexo com homens; Caminhoneiros; Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; Camisinha: eu vivo com ela; Adesão de pessoas vivendo com HIV/Aids; Dia mundial de luta contra a Aids.
- 2- O tratamento permite interferir na mortalidade da doença, mas a cura ainda não está estabelecida.
- 3- A garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids é prioridade do Programa Nacional de DST e Aids que, em parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC), viabiliza diversos projetos de assessoria jurídica. Dessa forma, promove-se o auxílio e orientação às vítimas de discriminação, e coloca-se à disposição documentos e publicações com informações úteis aos portadores de HIV.
- 4- A transferência de informações que viabilize a participação da comunidade é fundamental para o enfrentamento da Aids.

Paródia do mijador com mijador

Porque o sexo seguro com amor
Tem que usar a camisinha sim senhor
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador
Sem camisinha segurança ninguém tem
Porque a Aids não avisa quando vem
Quando ela chega ela faz tudo pra matar
Sem camisinha você não pode transar
Porque o sexo seguro com amor
Tem que usar a camisinha sim senhor
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador
Um aviso pra você eu vou dizer
Se você é amigo pra valer
Olhe seja solidário por favor
Se teu amigo pegou Aids bombeou (sic)
Não discrimine pois isso não é legal
Não deixe uma amizade acabar por esse mal
Porque o sexo seguro com amor
Tem que usar a camisinha sim senhor
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador
Porque o sexo seguro tem valor
Pode juntar o mijador com mijador

*Projeto Radialistas Contra a Aids: uma realização
do Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social
(ISDS) e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.*

Oficina 6



Cândido Portinari – Grupo com Homem Doente
(Desenho a lápis de cor – 1958)

Grupo com o homem doente – *A preocupação social é marcada no retrato de tipos populares presentes na obra do grande artista brasileiro modernista Cândido Portinari (1903 – 1962). Nessa pintura, paira a noção da morte. É o corpo caído observado por urubus, amparado por trabalhadores que sofrem com a desgraça iminente. Portinari nasceu numa fazenda de café em Brodósqui, no Estado de São Paulo. Filho de imigrantes italianos, de origem humilde, recebeu apenas a educação primária. Pintor, gravador, ilustrador e professor, iniciou-se na arte cedo, em 1912, na decoração da Igreja Matriz de sua cidade. A temática de Portinari é variada: lembranças de Brodósqui, jogos infantis, cenas de circo, além de painéis históricos e sociais.*

Tuberculose

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Observações e questões sobre a oficina anterior.
- Apresentação do trabalho do dia
- Divisão em Grupos
- Grupos
 - Leitura e discussão do capítulo 5 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- Sistematização dos grupos para Relatoria
- Plenária
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

CAPÍTULO 5



Capítulo 5 – CD 1

Faixa 18 – “Família Santos” - 2 min 31 seg

Faixa 19 – “Família Santos” - 2 min 49 seg

Faixa 20 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 05 seg

Faixa 21 – “Família Azevedo Ribeiro” - 2 min 44 seg

FAMÍLIA SANTOS

Domingo de lasanha no capricho. Assuntos não faltam: o heróico quinto lugar do Coringão no Campeonato Brasileiro, a permanência do mestre Tite, a chegada de Carlitos Tevez, o apache, os estragos e temores das enchentes recorrentes dessa época do ano, as notícias de Wilmar sobre o início dos trabalhos sobre Aids.

Entre todos, a ansiedade de Wilmar superou a dos demais.

A primeira coisa que falou, alegrou Waléria.

– O doutor Cássio foi convidado e aceitou se transferir para o postinho do bairro.

Ela irradiante:

– Conte direitinho essa estória.

Wilmar, que participou da reunião sobre o trabalho com Aids, explicou:

– Ele ficou de conversar com o chefe do posto para que algum funcionário participasse do grupo de trabalho, lembra?

Waléria impaciente:

– Claro.

– Então, tinha uma vaga de médico sobrando, ele foi convidado e aceitou.

Como o chefe daqui conhecia o do posto dele, ficou tudo certo rapidinho e ele já vai começar enquanto os papéis correm na prefeitura.

Waléria:

– E o que mais o doutor falou?

Foi interrompida pela mãe:

– Waléria, depois você fica sabendo melhor isso com o seu irmão, agora deixa ele contar sobre o que mais aconteceu na reunião.

Wilmar sentindo-se cada vez mais prestigiado:

– Bem, ficou definido que o pessoal da rádio vai fazer um programa sobre o trabalho que será iniciado, vai abrir um espaço na programação para esclarecimento de dúvidas sobre Aids, divulgar um calendário de reuniões da comissão e colocar em contato conosco pessoas com interesse em participar.

Seu José, que sentiu orgulho do envolvimento de Wilmar, tinha uma questão a colocar:

– Filho, fico contente em ver você ajudando a comunidade, mas acho que

vocês precisam pensar que tem outras doenças que também merecem um trabalho mais dedicado. Você ficou sabendo que Dona Joana foi internada com mancha no pulmão? E todo mundo tá dizendo que tem mais gente da família que também tá doente. Vai saber quantas pessoas podem também ter a doença...

Wilmar sorri:

– Pai, parece que você participou da reunião. O Wando disse que a Aids era uma das doenças pra ser trabalhada desse jeito, mas que outras também deviam ser, como a tuberculose.

Seu Evaristo, que parece cada vez mais interessado nessas conversas, diz:

– Essa doença é fogo. No meu tempo de moço muita gente morria com mancha no pulmão. Ninguém contava que tava com ela, alguns diziam que era uma pneumonia forte. A maioria era internada que nem a dona Joana, e acabava morrendo sozinha, porque o medo de ficar doente fazia as pessoas se afastarem.

Erotildes, preocupada, falou:

– Mas por que não internaram essa mulher antes? Faz tempo que ela emagrecia e tava com uma tosse danada. Meu Deus, outro dia ela passou e deu um beijinho no Ronaldinho!

Waldson, o maridão, não perdeu a chance:

– Você não toma cuidado direito com esse menino, todo mundo sabia que essa mulher tava com alguma doença.

Wilmar veio em socorro de Erotildes, que já ameaçava chorar:

– Calma pessoal, quando o Wando falou de tuberculose, o doutor Cássio disse que a doença hoje tem cura, que é só tratar direito durante seis meses que resolve. Teve alguém que falou que a doença não transmite tão fácil e que, logo depois que começa a tratar, quem tá doente não contamina mais ninguém.

Waldson, que tem se enchido cada vez mais com o mano, parte para a provocação:

– Mas a dona Joana não tava ficando boa não.

Dona Edna resolve interferir:

– O que estão dizendo é que a Dona Joana, não tomava os remédios direito, por isso precisou internar. Além do quê, vocês sabem que ela era de beber.

Alguns dos membros da família eram particularmente sensíveis à palavra bebida. Entre eles Waldson:

– Mas não são os médicos que dizem que num pode beber enquanto toma remédio?

Waléria, que não tinha engolido a intervenção inoportuna da mãe, comenta:

– É isso mesmo: eles dizem que num pode tomar bebida com remédio, principalmente, antibiótico. Eu vou perguntar isso pro doutor Cássio.

Seu José, que não estava entendendo que tanto tinha esse doutor, falou:

– Edna, o que tá acontecendo com essa menina que só quer saber desse doutor? Esses médicos dizem que beber e remédio não pode. Como é que faz? Só internando? Como a Erotildes falou, devia internar logo.

Erotildes sorriu com a força do sogro.

Dona Maria, que esperava uma oportunidade para dar a Deus o que é de Deus, soltou:

– Essas doenças são castigo pra gente que tem esses vícios de beber e fumar.

Wilmar não desperdiça a deixa:

– É isso aí vô, esses e outros vícios facilitam para as doenças.

Wolnei acompanhando o papo, sem muito interesse, faz um muxoxo. Mas, no fundo, acha que vai ter que encarar uma conversa com o careta do irmão sobre esse negócio de Aids.

Seu Evaristo volta a refletir:

– Como eu já disse, o que me pega é que quem fica com essa doença é sempre o pobre, que tem pouco pra comer e menos ainda pra se cuidar.

Dona Edna discorda com delicadeza:

– Sabe de uma coisa, o Wilmar falou que o tratamento dura seis meses, mas a dona Regina me contou, e não é pra ninguém bater com a língua nos dentes, que o Robério, seu filho mais velho, tratou e em dois meses já tava bom.

Wilmar, querendo recuperar seu papel de o melhor informado, disse:

– Mãe, o doutor Cássio disse que esse é um dos grandes problemas: as pessoas melhoram logo e pensam que estão curadas, por isso acabam abandonando o tratamento.

Waléria não se conteve, e antes que o pessoal dispersasse:

– Wilmar, vem aqui que eu quero saber melhor umas coisinhas.

FAMÍLIA AZEVEDO RIBEIRO

O almoço de hoje, na casa de Cássio, contará com os membros da família e mais Gervásio, Bibi e Wando. O cardápio foi escolhido a dedo por Clarice: canelone verde de ricota com nozes, peito de peru e bifes de filé mignon ao molho de champignon.

Na entrada, Bibi (não sei se foi notada) cumprimentou Otávio de forma protocolar. Como tenho dito, não me meto na vida de ninguém, mas essa brava toda foi porque Otávio, preocupado com a conversa sobre Aids, propôs que usassem camisinha. Bibi achou isso um ultraje. Nem os presentinhos, que a agradam tanto, adiantaram.

Cássio iniciou o papo dizendo a Gervásio:

– Esse seu sobrinho é um cara muito legal. A conversa a que ele me levou na semana passada está rendendo tanto que eu vou começar a trabalhar na unidade básica da vila.

Clarice, que não está gostando de toda essa empolgação, fala:

– Você deveria continuar onde está, fazendo o seu trabalho e sem se meter com esse negócio de comunidade, que é muito perigoso. Ia dizer mais, mas achou melhor não.

Gervásio, porém, disse:

– Cássio, sua mulher tem razão. Toma cuidado pra não se deixar levar pelo Wando, sabe como é, esses caras não dão folga pra ninguém.

Wando sorriu:

– Que é isso tio? Quem tem medo de se contaminar? Sabe-se lá! Brincadeirinha, não precisa ficar bravo. Agora, falando sério, o Cássio integrou-se muito bem com o pessoal. Achei muito legal quando você entrou no papo da tuberculose, sem querer dar uma de professor.

Otávio, com o olhar em Bibi, que continuava impávida, resolveu entrar na conversa:

– Vocês sabem que eu acho que cada um fazendo o seu papel, da melhor maneira, é que as coisas darão certo. Mas é o médico que deve ensiná-los tanto sobre Aids como sobre Tuberculose. E você, Cássio André, tome cuidado para não acabar tuberculoso.

Cássio responde:

– Pai, eu não posso só ensinar, tenho aprendido muita coisa com o Wando e o pessoal. Lembre-se: as pessoas sabem, entretanto, nem todas usam camisinha. Encontrar a maneira de conseguir isso não depende do que eu sei. E quanto à tuberculose, você tem razão, a gente deve tomar algumas medidas de proteção ao atender pessoas doentes, já que enquanto eles não iniciam o tratamento podem transmiti-la.

Gervásio entra nessa discussão:

– Na minha empresa não quero empregado trabalhando com tuberculose, mesmo que esteja tratando. Quando posso, me livro da figura.

Wando, um tanto inconformado:

– Essa eu posso explicar. Depois que a pessoa começa a tratar, num prazo de 15 a 30 dias ela já não elimina mais o bacilo da doença e, portanto, desde que esteja bem, pode voltar a trabalhar.

Cássio assente com a cabeça e arremata:

– Gervásio, você, uma pessoa tão atualizada em algumas coisas, está muito atrasado no que diz respeito a dispensar alguém porque teve tuberculose.

Eleonora que não estava entendendo, apesar de apreciar o aparente desinteresse de Bibi por Cássio, defendeu Gervásio, como certamente ele faria por ela:

– Meu querido, essa coisa que vocês dizem é muita teoria. Uma pessoa dessas deixa todo o resto com medo de ficar doente e atrapalha o serviço.

Gervásio, honrado com a defesa, emenda um galanteio:

– É o que sempre digo: Eleonora, além de bela, tem a inteligência dos que sabem como deve ser o mundo.

Pela primeira vez Bibi vai falar, antes olha Otávio, e espera que ele também esteja achando bom esse clima de Gervásio com Eleonora.

– Sabe de uma coisa, essa doença é coisa de pobre. Outra coisa que ouvi é que tem muito a ver com alcoolismo.

Cássio, que também percebeu ter perdido o flerte de Bibi, diz:

– Bibi, você tem razão – tentando ver se isso ajudava a moça a retomar, pelo menos, os olhares –, é uma doença ligada à pobreza e também ao alcoolismo, todavia, não é exclusividade deles. Em relação aos que bebem, o importante é que eles sejam tratados e para isso hoje há a alternativa de tratamento supervisionado.

Intrigado, Otávio pergunta a Cássio:

– O que é isso, alguém acompanha pra saber se a pessoa tomou o remédio?

– É mais ou menos desse jeito. Ou se vai na casa do paciente dar o remédio ou se estimula ele a vir ao posto de saúde tomá-lo. Como incentivo é oferecida uma cesta básica durante o período de tratamento. Isso ajuda na pobreza e no não abandono do tratamento por causa da bebida.

Clarice, convencida que essas coisas não adiantam, argumenta:

– Acho um absurdo você, além de dar o remédio de graça, ter que ficar dando cesta básica pra pessoa se tratar. Todo pobre que fica doente tem que ganhar cesta?

Wando vai em ajuda de Cássio:

– Clarice, o que você coloca é importante. Paternalismo sozinho não resolve, mas no caso da tuberculose, conseguir que as pessoas se tratem diminui a chance de resistência aos remédios. Quando tem resistência, além do risco para os doentes e para a comunidade, o custo do tratamento fica muito mais alto.

Gervásio interfere:

– Concordo com Clarice, essas pessoas que não se tratam deviam ser isoladas em vez de receber prêmio.

Otávio, sem a mesma virulência, comenta:

– Fico mesmo em dúvida sobre a eficácia dessa medida quando penso no número de doenças que exigiriam esse tipo de assistência.

Wando, por sua vez, acrescenta:

– Como disse, vocês têm razão, deve-se mesmo discutir o alcance desse tipo de medida. Para a tuberculose, os resultados são legais; pensando no geral, a melhor solução só virá com o envolvimento da comunidade, por isso a importância de participar de trabalhos como o que Cássio se meteu.

Clarice, não querendo continuar esse papo, convida a todos para tomarem a sobremesa e o café em frente à piscina. Clarice leva Cássio pela mão, mas não consegue livrar-se da proximidade de Wando. Gervásio acompanha Eleonora. Otávio murmura à Bibi um “amanhã à tarde te espero”.

A tuberculose ao longo dos tempos

Helen Gonçalves
Excertos para fins didáticos

Para entender a tuberculose, algumas pessoas fazem referência a uma doença que vem do “outro”, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local aglomerado e não higiênico, do que é colocado para fora e que contagia, entre outras. Parte destas explicações se mantém não importando o quanto a medicina tenha evoluído na sua cura, e continuam povoando a imaginação das pessoas.

No final do século XIX acreditava-se ainda que a tuberculose estava ligada à hereditariedade e às condições de vida, como habitação e trabalho. Estar com a doença implicava herança de morte. Naquela época, acreditava-se que os escarros, lançados ao chão, não perdiam as propriedades da doença, mesmo quando secos. Criaram-se, então, as escarradeiras, inclusive de bolso, para evitar a disseminação do mal.

■ **O bacilo, a mudança**

Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, foi modificada não só a etiologia, mas as formas de perceber e lidar com a doença. O indivíduo era o hospedeiro e transmissor da tuberculose. De fato era ele quem passava adiante a doença, mas, em contrapartida, essa descoberta serviu para retirar uma outra responsabilidade que o acompanhava desde o berço. A partir daí, alteraram-se as relações do indivíduo (agora doente) e dos cuidados e medos em relação a eles.

Como não se dispunha de um medicamento específico para a cura, as terapias climáticas e o repouso absoluto eram os recursos mais utilizados. As más condições de moradia, a alimentação precária e o local inadequado de trabalho eram fatores considerados importantes para a exposição ao bacilo de Koch e o crescente adoecimento da população.

A medicina acreditava poder combater a doença com uma proposta de modificação dos costumes das classes populares. Tinha a preocupação de intervir socialmente para o bem-estar geral, ditando modos e maneiras de vida saudável, como, por

Hereditariedade –
transmissão genética de pais para filhos

Etiologia – *estudo das causas das doenças*

Hospedeiro – *no caso, a pessoa que abrigava o bacilo de Koch*

Terapias climáticas –
tratamento baseado no clima de algumas regiões, como os lugares altos com melhor qualidade do ar

Incidência – número de casos novos de uma doença durante um período definido

Cadeia de transmissão
– fases que participam da passagem de uma doença a um novo paciente

Sanatórios – locais onde os pacientes eram internados para serem tratados

Erradicação – eliminação de uma doença, exemplo a varíola

Dispensário – espécie de clínica ou ambulatório para diagnóstico e tratamento do doente.

exemplo, o que comer, o que beber ou como e onde morar. Esperava-se que a ciência da cura tratasse a parte da cidade adocida.

Ao final do século XIX, a associação da doença às precárias condições de vida e higiene conduziu a uma visão que transformava os doentes de vítimas a perigo, já que eram capazes de disseminar a doença. Tornaram-se contagiosos para a sociedade saudável.

■ Os meios de contágio

Os doentes eram culpados e responsabilizados pelo modo de vida que levavam, não adotando costumes de higiene e alimentação definidos pela medicina. Eram cada vez mais vistos sem condições adequadas de vida por morarem nas periferias, nos cortiços e, portanto, estarem muito perto de doenças desprezadas, como a sífilis e a lepra. Por tudo isso, deviam ser internados separadamente nas enfermarias.

A discussão sobre se o doente era vítima ou responsável pela sua enfermidade teve grande repercussão nas quatro primeiras décadas do século XX, e forneceu pistas a respeito de como a tuberculose era vista pela sociedade e qual a opção a ser usada no tratamento.

■ A incidência e a intervenção

À medida que a incidência aumentava, fazia-se necessária uma intervenção maior e uma interrupção mais eficaz na cadeia de transmissão. Em 1899 já havia pressão para a construção de sanatórios, locais apontados como solução para a erradicação da moléstia. Este movimento tornou-se mais forte com a fundação, em agosto de 1900, da Liga Brasileira contra a Tuberculose, que construiu dispensários e sanatórios para doentes com maiores chances de cura. Os dispensários tornavam-se a opção mais barata, onde os pacientes eram tratados em prazo mais curto e os medicamentos necessários eram gratuitos. Eles tinham também a função de prevenir, dar aconselhamento médico, fornecer educação higiênica (isto é, cuidados pessoais com o escarro) e realizar atendimento domiciliar, caso o doente não pudesse se locomover.

As dificuldades para manutenção desse trabalho exigiram a participação do governo no combate/controlar da doença. O governo sentia-se cada vez mais pressionado, mas só a partir de 1920 assumiu a moléstia como uma questão social importante para o desenvolvimento do país.

■ **As soluções**

Reformular a organização das cidades foi uma das soluções que os médicos sanitaristas brasileiros encontraram para tentar combater e, se possível, eliminar a doença.

Oswaldo Cruz, em 1907, elaborou um plano de combate à tuberculose que não vingou por falta de verbas, vetadas pelo Congresso, visto que “a tuberculose, doença endêmica, sobretudo na classe operária, não ameaça diretamente a estrutura do Estado ou da economia”.

Apesar das dificuldades para definir a ação do governo, começava a tomar força a responsabilidade do Estado com a saúde dos (considerados) “tuberculosos”, por setores sociais mais articulados, como médicos e políticos.

■ **A doença como expressão física dos sentimentos**

Ao mesmo tempo, a tuberculose se definia e era reconhecida, no campo artístico e literário, como a doença do amor. Foi bastante representada por escritores ao final do século XIX e início do XX e correspondia às idéias de paixões fortes, frustrações amorosas, levando a uma decadência física, em consequência da febre das paixões excessivas e do tipo de vida.

Uma porção da sociedade teve uma interessante ligação com a doença – os artistas, poetas e boêmios. O médico Aloysio Veiga de Paula aborda esse aspecto da seguinte maneira: “o que acontece é que a tuberculose, naquele tempo, era uma doença dos inquietos. O artista não se preocupava em se alimentar bem, era pobre, muitos se entregavam à bebida. Isso lhes criava uma condição de inferioridade orgânica. E como a tuberculose era muito espalhada, e havia muito contágio, eles eram presa fácil”.

A doença foi vista e relacionada, mas não tratada, como decorrente de uma frustração amorosa, tanto na Europa como no Brasil.

■ **Como tratar o incurável**

Foi com o crescente medo (do perigo) do contágio que o isolamento, a assepsia e a boa alimentação tornaram-se cada vez mais uma recomendação e prática comum na década de 1920. O isolamento permaneceu como orientação médica até a década de 1960. Como a doença seguia sendo um mal incurável, isolar era uma forma de cura desta porção doente da sociedade, ou seja, muitas vezes o retorno aos amigos e às atividades

Médicos Sanitaristas

– especialistas em Saúde Pública

Doença Endêmica – *aquelas que ocorrem de forma regular em um determinado lugar, por exemplo, malária na região amazônica*

Isolamento – *local de separação do paciente para evitar a transmissão da doença*

Assepsia – *limpeza para impedir a contaminação de objetos e/ou ambientes*

Tisiologistas – *especialistas em tuberculose*

Instituições Filantrópicas – *aquelas que não visam lucro*

Terapêutica – *tratamento*

Pneumotórax artificial
– *procedimento cirúrgico para que seja colocado ar no espaço torácico de forma a impedir que parte ou o pulmão todo pare de funcionar*

Toracoplastia – *cirurgia para retirada de parte ou de todo um pulmão*

anteriores ao diagnóstico eram evitados.

Muitas das campanhas sobre a doença traziam figuras com significados opostos, por exemplo, caveiras e pessoas com aspecto saudável.

Como não havia medicamentos criados especificamente para combater a tuberculose, o poder médico se instaurou e foi legitimado com toda força através de campanhas, das práticas e da política de saúde. Os vários médicos tisiologistas daquela época foram vistos como mágicos, visionários, ex-“tuberculosos”, considerados quase loucos por optarem tratar o intratável.

Na década de 1930 foi incentivada a criação de mais locais onde os cuidados médicos, os programas de saúde e as instituições filantrópicas comportassem um número maior de pessoas.

Em 1936 ocorreu um avanço para o diagnóstico da doença. Manoel de Abreu apresentou a abreugrafia – a fotografia do pulmão, que se generalizou nos consultórios pelo baixo custo, rapidez e praticidade. Esse recurso diagnóstico passou a ser requisitado no controle das admissões nas instituições e nas empresas.

■ **A importância do pulmão**

Os recursos que serviram para melhorar o diagnóstico não modificaram o tratamento em sua essência. Os chamados sanatórios, sanatorinhos ou dispensários eram locais onde a terapêutica rezava pela obrigatoriedade do repouso e do clima. O pneumotórax artificial também foi praticado dentro da concepção de repouso do pulmão. As experiências cirúrgicas avançavam e, quando necessário, recorria-se a toracoplastia.

A climoterapia, ou seja, a mudança de ares da cidade para o ar seco das montanhas continuou sendo tão recomendada quanto os outros tratamentos. Aqueles que possuíam maiores condições econômicas mudavam-se para outros países em busca de melhores ares. Essa terapia persistiu dos anos 20 até meados da década de 40, quando foi comprovada ser ineficiente.

A partir da mudança de vida e da proximidade da morte surgia, para alguns, uma necessidade de rever sua existência.

■ **O antibiótico, a cura e mais um controle**

A palavra tuberculose trazia uma carga negativa, expressa pelo sofrimento dos doentes e pela incapacidade médico-científica de encontrar a sua cura. Recorria-se a vários nomes para descrever aos pacientes o quadro clínico – era como se houvesse

uma relação mágica entre a palavra tuberculose e ter a doença. Mencionavam a presença da doença no pulmão como a “mancha” ou “ponto” ou “caverna” ou uma “fraqueza”.

Três concepções da doença podem ser apontadas: “sobrenatural”, quando o castigo é dado na forma de doença às pessoas “pecadoras”; “romântica”, quando (para alguns) a doença deixa de ser considerada um azar e o doente é tido como “infeliz, herói sofredor”, merecedor de cuidados especiais; “social”, quando o ideal humano se reveste de saúde e capacidade para o trabalho, e o doente é considerado um “peso morto” dentro da visão utilitarista, alguém que nada contribui para a sociedade e para a família.

O grau negativo de estar com a doença não perdeu força mesmo com o surgimento das drogas.

Em 1946, criou-se a Campanha Nacional contra a Tuberculose, que procurou ampliar e organizar o atendimento com um número maior de recursos humanos. Em 1947, o exame radiológico periódico tornou-se compulsório quando o empregado faltava ao trabalho por doença; propôs-se a obrigatoriedade da vacinação com BCG oral aos recém-nascidos e o amparo às famílias de tuberculosos, sendo que o tratamento no dispensário era o meio mais eficaz para controle da doença. A tuberculose levou à criação de uma especialização para seu estudo.

Nesse período, a terapia antibiótica começou a alterar o perfil dos doentes e o significado social e individual da enfermidade. A tuberculose passou de uma doença mortal a uma doença passível de cura. Uma possibilidade mais real de cura se apresentou em 1944, com a descoberta da estreptomina, que exibiu um importante efeito medicamentoso.

Ainda que a expectativa e o entusiasmo da comunidade científica e dos doentes fosse grande, a estreptomina não resolveu a questão. Trouxe consigo a resistência do bacilo. Eram necessários novos estudos e outras drogas para se atingir o objetivo de curar. Em 1949, foi descoberto o ácido paaminossalicílico (PAS), que impedia o surgimento de bacilos resistentes à estreptomina, e, em 1952, com a isoniazida, venceu-se temporariamente a resistência bacilar.

Interessava à indústria química encontrar drogas que curassem a tuberculose, o que conduziu a novos medicamentos como a rifampicina, etambutol e tiacetazona. A esperança se volta às drogas.

O médico Newton Bethlem resume a situação na época:

BCG – sigla de bacilo de Calmette-Guérin, empregado como vacinação contra a tuberculose

Terapia antibiótica – tratamento com antibióticos

Resistência – forma encontrada pelo bacilo para evitar a morte pelo remédio

Tratamento Ambulatorial

– *aquele realizado no consultório*

Recidiva – *reaparecimento da doença depois de ter sido considerada curada*

Falência Terapêutica – *persistência da positividade do escarro ao final do tratamento.*

Auto-administrado – *quando o paciente é o responsável pela tomada do remédio*

No princípio, exagerada. Quando apareceram os remédios, a população foi toda entusiasmada (...) e pensou que a tuberculose tivesse acabado. Há uma fotografia clássica de um grande médico brasileiro abrindo uma urna de geladeira do Instituto Médico-Legal, mostrando-a vazia, porque não tinha mais tuberculose.

(...) Então, o povo pensou que a tuberculose tivesse acabado; tomava um remedinho e acabava. Isso foi, por um lado, bom, porque deu uma esperança de cura, mas, por outro lado, muito mau, porque eles acharam que... é um remedinho. Os remédios são muito eficazes. Com um mês ele não sentia nada, abandonava e voltava tudo.

Foi ao longo das décadas de 50 e 60 que o tratamento passou definitivamente a ser ambulatorial. Os problemas emergentes eram a resistência aos antibióticos, os altos índices de mortalidade hospitalar e as poucas altas por cura, além dos elevados custos de hospitalização.

A partir de 1964, adotou-se a classificação que leva em conta o futuro (prognóstico) de recuperação do paciente; reduziram-se os internamentos apenas aos três primeiros meses, com a seqüência do tratamento sendo realizada em dispensários. Teve início o tratamento padrão de 18 meses e, em 1965, após pesquisa da União Internacional contra a Tuberculose, o tratamento ficou reduzido a 12 meses.

Surgiram novos elementos agravantes: o abandono, a recidiva, a falência terapêutica. O abandono e a falência têm um caráter importante para a manutenção da doença, já que enquanto houver doentes sem tratamento existe risco de contágio.

■ **Mudam-se os nomes, avaliam-se as políticas**

A partir de 1970 muitos médicos passaram a se desinteressar pelo estudo da doença, entre outros motivos porque a clínica da tuberculose não era rentável.

A padronização do esquema de curta-duração (seis meses) auto-administrado foi implantado em 1979.

O controle da distribuição das drogas passou a ser estatal e visava a redução de internações que consumiam substancialmente os recursos disponíveis.

Ao longo da década de 80 e início da de 90, a tuberculose foi pouco divulgada como uma doença que ainda atingia muitas pessoas. No entanto, o número de casos aumentou consideravelmente, a ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS), declarar, em 1993, um Plano Emergencial para o Controle da

Tuberculose. Por trás da reemergência da doença está a preocupação com o bacilo multirresistente às drogas do tratamento. O plano propõe um procedimento já aplicado: o tratamento e o acompanhamento no domicílio do doente. As circunstâncias atuais requerem a participação de todos (doente, médico, agentes de saúde, Estado, sociedade).

A questão do controle está sempre ao lado do modo como lidar com a enfermidade, tanto do ponto de vista da atenção médica, como do indivíduo. O controle apresenta-se de formas e níveis diversos através dos anos. As relações entre doente e curador indicam que a “culpa” faz parte da história da medicina e da tuberculose. A medicina cria novas formas de controlar e conter a doença e, por conseqüência, o indivíduo doente é o culpado e o alvo para a cura. O doente, por sua conta e risco, cria formas de lidar com a enfermidade e utiliza sua sabedoria para manejar as situações baseado em noções de corpo, saúde e doença. A história da tuberculose é um exemplo de como cada sociedade constrói seus saberes, experiências e práticas médicas e leigas.

MANUAL DE NORMAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Tuberculose persiste como importante problema de saúde pública, representado por cerca de 90.000 casos novos e mais de 5.000 mortes anuais. A redução do aparecimento da doença é pouco expressiva (2% ao ano para a forma pulmonar positiva).

Esse panorama tende a se agravar por várias causas, destacando-se a crise econômica, a deterioração dos serviços de saúde e a epidemia de Aids.

A declaração pela OMS do estado de emergência da tuberculose e o anúncio do tamanho de sua ocorrência (90 milhões de casos e 30 milhões de mortes em todo o mundo) valem como um chamado a todos os países.

O Plano brasileiro objetiva que 100% dos municípios tenham ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose, 80% dos centros de saúde desenvolvam essas ações, 90% dos casos existentes sejam diagnosticados e que 85% dos casos tratados sejam curados.

■ **Procura de Casos**

Caso de tuberculose é todo indivíduo que tem esse diagnóstico confirmado pelo exame de escarro (baciloscopia) ou cultura do escarro e por aquele em que o médico, com base em

Reemergência – *novo aparecimento da doença*

Multirresistente – *bacilos que desenvolvem formas de defesa contra vários medicamentos*

Cultura de escarro –

Método laboratorial que coloca o escarro em placas que são deixadas em locais apropriados para que os bacilos presentes cresçam e possam ser identificados

dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico da doença. O “Caso Novo” é o doente que nunca usou ou usou drogas antituberculosas por menos de um mês.

A procura dos casos deve ser dirigida às pessoas mais expostas ao risco da doença: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse por três semanas ou mais); comunicantes de casos de tuberculose; suspeitos ao exame radiológico; pessoas com doenças e condições sociais que facilitem a instalação da enfermidade.

Comunicantes são todas as pessoas, parentes ou não, que moram com um doente.

■ **Diagnóstico**

A pesquisa do bacilo no escarro é o método mais importante. Deve ser usada também para o controle do tratamento.

O método prioritário é o exame direto (baciloscopia). Em casos negativos, mas suspeitos, indica-se a cultura, bem como para as formas extrapulmonares, como: meningea, renal, pleural, óssea, ganglionar etc.

Os Exames radiológicos devem ser realizados em :

- sintomáticos respiratórios negativos à baciloscopia direta;
- comunicantes de todas as idades sem sintomas respiratórios;
- suspeitos de tuberculose extrapulmonar;
- portadores de HIV ou pacientes com Aids.

■ **Tratamento**

A tuberculose é uma doença grave, porém, curável em praticamente 100% dos casos novos.

O esquema inicial usa a associação de três drogas:

- Rifampicina durante 6 meses
- Pirazinamida durante 2 meses
- Isoniazida durante 6 meses.

A medicação deve ser utilizada diariamente, de uma só vez, de preferência, em jejum.

A alta por cura é dada quando o paciente completa o tratamento e, preferencialmente, apresenta exame de escarro negativo. Caso a baciloscopia não seja realizada a alta poderá ser dada sem a comprovação do exame.

■ **Vacinação**

É realizada com o BCG intra-dérmico (injeção).

Estudos mostram que a aplicação do BCG diminui o aparecimento de formas graves como a meningea e a miliar.

Recomenda-se vacinar:

- Os recém-nascidos, sempre que possível nas maternidades, desde que tenham peso igual ou superior a 2 kg e sem outras doenças;
- Recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV ou filhos de mães com Aids, desde que não tenham sintomas da doença.
- Trabalhadores de saúde

soropositivas – *peessoas que apresentam resultado positivo no exame de sangue*

Pneumotórax

(Manuel Bandeira)

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três.
- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
- Respire.

.....

- O senhor tem escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
- Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Oficina 7



*Pablo Picasso –
Mulher chorando
(óleo sobre tela, 1937)*

Mulher Chorando – *Nessa tela, a dor é apresentada através do exagero - a boca retorcida, as narinas abertas, as órbitas dos olhos saltadas, jorrando lágrimas. Nascido em Málaga, o pintor espanhol Pablo Picasso (1881 – 1973) foi um inventor de formas, técnicas e estilos. Aventurou-se por vários deles, como o Cubismo e o Expressionismo, nos quais tentou retratar as diversas dimensões dos objetos em muitas linhas e cores. Picasso foi também escultor e, na multiplicidade, sagrou-se um dos maiores artistas do século XX.*

Hipertensão

PROGRAMAÇÃO

- Abertura
- Observações e questões sobre a oficina anterior.
- Apresentação do trabalho do dia
- Divisão em Grupos
- Grupos
 - Leitura e discussão do capítulo 6 da radionovela Almoço de Domingo
- Intervalo para café
- Sistematização dos grupos para Relatoria
- Plenária
 - Informações sobre os textos complementares
- Encerramento

Almoço de domingo

Luiz Meneguetti

CAPÍTULO 6



Capítulo 6 – CD 1

Faixa 22 – “Primeiro Atendimento” - 3 min

Faixa 23 – “Família Santos” - 2 min 19 seg

Faixa 24 – “Família Azevedo Ribeiro” - 3 min 09 seg

Faixa 25 – “As Últimas Notícias” - 2 min 36 seg

Faixa 26 – “As Últimas Notícias” - 2 min 56 seg

PRIMEIRO ATENDIMENTO DE CÁSSIO À FAMÍLIA SANTOS

Quinta-feira, 8 horas da manhã.

Cena 1: Waléria ia saindo para o trabalho quando Dona Edna pede ajuda:

– Dona Maria não está passando bem. Está se queixando de tontura, muita dor de cabeça e vontade de vomitar.

Cena 2: Dona Edna propõe que as duas levem-na ao pronto-socorro, mas Waléria propõe ir primeiro ao posto.

Cena 3: As duas conseguem levar a avó, apesar das paradas para vomitar e do caminho não ser tão fácil para alguém passando mal. Dona Edna pensa: Como é que as calçadas podem ter tantos buracos, degraus e sujeira?

Cena 4: No posto.

Ao chegarem, são encaminhadas à sala do Doutor Cássio. Waléria, que ainda não conseguira achar nenhum pretexto para se consultar, teve de se contentar com a doença da avó. Rapidamente fica identificada uma crise de pressão alta.

Cena 5: Doutor Cássio orienta que casos desse tipo sejam levados ao Pronto Socorro, porque muitas vezes o posto não tem muito o que fazer. Dona Edna pensou: como sempre eles querem que a gente saiba.

Cena 6: A crise de Dona Maria cedeu com a medicação disponível no local.

Cena 7: Doutor Cássio deu uma receita, orientou sobre o sal na comida, pediu alguns exames e marcou um retorno. Os olhares de Waléria não saíram do médico, que também não se furtou a trocar alguns com a bela morena.

Cena 8: Dona Edna, aliviada, iria ter uma conversa com a filha:

– Não enfie coisa nessa cabeça de vento, o doutor não é pro seu bico.

FAMÍLIA SANTOS

No domingo, Dona Maria está melhor.

Dona Edna preparou o almoço com menos sal. A falta do sal ainda não virou motivo de grandes reclamações, já que o problema da avó é muito recente.

Waléria resolve contar pela milésima vez como o doutor Cássio tinha sido prestativo, delicado e muito bom médico. Dona Edna concorda, mas faz ques-

tão de lembrar:

– É verdade. O doutor atendeu logo, foi atencioso, mas também veio com aquela conversa de que era caso de pronto-socorro. Eu até tinha pensado em levar direto, mas...

Wilmar dá uma força, sem deixar de valorizar seu ídolo:

– Nas conversas sobre Aids o doutor participa, e ele parece muito legal. Se bem que a pessoa mais entendida é o Wando.

Seu José já estava perdendo a paciência com esse lero-lero:

– Vamos parar de falar do doutor que não fez nada mais do que a obrigação. O importante é que a vovó ficou com a pressão alta e precisa se cuidar. O que está me preocupando é quanto tempo ela vai ter que comer com pouco sal. Se demorar, ela vai acabar ficando mais fraca.

Dona Edna responde:

– Não tenho certeza, mas pelo que entendi isso é doença pra toda vida. Se for assim, vai ver que precisa comer desse jeito pra sempre.

Seu José resolve polemizar:

– Acho que isso não dá certo. Comida insossa não é coisa boa pra saúde.

Waldson entrou no papo:

– Eu conheço gente que teve essa crise que nem a vovó e ficou curada. Tinha um camarada no trabalho que precisou ficar na caixa, depois de uns tempos parou de tomar os remédios, comia de tudo e ainda bebia umas e outras. Ele dizia que não sentia nada.

Erotildes lembra:

– Quando o seu Antônio morreu não foi falado que é porque ele não cuidava da pressão direito? Vai ver que quem tem esse problema não pode deixar de cuidar.

Seu Evaristo reforça:

– É isso mesmo. Os médicos disseram que mesmo com a pressão normal, ele não podia ficar sem tomar o remédio. E tem mais: eu vou pedir para mandar biri-biri da Bahia que é bom pra pressão, colesterol e essas coisas todas. Já falei pra Maria, você vai fazer tudo direitinho, porque o velho aqui quer companhia pra muito tempo.

– Ih, meu velho, não se preocupe, Deus cuida disso – disse Dona Maria.

Waléria volta a carga:

– Vó, Deus ajuda, mas tem que escutar os médicos. O doutor Cássio disse que depois de ver os resultados dos exames, ele vai explicar direitinho o que tem que fazer. Uma coisa que ele falou é que tem que tomar os remédios todo dia.

Seu José impaciente:

– Esse negócio de remédio é fogo, porque ficar tomando sem parar acaba viciando e não fazendo mais efeito.

Waldson, lembrando do seu Antônio, procura revidar de passagem o que Erotildes tinha falado:

– É isso mesmo pai. O seu Antônio, por exemplo, quando percebia alguma

coisa, tomava. Se a sua pressão tá boa e você toma o remédio, ela num vai acabar baixa?

Wilmar faz uma relação:

– Nas conversas que eu tenho ouvido sobre Aids, foi dito que ela é uma doença que precisa tratar sempre, senão, pode voltar mais forte, por causa da resistência aos remédios. Vai ver que com pressão alta é a mesma coisa. Mas eu também acho que isso que o Waldson falou precisa ser explicado mesmo.

Waldson, finalmente, pôde sentir que o irmão não falava com ele só pra encher o saco.

Dona Edna também quis participar da conversa:

– O que eu sei é que essa coisa de pressão precisa cuidar. Dona Anita disse que os médicos falaram pra ela que não é só gente de idade que tem, e que causa muitas mortes.

Wolnei, que entrara há pouco, deu uma rara contribuição às conversas da casa:

– Outro dia, tava vendo uma revista que dizia que caminhar ajuda a evitar problema de pressão e diabetes. Não sei o resto porque não agüentei ler até o fim.

Waléria pega a deixa:

– É verdade, eu também li um tempo atrás que todo mundo deveria caminhar, de preferência, diariamente. Eu acho que com o doutor Cássio no posto a gente vai poder tirar muitas dessas dúvidas.

Recebeu uma vaia geral.

Seu José, que não tinha vaiado, disse:

– Menina, vê se toma jeito. Tá pensando que esse doutor sabe tudo, é? Depois esse negócio de caminhar é fácil pra quem não vem morto de cansado do serviço, querendo sossego e um pouco de TV.

Dona Edna completou:

– Além disso, andar nas calçadas é um perigo danado. Do jeito que estão, é fácil quebrar uma perna.

Wilmar procura acalmar os ânimos:

– Pai você tem razão. O que eles dizem lá no grupo, inclusive o doutor, é que ninguém sabe tudo, por isso é tão importante a gente participar. Por exemplo, essa estória das calçadas que a mãe falou, quem sabe juntos, a gente conseguiria brigar pra melhorar as calçadas e tornar as caminhadas mais gostosas.

Seu Evaristo, preocupado com Dona Maria, fala:

– Um tempo atrás quando falavam de pressão alta, num falavam todas essas coisas que vocês disseram. Será que pra esse negócio de pressão alta esse grupo também pode ajudar?

Enquanto a mesa se dispersava, Wolnei falou a Wilmar:

– Os camaradas queriam levar uma prosa sobre o negócio da Aids.

Nesse domingo todos se encontraram na casa de Otávio André. Pareciam bem dispostos, segundo um passarinho me informou, cada um por motivos diferentes. Otávio André e Bibi porque voltaram às boas, já que a terça-feira deu conta dos desejos de cada um; Cássio com seu trabalho no posto para o qual se transferiu; Wando porque na próxima semana voltaria para casa; Clarice porque iria parar de trabalhar na prefeitura; Eleonora e Gervásio por terem tido uma semana lucrativa nos negócios.

Antes que me esqueça, o cardápio será todo composto por comida árabe.

Cássio contou sobre a satisfação que estava sentindo em trabalhar no novo posto. Seu entusiasmo pelo trabalho comunitário só tinha crescido.

– É muito legal você sentir a possibilidade de ter uma atuação muito mais abrangente. Sabe Wando, na quinta-feira eu atendi a avó do Wilmar com crise hipertensiva.

Otávio André tem um acontecimento para contar:

– Nesta semana, durante uma audiência, um advogado teve um AVC. Foi prontamente removido para um hospital próximo, mas acabou morrendo.

Cássio perguntou ao pai:

– Que idade tinha? Tinha pressão alta? Tomava remédios?

Otávio André informa:

– Parece que tinha 45 anos, mulher e dois filhos. O pessoal que o conhecia melhor disse que ele tinha pressão alta, mas não se cuidava direito. Era bem gordinho.

Wando, em tom de lamento:

– As pessoas pensam que nunca vai acontecer com elas, e por isso não reservam um tempo para si.

Gervásio, que se nega a aceitar o rótulo de hipertenso, mesmo que seja acompanhado do adjetivo leve, reage:

– É fácil falar. Quero ver você tocar uma empresa e se cuidar do jeito que os médicos querem.

Bibi, mostrando-se atenciosa, argumenta:

– Meu bem, antes da empresa, a saúde. As pessoas precisam se cuidar para evitar riscos.

Cássio coloca a discussão na prática:

– Essa conversa não pode ser colocada desse jeito. Se não dá pra fazer tudo o que se recomenda, pode se fazer, pelo menos, as adaptações necessárias. Impossível caminhar todo dia, caminhe pelo menos três vezes por semana. Não dá pra regular a dieta todos os dias, evite as gorduras sempre que puder. Fuma muito, não consegue parar, procure reduzir. E daí por diante...

Otávio André diz:

– Não há dúvida que para pessoas com tantas responsabilidades como nós é mais difícil do que para aqueles que têm hora certa pra começar e acabar de traba-

lhar, mas concordo com Cássio André, é sempre possível fazer alguma coisa.

Wando discorda:

– Desculpe, Otávio, acho que as dificuldades são diferentes, mas não menores. O que me parece fundamental é entender que criar melhores condições de vida e saúde depende da interação das pessoas, de seus conhecimentos etc. Não pensem que com isso estou tirando a responsabilidade dos governos, que não é o caso.

Gervásio bufa.

Eleonora suspira e diz:

– Gervásio eu te entendo, mas você tem que achar tempo para você, independente de ter ou não qualquer doença.

Clarice prefere falar dos remédios:

– Se pelo menos as pessoas tomassem os remédios direito, já serviria para controlar muito melhor. Felizmente não vou ter mais que ficar falando pra gente que não tá nem aí. Tenho certeza que se o Gervásio tivesse que tomar remédios todos os dias ele o faria.

A fala foi seguida por um silêncio, que, no mínimo, indicava dúvidas se o que Clarice falou era real.

Wando retomou a conversa:

– O problema, Clarice, é que tomar remédios não é tão fácil, pior: serve para retirar de algumas pessoas o interesse em fazer coisas pela sua saúde, porque elas colocam nos remédios a responsabilidade pela cura de suas doenças.

Cássio, procurando focar de novo a hipertensão, fala:

– Sabe-se que se as pessoas caminharem, deixarem de fumar, evitarem comidas gordurosas e salgadas podem até impedir o aparecimento da pressão alta ou, pelo menos, ajudar o seu controle. As mortes por Acidentes Vasculares Cerebrais, como o caso do advogado, são cada vez mais frequentes e têm como causa básica a hipertensão.

Gervásio procura abrandar sua queixa inicial:

– Cássio não nego o que você e o Wando estão dizendo, mas o que quero deixar claro é que na posição que ocupamos nem sempre é fácil se cuidar. Mesmo lisonjeado com a fé de Clarice, não sei se seria capaz de tomar remédios pra sempre, todos os dias. Para evitar interrupção de tratamento deveriam buscar medicamentos que pudessem ser usados como vacinas, tomar uma vez ou pelo menos uma vez de tempos em tempos.

Cássio excita-se:

– Claro que encontrar alternativas desse tipo é muito interessante. Gervásio, você sabe que eu acredito na ciência, mas nos últimos tempos eu tenho percebido que na medicina muito do desenvolvimento científico tem sido usado para medicalizar a vida das pessoas. Durante muito tempo eu achei que meu papel era fazer um bom diagnóstico e instalar o tratamento certo; hoje, me pergunto se é só isso mesmo.

Clarice cada vez mais preocupada com os devaneios do marido:

– Sabe, meu amor, isso tudo é muito bonito, mas você estudou tanto para ser reconhecido como médico. A nossa preocupação maior deve ser com o diagnóstico e o tratamento, e não querer fazer a cabeça das pessoas que não respeitam o que a gente diz.

Otávio André na mesma linha:

– Vocês sabem que eu acredito na educação para mudar as pessoas. Por outro lado, concordo com Clarice, que cada um deve executar o seu papel, portanto, o médico deve valorizar a sua especialização.

Bibi, que achou essa conversa meio chatinha, diz:

– Meus amores, a melhor receita, já que de médico e louco todo mundo tem um pouco, é academia para todos.

Eleonora aproveita a deixa e convida a todos para o café na sala de estar.

Os olhares trocados mostraram que a conversa ficou longe de criar consensos, mas permitiu que os sentimentos presentes ganhassem, para alguns, a leve luminosidade da imprudência.

AS ÚLTIMAS NOTÍCIAS

Das últimas conversas que acompanhamos nas casas das famílias Santos e Azevedo Ribeiro até hoje, passaram-se alguns meses, muita coisa aconteceu com nosso pessoal. Vou colocar vocês a par de algumas novidades.

NA FAMÍLIA SANTOS

Seu Evaristo caminha pela vida como um aprendiz, o que o torna cada vez mais interessante, tanto para a família como para os amigos do bairro.

Dona Maria está cuidando da pressão e, acompanhada pelo marido, não deixa de caminhar. A frequência às missas e as promessas aumentaram.

Seu José não rejeita serviço. Tem gente que diz, mas pra ganhar isso? Ele responde: - Melhor do que quando não tem nada - e sempre fala que a inteligência está em administrar com R\$100 o que valeria R\$1000. O que aconteceu com Wolnei o faz sentir-se culpado por algo que ele não sabe o que é. O que falam de Wilmar ele ainda evita enxergar.

Dona Edna anda muito triste por causa de Wolnei, preocupada com que o pessoal fala de Wilmar, atenta às loucuras de Waléria, mas firme para que ninguém perceba. Continua com dupla jornada: a casa e os doces.

Waldson arrumou um emprego. Ganha muito menos do que antes, mas retomou sua dignidade. Continua na casa dos pais, pagar aluguel fica para o futuro. Voltou a ficar mais alegre, com isso as brigas com Erotildes diminuíram. Retomaram o amor do jeito que cada um o entende, quem sabe arrumam companhia para Ronaldinho. Cuidar da saúde Waldson não conseguiu, embora o uso de bebida tenha ficado mais esporádico e menos intenso.

Erotildes continua firme nas faxinas. Seu desejo de ir embora com Ronal-

dinho aquietou-se. Ela pensa que é melhor do jeito que as coisas estão.

Ronaldinho fez um ano. Já está andando. Eta menino esperto! Ganhou de presente uma camisa do Coringão e uma bola.

Wilmar assumiu-se num breve envolvimento com Wando, durou seu despertar. Amor encontrou com Amílcar. O encontro, porém, foi também com si próprio, sua gente, as pessoas, a vida. A vida e a sua vida foram resignificadas. O complicado é a nuvem carregada do segredo que paira sobre ele. Não contou para a família, nem pra ninguém. Amílcar respeita seu tempo. De operário padrão manteve a responsabilidade e dedicação, ganhou o respeito dos companheiros ao ficar ao lado deles em ocasiões de reivindicações e outros movimentos.

Wolnei um dado dia teve uma convulsão. A causa era toxoplasmose. Diagnóstico: AIDS. Apesar de ter sido o elo entre o grupo de seu irmão e seus camaradas, relutou em fazer o exame, e quando descobriu já estava doente. Recebeu a solidariedade de todos, especialmente de Wilmar. Começou a ser acompanhado por um serviço especializado do SUS. Remédios de graça e um bom atendimento. Da toxoplasmose restou uma seqüela, ao caminhar puxa a perna esquerda. No início, voltou-se pra igreja evangélica à espera que Deus o ajudasse, depois não conseguiu resistir e voltou-se às drogas e saiu de casa. Há cerca de um mês foi preso, continua recebendo os remédios, mas....

Waléria fez da paquera do doutor Cássio um objetivo de vida, conseguiu “roubar-lhe” um beijo (alguém rouba beijo?), mas percebeu que não ia dar certo, até porquê, ele, na verdade, é meio chato: tem mania de trabalho, só sabe falar disso e fica dizendo que esse negócio de modelo é preciso ir com cuidado. Em vista do exposto partiu pra outro, e nada melhor do que um fotógrafo que vai ajudá-la a virar uma nova Globeleza. Esse ano não deu para participar do concurso do Faustão, mas no futuro...

NA FAMÍLIA AZEVEDO RIBEIRO

Otávio conseguiu organizar sua vida do jeito que queria. Mantém com todos os salamaleques as aparências de respeito à instituição família, como é de bom tom para um juiz, enquanto seu romance com Bibi caminha da melhor maneira possível. Algumas vezes tem impressão que Eleonora sabe de alguma coisa, mas confia que também pra ela é melhor continuar com o maridão. Preocupa-se com o exagero de idealismo de Cássio André, em raros momentos, isso lhe serve para se sentir um bom pai.

Eleonora continua impávida diante da vida, se não fossem os pobres, marginais, motoboys e outros da mesma espécie, esse mundo seria ideal. Tem se preocupado com Gervásio, contudo nada fundamental. Acredita que à medida que o tempo passar, Cássio André vai cair na real, assim como fez com o casamento.

Cássio (dois nomes já não lhe caem bem) sente-se integrado no projeto de trabalho. Apesar de humildade não ser o seu forte, tem procurado se compor-

tar não como dono da verdade, mas apenas de uma delas. Separou-se de Clarice. Ficou claro que nenhum dos dois tem a ver com o outro. Acertada a divisão de bens e a pensão, o acordo foi fácil. Descobriu uma psicóloga que tem tudo a ver com o atual momento dele. Ficarem juntos vai exigir um revisitar, será que é porque ela é psicóloga, inúmeros departamentos dos seus eus que, ainda, não estão tão disponíveis assim.

Clarice. Não temos muito a falar. Está morando com outro, no Rio de Janeiro. Sem cometer nenhuma indelicadeza, vocês devem saber, continua um entojó.

Gervásio, quem diria, teve um AVC (derrame para os íntimos) e após muita fisioterapia está restabelecendo os movimento do lado direito do corpo. Tem enfermeiros que cuidam dele dia e noite. Como voltou a falar intelegivelmente, já consegue mandar ordens para a empresa. Sente Bibi um pouco distante, mas isso não o incomoda. As visitas de Eleonora são motivo de alegria.

Bibi está cada vez mais malhada. Sem ter que agüentar o marido, pra isso que servem os enfermeiros, sente-se mais livre. Seu caso com Otávio lhe dá a segurança de se algo acontecer com o casamento ter um porto seguro para lançar ancora. Mesmo que uma eventual separação lhe renda grandes coisas, as suas necessidades são enormes. E os velhos lhe dão o espaço necessário para a “ficada” com alguns garotões.

Wando foi o grande condutor da experiência com o trabalho sobre AIDS. Ficou orgulhoso com mais um trabalho de nordestinos no sudeste maravilha. Atualmente, aparece apenas em momentos de avaliação ou quando de eventos realizados próximos daqui. Seu trabalho no Nordeste tem exigido sua presença constante, além de ter encontrado uma nova paixão que faz das viagens para cá causa de muito sofrimento.

Por fim, o trabalho do grupo de pessoas da comunidade, do posto de saúde e da rádio comunitária tem evoluído a contento. Querem saber porque a formalidade “a contento”? É que os momentos de crise parecem superar aqueles de integração, alegria, solidariedade, resultados. Igual a muitos outros que a gente conhece. O que eles precisam considerar é que construir um trabalho com pessoas e diferentes interesses não é nada fácil, mas tudo indica que eles estão conseguindo. AIDS foi o começo, outras coisas têm servido a estimulá-los, e o que é melhor, já são em maior número do que quando começaram.

Agora que, como diria um antigo cronista social, Ibrahim Sued, “estão bem informadinhos”, vamos prosseguir, porque a vida continua.

Hipertensão

- Cecil G. Helman
- Antonio Ivo de Carvalho e Flávio A. de Almeida Goulart (org)
- www.manuaisdecardiologia.med.br/has

(Excertos para fins didáticos)

Estudo realizado no Hospital Militar de Seattle com pacientes que sofriam de pressão alta descobriu como as pessoas entendiam a denominação hipertensão. A maioria julgava que sua condição era resultado de estresse ou tensão em suas vidas diárias – por isso, hipertensão. Em 49% dos pesquisados, situações externas crônicas de estresse, tais como excesso de trabalho, desemprego, “preocupações e tensões da vida”, além de determinadas atividades profissionais, eram associadas a essa condição; 14% culpavam o estresse crônico interno, como problemas psicológicos, pessoais ou familiares e 56% pensavam que a hipertensão poderia ser precipitada por estresse agudo, como ansiedade, agitação ou irritação. Nessa explicação, a hipertensão é caracterizada por sintomas subjetivos, como nervosismo, medo, ansiedade, preocupação, raiva, decepção, tensão, excesso de atividade, agitação e exaustão. Em muitos casos, os pacientes não percebiam que a hipertensão é o mesmo que pressão alta. Alguns deles julgavam que a hipertensão resultava de fatores hereditários e físicos, como excesso de sal, água ou gordura nos alimentos.

Cardiocirculatórias –

Que dizem respeito ao coração e ao sistema de vasos sanguíneos

Metabólicas – *aquelas relacionadas a substâncias que o corpo ingere ou transforma para as suas necessidades de energia*

*Alta pressão
Hipertensão*

*Sem gordura
Imposição
Sem cigarro
Repressão
Pouco sal
Indicação
Caminhar
Orientação*

Intervenção!

*Entre o tudo e o possível
Entre o prazer e a razão
Sejam bem-vindos à negociação*

Luiz Meneguetti

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), atualmente não pode mais ser vista apenas como uma condição clínica em que as medidas de pressão estão acima de um determinado valor. Na verdade, existe uma série de alterações (cardiocirculatórias, físicas e metabólicas) que podem ser relacionadas, além do aumento da pressão, às alterações do metabolismo das gorduras, à resistência à insulina, hormônio do pâncreas que impede a entrada do açúcar dentro das células do corpo, à obesidade, ao endurecimento dos vasos sanguíneos, ao aumento do coração, entre outros.

O desenvolvimento da hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Sabe-se que ela é acompanhada por alterações em vários sistemas do organismo, como o cardiovascular e o renal. Estudos recentes identificam vários mecanismos responsáveis pela hipertensão, no entanto, ainda não está claro quais fatores a iniciam e quais são aqueles que a mantêm alterada.

Conforme estudos americanos, a ocorrência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. Entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10%, até os 50 anos chega a 20%, após os 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos.

Na população brasileira a frequência da doença se situa na casa de 15% da população geral adulta, variando conforme o estudo e o local pesquisado de 9 a 30%. Os mais pobres possuem a maior prevalência de hipertensão e também de complicações, como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam frequência menor do que as urbanas. A urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são fatores decisivos.

A estimativa da prevalência da doença na população adulta do Brasil, baseada em dados estatísticos de 1995, é de 13 milhões de hipertensos, com medidas de pressão máxima acima de 160 e mínima acima de 95 mmHg. Se forem consideradas as medidas entre 140-159 e/ou 90-94, estima-se que haja 30 milhões de doentes. Provavelmente, 50% deles desconhece ser hipertenso.

A hipertensão é um importante fator de risco para doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. A mortalidade por esta última, especificamente a hemorragia intracerebral, é diretamente relacionada aos níveis de pressão.

Ocorreram no Brasil, em 1995, 893.877 óbitos segundo registros de mortalidade. Destes, 244.605 (27,36%) foram causados por doenças cardiovasculares. Considerando-se que a hi-

Predisposição genética

– fatores que são trazidos pela transmissão de pais para filho e podem facilitar o aparecimento da doença

Cardiovascular – cardiocirculatório

Prevalência – medida do número de pessoas que tem a doença em um período analisado. Essas pessoas podem estar com a doença há pouco ou muito tempo.

Acidentes vasculares – derrame

Doença Isquêmica – doença por falta de sangue em um determinado local

Insuficiência Cardíaca – fraqueza do funcionamento do coração

Doença cerebrovascular – aquelas que atingem os vasos de sangue do cérebro

Hemorragia intracerebral – sangramento no cérebro

Mortalidade – quantidade de mortes por uma dada doença

Morbi-mortalidade –
*presença da doença e de
mortes causadas pela doença*

Assintomático – *doentes
sem sintomas*

pressão arterial contribui para a morbi-mortalidade em 80% dos casos de acidente vascular (derrame) e por 40% dos casos de doenças isquêmicas do coração (enfartes), estima-se que ela esteve envolvida de forma direta ou indireta em pelo menos 111.148 óbitos no ano de 1995, o que corresponde a 45,44% das mortes por doenças cardiovasculares.

Estudos americanos demonstram que apenas 27% dos hipertensos mantêm um controle satisfatório da pressão arterial (PA), inferior a 14/90mmHg. Apesar de diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. Isso se deve ao caráter assintomático da doença durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução, sendo difícil convencer um paciente do perigo em potencial que corre e da necessidade de mudar seu estilo de vida e, principalmente, da necessidade de utilizar medicações.

CLASSIFICAÇÃO

Normal: até 120 sistólica e até 80 diastólica

Pré-hipertensão: até 139 sistólica e até 89 diastólica

Hipertensão Estágio 1: 140-159 sistólica ou 90-99 diastólica

Hipertensão Estágio 2: Maior de 160 sistólica ou maior de 100 diastólica

Normas de indicação para tratamento farmacológico

Pacientes classificados como “pré-hipertensos” devem ser tratados apenas com modificações no estilo de vida.

Pacientes em Fase 1 devem inicialmente ser submetidos ao tratamento não medicamentoso com modificações de estilo de vida e, caso não se obtenha nível de pressão inferior a 140 sistólica e 90 diastólica, deve se iniciar o uso dos remédios.

Pacientes em Fase 2 ou com lesões de órgão alvo e os diabéticos devem de imediato ser submetidos a tratamento medicamentoso.

■ Medida Indireta da Pressão Arterial

A medida da pressão deve ser estimulada e realizada em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais da área da saúde. O aparelho de medição chama-se esfigmomanômetro.

A medida da pressão deve ser realizada com os seguintes cuidados:

1. explicar o que vai ser feito
2. Certificar-se que o paciente: não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
3. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo.
4. Se tiver que fazer novas medidas, esperar 1 a 2 minutos.
5. O paciente deve ser informado sobre os valores da pressão e a possível necessidade de acompanhamento.

O aparelho deve ser adaptado ao tamanho do braço em que será realizada a medida.

Em cada consulta, deverão ser realizadas, no mínimo, duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas. Caso as pressões diastólicas apresentem diferenças superiores a 5mmHg, devem ser realizadas novas medidas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores. As posições recomendadas para medir são sentada e/ou deitada.

■ **Outros exames de avaliação**

Um paciente hipertenso deve fazer exames de glicemia (açúcar no sangue), colesterol, uréia e creatinina (função do rim), potássio e eletrocardiograma.

Exames mais sofisticados devem ser reservados para pacientes com risco elevado.

■ **Uso de medicamentos**

Existe uma série de medicamentos para o controle da pressão, a escolha de qual utilizar depende das características da hipertensão e de outras alterações presentes na clínica do paciente.

O uso de mais de uma droga têm sido recomendada e seu uso com critério pode facilitar a aderência do paciente ao tratamento.

É necessário considerar os efeitos colaterais de cada droga, pois a ocorrência deles pode influir na disposição de usar o(s) remédio(s).

O nível desejável de PA é inferior a 140/90 mmHg. Pacientes com outros riscos associados devem procurar metas inferiores a 130/80mmHg.

Colesterol – um tipo de gordura importante como fator de risco para doenças do coração

Aderência – envolvimento do paciente com a proposta de tratamento

Efeitos colaterais- são aqueles não desejados quando do uso do medicamento

Perfil epidemiológico

características da doença na população (por exemplo, diferença entre sexos)

Faixas limítrofes – medidas próximas aos limites que definem alterações de pressão

Sedentarismo – Não movimentar-se ou não realizar exercícios físicos

■ **Tratamentos não medicamentosos**

São modificações no estilo de vida que ajudam a reduzir a pressão arterial: a redução do peso, a redução do sal, dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com pouca gordura, a diminuição do álcool, a diminuição ou abolição do cigarro e a atividade física.

Exercício físico tem se relacionado com redução da pressão arterial, independente de outros efeitos, como a melhora da diabetes e a redução de peso, por ajudar a reduzir as taxas de colesterol e a diminuir a taxa de mortalidade.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

■ **Objetivos**

Desenvolver ações em áreas de pesquisa, educação e assistência; definir o perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial (HA) no Brasil; e fundamentar técnicas individuais e coletivas de prevenção, controle e tratamento.

■ **Dados Epidemiológicos**

O grupo das Doenças Cardiovasculares (DCV) constitui a principal causa de mortalidade no Brasil; a HA é importante fator de risco para DCV, afeta de 11% a 20% da população com vinte anos ou mais de idade e encontra-se fortemente associada ao acidente vascular-cerebral (AVC) e ao infarto do miocárdio.

■ **População Alvo**

Adultos com vinte anos ou mais.

■ **Cobertura**

Considerada muito baixa em termos nacionais.

■ **Crítérios para Diagnóstico e Controle Clínico**

Crítérios diagnósticos variam por faixa etária. O critério da OMS considera hipertensos aqueles com PA definida por técnica adequada em duas verificações em dias diferentes, superior a 160/95 mmHg, embora faixas limítrofes impliquem risco cardiovascular variável. São fatores relevantes ao diagnóstico um passado de HA ou diabetes, história familiar de diabetes ou DCV, tabagismo, abuso de sal, gorduras e bebidas alcoólicas, obesidade, sedentarismo e estresse. O controle prioriza o desen-

volvimento da PA diastólica. O diagnóstico e acompanhamento básico são efetuados através de consulta médica ambulatorial.

■ **Tratamento**

Abolição do tabagismo, controle de bebidas alcoólicas, mudança de hábitos alimentares, exercícios físicos orientados e terapia medicamentosa.

■ **Seguimento**

Consultas mensais para ajuste terapêutico, trimestrais para evolução e anuais para reavaliação clínica. Programa é alterado se necessário.

■ **Referência a Serviços Especializados**

Obrigatória em casos de insucesso terapêutico, de efeitos colaterais incontroláveis ou de sinais de HA secundária ou de comprometimento cardiovascular importante.

■ **Desafios ao funcionamento do programa**

- Captar os casos e inscrevê-los no programa.
- Formas de mantê-los:
 - a. Aqueles que precisam de medicamentos, precisam ser motivados com a garantia da disponibilidade da medicação
 - b. Pacientes com sintomas escassos ou ausentes, dificuldade para aceitar restrições em seus hábitos alimentares e culturais, devem recorrer a atividades de grupo, palestras, distribuição de propaganda e, sobretudo, o acesso do paciente ao serviço pode ser facilitado ao máximo, e vice-versa.

Pelo que se pode perceber nos parágrafos acima o programa não poderá ser sustentado apenas pelo médico – o atendimento individual não é suficiente para atrair toda a população de risco, mantê-la sob assistência prolongada e interferir em hábitos sociais e processos de trabalho que aumentem os riscos associados à Hipertensão Arterial.

É fundamental a participação de equipes multidisciplinares ao lado da comunidade.

Não comerei da alface A verde pétala...

(Vinícius de Moraes)

Não comerei da alface a verde pétala
Nem da cenoura as hóstias desbotadas
Deixarei as pastagens às manadas
E a quem mais aprouver fazer dieta.

Cajus hei de chupar, mangas-espadas
Talvez pouco elegantes para um poeta
Mas pêras e maçãs, deixo-as ao esteta
Que acredita no cromo das saladas.

Não nasci ruminante como os bois
Nem como os coelhos, roedor; nasci
Omnívoro; dêem-me feijão com arroz

E um bife, e um queijo forte, e parati
E eu morrerei, feliz, do coração
De ter vivido sem comer em vão.

PROMOÇÃO Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Participativa
Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

REALIZAÇÃO Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

COORDENAÇÃO Universidade Federal de São Paulo /
Escola Paulista de Medicina /
Departamento de Medicina Preventiva
OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes
Hemeroteca Sindical Brasileira

Ministério
da Saúde

