

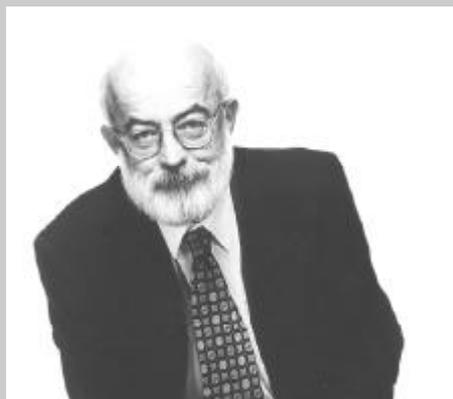
BOLETIM ESPECIAL DO VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA



**"Saúde,
Justiça,
Cidadania"
para todos!**

O VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva foi o congresso da diversidade, da inclusão e da criatividade.

_____ Página 2



SÉRGIO AROUCA
SANITARISTA
UTÓPICO

_____ Página 4



**MOÇÕES
APROVADAS**

Confira a lista.

_____ Página 6

OFICINAS

Relatórios de Oficinas realizadas no Pré-Congresso.

_____ Página 7

MENÇÕES HONROSAS

Conheça os trabalhos premiados.

_____ Página 26



"Saúde, Justiça, Cidadania" para todos!



O VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no final de julho passado no Campus da Universidade de Brasília, no Distrito Federal, foi o congresso da diversidade, da inclusão e da criatividade. Foi, sem dúvida, um momento de exibição do vigor e da renovação do campo da saúde coletiva. Foram apresentados quase cinco mil trabalhos na modalidade de pôster¹, desenvolvidas 159 comunicações coordenadas, 127 painéis, 29 palestras, 13 colóquios, nove grandes debates e três conferências magnas. Neste conjunto de apresentações orais foram apresentados 1.085 trabalhos científicos, envolvendo profissionais de serviços, professores e pesquisadores nacionais e internacionais.

O processo de construção deste evento, a partir da Comissão Organizadora, contou com a participação ativa de um grande número de profissionais de diversas instituições de saúde no âmbito fe-

deral e distrital e de professores e pesquisadores da Universidade de Brasília. A fase de avaliação dos trabalhos inscritos (quase 6.500) – crucial neste processo – compreendeu duas etapas. A primei-

O mérito da Abrasco foi estimular a participação e acolher os diversos grupos e temas propostos.

ra, via Internet, mobilizou 350 avaliadores ad hoc que, em conjunto com a Comissão Científica, pré-selecionaram mais de cinco mil trabalhos. Na segunda etapa, presencial, mais de 60 profissionais, oriundos de várias instituições e centros de ensino e pesquisa em saúde coletiva do país, classificaram – entre os trabalhos pré-selecionados – a modalidade de apresentação que serviu de base para a montagem final da programação do congresso.

A dimensão desse Abrasco, marcada pelo surpreendente número de trabalhos e participantes inscritos, suscita algumas reflexões. Em primeiro lugar deve ser evocado o poder de convocação da Abrasco, que se consolida a cada dia como uma entidade acadêmica e política de referência para a Saúde e para o SUS. Ressalte-se também o desejo de todos em retomar, com vigor, o debate sobre os rumos da saúde e da reforma sanitária em nosso país.

O Congresso teve capacidade de aglutinar os diversos campos de conhecimento e de práticas da Saúde Coletiva, onde o mérito da Abrasco foi estimular a participação e acolher os diversos grupos e temas propostos. O comparecimento expressivo dos trabalhadores de saúde e do pessoal dos serviços, foi responsável pelo volume surpreendente de produção científica sobre o SUS, evidenciando a diversidade do campo da saúde e do SUS em nosso país.

CONGRESSOS ANTERIORES

● 22 a 26 de setembro de 1986

I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"Reforma Sanitária e Constituinte - garantia do direito universal à saúde"

Campus da UERJ - Rio de Janeiro

● 03 a 07 de julho de 1989

II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"Sistema Único de Saúde - conquista da sociedade"

Cidade Universitária - USP
São Paulo

● 16 a 20 de maio de 1992

III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"Saúde como direito à vida"

Campus da UFRGS
Porto Alegre - RS

O clima de celebração tomou conta de todos que estiveram no campus da UnB, dando disposição e alegria para as longas caminhadas necessárias entre uma atividade e outra. A sessão de homenagem a personagens que marcaram a história da reforma sanitária no país – Carlos Santana, Eleutério Rodrigues Neto e Sérgio Arouca – e aos ex-dirigentes da Abrasco, além da apresentação de um conjunto de atividades culturais paralelas ao Congresso, reiteraram o respeito pela História e estimularam a criatividade, promovendo outras formas de convivência e expressão em saúde. A todo momento os participantes eram surpreendidos com apresentações de música, teatro, filmes e outros eventos acolhidos no “Cultura é Saúde”.



ferências estaduais e nacional, alimentando os debates com a profundidade e diversidade dos temas abordados nas distintas atividades que ocorreram em Brasília.

O VII CBSC foi o maior evento da fase preparatória da XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca

Para os GTs e Comissões da Abrasco, o VII CBSC foi uma oportunidade de reconstrução e atualização de suas agendas incorporando os novos desafios ali estampados. Agora, fica a responsabilidade para a nova gestão da Abrasco que, com certeza será pautada pelos vários significados deste Abrascão-2003.

O crescimento dos Abrascões deve ser comemorado. A ampliação dos programas de pós-graduação; a busca crescente por inflexões na Saúde Coletiva das

atividades de graduação; o reconhecimento progressivo de que a complexidade da saúde pública exige maior integração entre os serviços e os centros de produção de conhecimentos e a incorporação de profissionais na rede de serviços, em especial nos Programas de Saúde da Família, são indicativos desta tendência.

Para o futuro fica o desafio de seguir ampliando o debate. O Congresso em Brasília mostrou a necessidade de reestudar a organização dos próximos Abrascões. De imediato paira a idéia de rever sua duração, permitindo mais possibilidades aos autores, expositores e demais congressistas.

De substantivo segue vivo o compromisso expresso nas inúmeras atividades e nas moções aprovadas na plenária final deste VII CBSC: a luta incansável pela qualidade de vida e saúde de todos os brasileiros. Esta é com certeza a idéia-força e o desejo dos quase oito mil congressistas que estiveram na Capital Federal participando do Abrascão.

1 Noventa e dois pôsteres receberam menções honrosas. Conheça nesta edição os trabalhos premiados.



O VII CBSC foi o maior evento da fase preparatória da XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – que terá sua etapa nacional em dezembro próximo. Por certo, os ecos de nosso congresso estão ressoando na sua etapa de debates municipais e estarão também nas con-

19 a 23 de junho de 1994

IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"Saúde - o feito por fazer"

Centro de Convenções de Olinda e Recife - Pernambuco

25 a 29 de agosto de 1997

V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"Saúde - responsabilidade do Estado Contemporâneo"

Águas de Lindóia - São Paulo

28 de agosto a 01 de set. de 2000

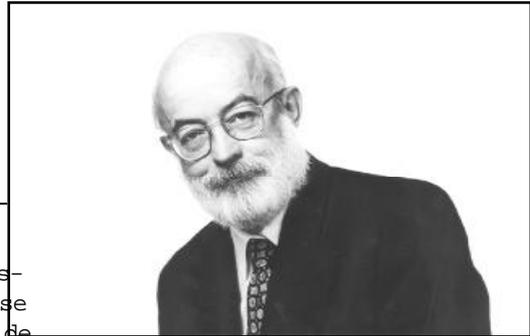
VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

"O sujeito na Saúde Coletiva"

Centro de Convenções de Salvador Bahia

SANITARISTA UTÓPICO

Sarah Escorel



Sérgio Arouca foi formado como um sanitari-
ta à moda antiga. Com muito orgulho referia-se
ao fato de ter cursado a Faculdade de Medicina de

TRISTESSE

Como você pode pedir
Pra eu falar do nosso amor
Que foi tão forte, e ainda é
Mas cada um se foi.

Quanta saudade brilha em mim
se cada sonho é seu
virou história em sua vida
mas pra mim não morreu.

Lembra, lembra, lembra
Cada instante que passou
de cada perigo, da audácia,
do temor que sobrevivemos,
que cobrimos de emoção?

Volta a pensar, então.
Sinto, penso, espero
fico tenso toda vez
que nos encontramos
nos olhamos sem viver,
para de fingir
que não sou parte do seu mundo.
Volta a pensar, então.

Como você pode pedir?

(Milton Nascimento)

Ribeirão Preto da USP,
que, em sua criação,
congregou uma série de
jovens profissionais, e
pretendia inovar o en-
sino da medicina. Con-
tava suas primeiras ex-
periências na realização
de inquéritos
epidemiológicos na
zona rural e em cidades
próximas de Ribeirão
Preto. A doença de
Chagas era endêmica a
tal ponto nesta região,
que era necessário es-
calar quarenta jogado-
res em cada time, para
que o jogo de futebol ti-
vesse chance de chegar
até o fim do tempo re-
gular. Ele gostava
de contar suas históri-
as com as vacas que,
por alguma força sobre-
natural, sempre o per-
seguiam. Dizia que per-
dera todas as anotações
feitas no primeiro tra-
balho de campo porque
uma vaca
desembestada o fizera
fugir correndo e pular
uma cerca de arame far-
pado.

pou da criação do Centro Brasileiro de Estudos
de Saúde (CEBES). Esta formação sólida, ampla e
tradicional em Saúde Pública o ajudou a virar essa
disciplina de 'ponta cabeça'.

A UNICAMP exerceu também enorme influên-
cia em sua formação. Mais uma vez, foi atraído
por uma iniciativa inovadora, desta vez para inici-
ar suas atividades profissionais como docente do
departamento de medicina preventiva e social. A
proximidade com professores geniais, de discipli-
nas como Física, Química e Sociologia, e as pos-
sibilidades de implementar projetos alternativos,
ampliaram enormemente sua visão de mundo e
sua concepção de Saúde. Foi, então, que 'mergu-
lhou' em Foucault e gerou a Tese de Doutorado
"O Dilema Preventivista". Segundo Jairnilson
Paim, este trabalho, e a tese de Cecília
Donnangelo sobre o mercado de trabalho médi-
co, inauguraram o campo da Medicina Social no
Brasil.

Tese hermética, difícil de ler. Naquele tempo
ele falava complicado, escrevia ainda mais com-
plicado. Era árduo acompanhá-lo quando pegava
uma tangente teórica. Mas, só quando pegava essa
tangente. No mais, era um papo muito bom. E, à
medida em que foi se afastando do estruturalis-
mo, ou essa corrente intelectual foi sendo ameni-
zada pela obra de Gramsci e pela vida, passou a
escrever cada vez mais inteligível. O papo foi fi-
cando ainda melhor, até que abdicou definitiva-
mente de escrever. Dedicou-se apenas a falar.

Lia muito. Quando um assunto o interessava,
queria aprender mais - fosse o tema DNA
recombinante, a criação de cães Fila ou a prática
do Tai Chi Chuan - desandava a comprar livros,
revistas, a ler tudo o que pudesse e a conversar
com quem mais entendesse do assunto. Torna-
ram-se um especialista. Depois mudava de tema,
mas mantinha o estilo.

Freqüentou a Faculdade de Saúde Pública da
USP antes da memorável turma do Curso de Saú-
de Pública integrada por David Capistrano Filho,
José Ruben Bonfim e tantos outros que participa-
ram do projeto da Zona Leste da cidade de São
Paulo. Em 1976, junto com essa turma, partici-
pava

Aliava o grande conhecimento que tinha em todos os aspectos da Saúde Coletiva à sua essência de metodólogo, ainda mais forte que a de formulador de políticas e estratégias. Explico: nas reuniões, em momentos decisivos, de crise, na busca do que fazer, de qual seria a melhor ação naquela conjuntura, todos falavam e Sérgio também. Mas ele sabia escutar e, em algum momento, pedia a palavra e assinalava certos aspectos que permitiam que as múltiplas idéias encontrassem um rumo, que se organizassem numa estratégia e se integrassem em um projeto. É como se, diante de milhares de peças de um quebra-cabeça, ele, ao invés de encaixá-las sozinho - ou indicar qual seria a forma de montar - mostrasse que as peças das bordas tinham um dos lados retos. Isso permitia que todos identificassem essas peças e comesçassem, coletivamente, a compor o quadro.

A liderança incontestável que exerceu sobre todos nós do campo da Saúde Coletiva era devida também a uma personalidade muito particular. Nunca parecia ter sido mordido pela 'mosca azul' do poder. Não tinha qualquer vaidade física, embora tivesse orgulho de sua trajetória. Como bom leonino, adorava ser o centro das atenções e não resistia a uma bajulação inteligente. Mas, fazia e reconhecia ter feito, muita bobagem. E contava rindo até chorar, zombando de si próprio. Dizia que atraía os 'doidinhos', mas era ele o 'louco varrido' e tudo não passava portanto de atração entre 'colegas'.

Gostava de Política com P maiúsculo. Não conseguia subordinar-se às regras partidárias embora tenha sido fiel ao 'Partidão' até morrer. Foi muito infeliz durante o tempo em que foi parlamentar. Todos os dias dizia que ia para a Câmara 'apanhar', a diferença era só de quanto seria a surra, já que diuturnamente a oposição era derrotada por uma enorme margem de votos. Mas, gostava de discutir política em geral, e do setor Saúde em particular. Com o tempo, foi mudando suas idéias e concepções a respeito de Saúde, sem-

pre influenciando os que estavam à sua volta. Quando o conheci ele tinha restrições à psicanálise e à homeopatia. Em suas últimas entrevistas defendia uma mudança radical do modelo de atenção à saúde e a desmedicalização da sociedade. Tratava-se com homeopatia, mudara seu padrão alimentar, e reconhecia os benefícios da ioga e da meditação na saúde das pessoas.

Era movido por idéias grandes, utópicas e generosas. Não disputava intelectualmente, e nunca o vi brigando em benefício próprio. Tampouco se arvorava a ser o guardião do povo. Mas, era o povo brasileiro, essa 'gente humilde' que o fazia ir à luta. Todos os dias.

"Eu sei que essa dor não vai passar mais nunca, mas sei também que um dia ela será tão parte de nós que se tornará mais suave e nem lembraremos de como era viver sem sentir essas saudades"

* Sarah Escorel é médica sanitária, Doutora em Sociologia, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e responsável





MOÇÕES APROVADAS

Conheça os argumentos, a íntegra dos documentos e os signatários das moções apresentadas no sítio www.abrasco.org.br

⚡⚡ **Contra a Privatização de Água**

Que a ABRASCO adote a luta contra a privatização da água entre suas prioridades políticas, participando também junto aos movimentos sociais pela retirada do Projeto de Lei No 4147, que tramita com urgência constitucional no Congresso Nacional e que visa a privatização da água.

⚡⚡ **Reforma do CNS**

Que seja garantido à XII Conferência Nacional de Saúde o poder soberano para reformar a composição do Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e com a garantia da participação dos movimentos sociais e populares na representação dos usuários.

⚡⚡ **Criação de um GT de Bioética / ABRASCO**

A ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, centro de pesquisa em bioética, sediado em Brasília, submeteu à Plenária da ABRASCO a criação do Grupo Temático Bioética.

⚡⚡ **Em prol de conscientização da sociedade sobre a vigilância em saúde do trabalhador**

Apoio à divulgação na frente de todos Hospitais Públicos, do número de Acidentes e Doenças relacionadas ao Trabalho atendidos semanalmente ou mensalmente pela instituição, através de cartazes, faixas, placas ou outdoors.

⚡⚡ **Repúdio à FIERGS**

Protestamos contra a Ação Direta de Inconstitucionalidade movida contra o Código Municipal de Saúde de Porto Alegre pela Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS), que impede, há mais de seis meses, o município de realizar Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, alegando que a fiscalização aos ambientes de trabalho é tarefa da União.

⚡⚡ **Pela implementação da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CNS**

Propõem que o Conselho Nacional de Saúde implemente imediatamente sua Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, para dar cumprimento à legislação e às deliberações da I Conferência Nacional de Vigilância sanitária.

⚡⚡ **Contra a DRU, DRE e DRM**

Que seja excluída da proposta de reforma tributária a manutenção da desvinculação das receitas da união (dru) e a introdução das desvinculação das receitas dos estados (dre) e a desvinculação de receitas dos municipais (drm).

⚡⚡ **Saúde da População Negra**

Propomos a criação de oficinas; ampliação do número de mesas, conferências e painéis, a formação do Grupo Temático – Saúde da População Negra.

⚡⚡ **Apoio ao programa de anemia falciforme**

Solicita ao Governo brasileiro a implantação e implementação das diretrizes apontadas pelo PAF – Programa de Anemia Falciforme, proposta elaborada em 1996, visando efetivar uma política de atenção à Anemia Falciforme, contribuindo para a redução da morbimortalidade pela doença genética de maior frequência do Brasil.

⚡⚡ **Apoio ao Fortalecimento da Educação Popular em Saúde**

- Valorização, priorização e efetivação em todos os aspectos, sobretudo financeiros, da produção de conhecimentos diretamente voltados para a consolidação dos princípios norteadores do SUS.

- Redefinição do tempo de pesquisa pelos movimentos sociais no processo e adoecimento-cuidado e saúde no sistema de saúde.

- Exigência de capacitação pedagógica / educacional para docentes da área da saúde.

- Valorização de critérios diferentes para o docente da área da saúde, considerando o ensino em serviço, a produção de material didático, a extensão universitária e outras questões voltadas às necessidades da formação de profissionais de saúde, na pontuação de carreiras docentes.

⚡⚡ **Pró-promoções da Saúde**

Solicita à ABRASCO associar-se aos esforços do Pró-GT e recomendar à organização da XII Conferência Nacional de Saúde que inclua a Promoção da Saúde em seu temário.



FISIOTERAPIA E SAÚDE COLETIVA:

Enfrentando o desafio da integralidade da atenção

Utilizando-se de estratégias metodológicas ativas, a oficina propôs avaliar as ações desenvolvidas no campo da Fisioterapia, identificando os princípios constitucionais estabelecidos para o Sistema Único de Saúde - SUS, ou seja, a universalidade no acesso, a integralidade das ações, a equidade na atenção, e a forma como tem

sido encaminhada a questão do controle social. No âmbito educacional, buscou-se analisar os aspectos que inibem a implantação das diretrizes curriculares nacionais para cursos de fisioterapia. São propostas que visam uma aproximação entre formação acadêmica e realidade social, formando profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e aptos a resolver os problemas do sistema de saúde brasileiro.

Buscando interação entre os objetivos propostos para a oficina e os princípios e objetivos de trabalho da ABRASCO e da Rede UNIDA, a oficina discutiu a contextualização dos princípios e diretrizes do SUS, e suas implicações para a implantação das diretrizes curriculares e a formação profissional. Houve ainda uma apresentação de experiências profissionais e curriculares inovadoras, a partir da articulação univer-



sidade-serviços-comunidade, envolvendo tecnologias assistenciais fisioterapêuticas em atenção primária e, paralelamente, a construção coletiva de estratégias que visem a garantir a inserção do profissional nas políticas públicas de reorientação do modelo de atenção em saúde.

Os resultados dos grupos de trabalho constituem um rico material de reflexão sobre a Fisioterapia Brasileira. Entre os principais desafios abordados estão o acesso universal, ainda não garantido na maioria das experiências relatadas, as limitações nítidas para atender ao princípio da integralidade da atenção à saúde, devido à carência de profissionais para compor equipes de trabalho, e a dificuldade do trabalho interdisciplinar. Além das limitações políticas da categoria, que se refletem em entidades representativas com escasso poder de negociação.

Quanto à formação, aspectos relacionados ao aparato e à terminologia fortemente técnicos, assim como o modelo hospitalocêntrico utilizado na quase totalidade das escolas no País, aparecem como obstáculos às ações rumo a reorientação do modelo de atenção à saúde proposto constitucionalmente, além da falta de instrumen-

talização durante a formação para permitir ações que priorizem a autonomia do profissional.

Parte de uma lenta, porém sólida construção da Fisioterapia na área da Saúde Coletiva e da atenção integral à saúde, os participantes da oficina buscarão desenvolver uma rede de trabalho a partir dos encaminhamentos sugeridos, conscientes de que há muito a fazer, mas certos de que estão no caminho. As coordenadoras da oficina acreditam que "durante um longo período de tempo ainda estaremos colhendo os frutos dessa oficina, que permitiu evidenciar a necessidade e a importância da fisioterapia no contexto de saúde pública individual e das coletividades".

Avaliação da Atenção Básica

Estratégias de Institucionalização

A oficina formulou uma proposta para discutir bases e diretrizes visando a promoção de uma cultura avaliativa que envolva diferentes atores,

por intermédio de referências conceituais, metodológicas e operacionais. A meta é contribuir para a implementação de mecanismos e instâncias de avaliação da atenção básica local e regional, e estimular uma reflexão mais sistematizada sobre a institucionalização da avaliação. Suas recomendações devem ser incorporadas pela Comissão de Avaliação da Atenção Básica, criada pelo Ministro da Saúde por meio da Portaria GM nº 676 de 03/06/2003. O produto da oficina será divulgado por uma publicação do MS com o objetivo de documentar as reflexões e recomendações, além de servir de subsídio para a discussão contínua do objeto trabalhado.



A complexidade do objeto da atenção básica traz grandes desafios para sua avaliação. Há necessidade de formular uma concepção ampla para sustentar

o processo de avaliação. Não há contradição entre as distintas expressões reais da atenção básica nos contextos municipais diversos e o que se espera desse nível de atenção como "imagem-objetivo" ou "situação desejada".

A avaliação ("ferramenta de gestão") deve possibilitar a percepção das mudanças, e é instrumento de suporte ao processo decisório. Foram ressaltados os seguintes eixos/dimensões do processo de avaliação: universalidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade aos diferentes níveis do sistema e equidade. A equidade deve ser considerado o eixo transversal, que passa todos os demais. Apontou-

se para necessidade de considerar como eixo a integração institucional no âmbito do MS e como dimensões, as práticas e a avaliação do contexto. Sugeriu-se, também, a elaboração de uma matriz cruzando as dimensões com os eixos estratégicos da NOAS.

Sobre as Estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica são as seguintes as conclusões dos grupos de trabalho: garantir financiamento para a institucionalização (destaque para a responsabilidade estadual pelo co-financiamento do processo de avaliação), utilização dos recursos do PROESF (componente 3 diz respeito a 100% dos municípios). O financiamento da avaliação é fundamental nos diversos níveis de gestão. Embora não sistematicamente, o nível federal tem financiado pesquisas avaliativas, o que não tem ocorrido nas demais esferas de gestão.

Para institucionalização da avaliação é fundamental a qualificação dos profissionais nos diversos níveis, tarefa que deve ser assumida pelo MS. Foi, ainda, discutida a proposta de criar postos de trabalho em todos os níveis do SUS e a criação de um posto supervisor responsável pela coordenação da avaliação no âmbito do Ministério da Saúde. ✍

Bioética

A Oficina Bioética teve como objetivo principal apresentar as contribuições que esta cadeira pode fornecer às pesquisas e demais intervenções profissionais no campo da saúde coletiva. Em quatro horas de intensas e ricas discussões e reflexões, foi apresentado aos 60 participantes uma breve história da trajetória da bioética no cenário mundial e

o avanço da disciplina no Brasil. Esta apresentação inicial das noções fundamentais sobre o assunto propiciou a participação de todos os presentes, integrando pesquisadores com conhecimento avançado do assunto com os que estão iniciando os estudos nesta área.

Os participantes tiveram a oportunidade de conhecer alguns dos principais temas explorados pela bioética e as possibi-

lidades de pesquisa e intervenção que a disciplina oferece. Como resultado das atividades ocorridas durante a Oficina Bioética, os participantes sugeriram a criação de um Grupo Temático específico sobre bioética. Nesse sentido, foi encaminhada moção à Plenária da ABRASCO sugerindo a criação do Grupo Temático Bioética. A moção foi submetida e aprovada na Plenária da ABRASCO do dia dois de agosto de 2003. ✍

A construção compartilhada do conhecimento na Promoção da Saúde: Elaboração de material educativo em conjunto com a população.

A oficina contou com 17 participantes, todos inscritos no momento da realização. Os integrantes, de diversos pontos do país (MG, RS, SP, RJ, AM, AC, AP), faziam parte de entidades Universitárias, PSF, Instituições Ministeriais e ONGs. A programação começou com uma discussão sobre os processos de conhecimento a partir da prática educativa das pessoas, construindo assim uma crítica do fazer educativo. Todos os participantes tinham experiência em trabalhos educativos e eram versados no processo de construção compartilhada do conhecimento, o que possibilitou o aprofundamento na discussão dos temas. Em um segundo momento passamos para a análise de diversos materiais educativos, com olhar crítico, abordando, finalmente, a experimentação do processo participativo de elaboração de material didático.

O curso foi extremamente participativo. Na avaliação, solicitada por escrito a todos os participantes, destacou-se a meto-

dologia participativa/problematizadora do encontro, o domínio do tema por parte das coordenadoras e a condução do processo educativo na oficina. Segundo esta enquete, os participantes sugeriram o aumento da carga horária e a publicação da oficina na forma de artigo.



Esta foi nossa terceira experiência como proponentes em congressos. Achamos que foi uma experiência muito positiva, pois tivemos oportunidade de encontrarmos com pessoas de todo o país. Pessoas que convivem com realidades distintas, mas que têm um objetivo comum: todas querem trabalhar com educação popular. Acreditamos que é necessário dar prosseguimento às reflexões sobre o assunto da oficina para aumentar o domínio teórico-metodológico do tema. ✍

Vigilância Sanitária

O objetivo da oficina foi discutir o papel do GT e suas perspectivas, a partir da avaliação dos trabalhos desenvolvidos nos dois anos de sua existência, aprofundar a reflexão de alguns temas recorrentes em nossas discussões e em foros relacionados à temática da VISA e propor um plano de ação e nova dinâmica de trabalho para o próximo período. As discussões foram norteadas por três questões: os novos instrumentos/métodos de atuação na vigilância sanitária (certificação, acreditação, auto-inspeção e a função regulatória do estado contemporâneo), as estratégias da atual política de saúde e da vigilância sanitária para o país e a reorganização da dinâmica de trabalho do Grupo Temático.

Discutiu-se a natureza de caráter regulatório e os instrumentos de atuação da Vigilância Sanitária. Para promover e proteger a saúde, a VISA tem que atuar visando reduzir o desequilíbrio estrutural entre o setor produtivo e a sociedade, tendo como pressupostos a existência dos conflitos de interesse e a assimetria de informação e de recursos (cognitivos, de poder, financeiros, organizacionais). Essa função regulatória se efetivará somente com a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e com uma atuação cooperativa entre as esferas de governo. A auto-inspeção, a acreditação e a certificação não devem ser instrumentos centrais para a regulação pela VISA.

Em relação a estratégias da política de saúde e da vigilância, foi debatido o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a contradição entre o proposto na Lei 8080, que constitui um avanço, e a prática



fragmentada e de baixa efetividade das "vigilâncias". Destacou-se a importância da reflexão sobre formulação de políticas públicas e da participação de outros segmentos sociais na formulação e no acompanhamento da política de VISA. Também foi debatida a atual proposta governamental da Secretaria de Vigilância em Saúde e a situação da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS e da apresentação da VISA na Tripartite.

Sobre a dinâmica de trabalho do GT, deliberou-se prosseguir a construção do plano diretor, ampliar a participação no GT, implantar uma rede para promover a discussão e a organizar núcleos regionais. Decidiu-se por uma Coordenação Colegiada, com representantes da academia e dos serviços.

A oficina considerou que o Grupo Temático deve trabalhar também para promover a discussão da construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e do papel de regulação da VISA, função indelegável do Estado. O GT deve também reafirmar a importância da VISA no campo da saúde pública, acompanhando na atual conjuntura de redefinição ministerial as relações intra e intersetoriais, bem como os mecanismos de financiamento do SNVS necessários para garantir a gestão nas esferas estaduais e municipais de VISA. Deliberou-se também a participação na Iª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, na Conferência Nacional das Cidades e na XIIª Conferência Nacional de Saúde. ❧

Desafios da integração regional do Setor Saúde: Construção de uma Agenda

O objetivo da oficina, realizada pela Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, foi obter subsídios para a construção de uma agenda de integração regional do setor saúde na América do Sul. Com esta finalidade foram discutidos desafios e potencialidades, articuladas parcerias e identificadas lacunas e prioridades para ações que promovam a integração de políticas, produtos e serviços de saúde.

A integração regional é hoje uma grande prioridade no campo da política externa brasileira. Ao mesmo tempo, a importância social, econômica e tecnológica do complexo da saúde - que inclui desde a produção de medicamentos, equipamentos, insumos, imunobiológicos e outros produtos de uso não exclusivo da saúde, até atividades de promoção, prevenção e prestação de serviços de saúde - implica que os processos de integração regional incorporem em suas bases o desenvolvimento do setor saúde.

A proposta de integração regional através do complexo produtivo da saúde deverá envolver organizações governamentais e não-governamentais, setores públicos e privados, nacionais e regionais. Pressupõe também a definição de políticas específicas, a criação de mecanismos, estruturas e instrumentos de cooperação e de integração. A integração regional em saúde passa, portanto, por um processo político-institucional e técnico, articulando todos esses atores nos níveis local, nacional, regional e global.

Na oficina, abordou-se os seguintes temas: relação da globalização com a saúde e seus efeitos no pro-

cesso de regionalização; interface entre a saúde e a política externa brasileira; desafios e prioridades da integração regional em saúde; o complexo produtivo da saúde em seus diferentes segmentos (industrial, comercial, serviços, recursos humanos e pesquisa e desenvolvimento); e o tema global da integração regional na América do Sul.

Destacou-se que o processo de integração precisa ser abordado a partir de uma perspectiva mais política, já que a pauta tarifária e aduaneira não dá conta da política externa brasileira nem da política de saúde



de do Mercosul. Também ganhou destaque a idéia de bens públicos regionais - tais como vacinas imunobiológicas, inseticidas para combate de vetores, sistemas de vigilância epidemiológica - que, bem administrados, podem promover o desenvolvimento socioeconômico dos países da região.

A perda de competitividade também foi destacada, especialmente porque isso acontece em países com níveis semelhantes de desenvolvimento. Portanto seria importante aliar a política de integração ao fortalecimento de sistemas locais de inovação, identificando vantagens comparativas e promovendo o intercâmbio solidário entre os países do bloco. ❧

Desafios para a efetivação do controle social

Esta oficina teve como objetivo identificar impasses, perspectivas e propostas que promovam a consolidação do controle social no Sistema



Único de Saúde e propor formas de efetivá-las. Os expositores procuraram apresentar e problematizar os diferentes contextos de desenvolvimento do controle social, a partir da década de 1980, identificando desafios e avanços. Foram identificados e expostos diversas melhorias, decorrentes da organização, da mobilização e da luta popular. Elas ocorreram em diversas áreas, como na legislação, no financiamento, na capacitação e na estrutura dos Conselhos de Saúde. Contudo, se comparamos o processo vivenciado hoje nos Conselhos de Saúde ao vigor verificado nos anos 80, percebe-se uma certa "perda de velocidade" nos dias atuais.

É pertinente, portanto, pensar em que medida a atuação do controle social está realmente dando respostas concretas às necessidades da população. Resistência e críticas, embora sempre necessárias, não são suficientes. É preciso buscar soluções efetivas para os problemas e desafios, conferindo às ações dos Conselhos de Saúde maior credibilidade, visibilidade e legitimidade. Se estes três aspectos não forem adequadamente trabalhados, os Conselhos de Saúde terão muita dificuldade para exercer suas funções deliberativas e fiscalizadoras.

Os participantes da oficina levantaram diversos desafios, destacando-se a própria conceituação de controle social; a questão da legalidade e legitimidade; o nível de

normatização plausível no controle social; formas de transformar o direito constitucional à saúde em políticas; estratégias de envolvimento da soci-

idade; controle social e tensões internas do controle social; escolha dos conciliadores/árbitros/mediadores; política de comunicação; estabelecimento de metas para funcionamento dos conselhos; capacidade efetiva dos Conselhos de Saúde no desencadeamento de ações para superar os problemas (filas, urgência/emergência, transplantes); intersetorialidade; capacitação; Comissão Intergestores Bipartite/Tripartite; e financiamento.

Para envolver a sociedade no processo do controle social, propôs-se a realização de eventos que promovam a participação da sociedade nos temas prioritários das políticas públicas, em reuniões descentralizadas e com ampla divulgação da pauta, além da realização de reuniões itinerantes do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere aos Conselhos de Saúde, os participantes reafirmaram as deliberações da XI Conferência Nacional de Saúde e as proposições da VIIIª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada no ano 2000, mas que continuam atuais. Tais proposições devem ser retomadas na agenda do controle social, que inclui no debate a questão da dotação orçamentária própria para os Conselhos de Saúde, a constituição das Secretarias Executivas, a formação da Mesa Diretora ou núcleo de coordenação e a garantia da eleição das presidências dos Conselhos de Saúde. ✍

Análises de impacto de ações de saúde: reflexões metodológicas

A oficina organizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde contou com 30 participantes, de diversas instituições de ensino e pesquisa, de serviços como secretarias municipais e estaduais, de outros setores do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), convidados pelo DASIS/SVS. Os objetivos eram apresentar e discutir experiências de avaliações de impacto de ações e programas de saúde no contexto brasileiro do SUS, promover a integração com profissionais envolvidos em linhas de investigação em avaliação em saúde, iniciar um processo de construção de conhecimento na área de análise de impacto e promover subsídios técnicos ao desenvolvimento de habilidades para a implementação de estudos em avaliação de impacto.

Em formato expositivo e em discussões em grupos, foi debatida a avaliação em saúde a partir da cooperação internacional, as

considerações conceituais e metodológicas da avaliação de impacto, a institucionalização da avaliação, o relato de experiências em avaliação de impacto de ações (atenção básica) e programas de saúde (dengue, doença de Chagas e esquistossomose).

O grupo recomendou a formação de mecanismos eficientes de divulgação e a intermediação de experiências no âmbito da avaliação de impacto. Devem ser formados mecanismos eficientes de capacitação e mantida a comunicação do grupo, para divulgar e discutir o que vem sendo realizado. O custo e a possibilidade de acesso a metodologias mais avançadas de avaliação precisa ser avaliado, e mecanismos de investimento na área de avaliação de impacto, implementados. Outras recomendações do grupo são: apoiar avaliações de impacto; priorizar a melhoria da qualidade dos dados dos sistemas de informação e promover novo encontro/oficina no Congresso Brasileiro de Epidemiologia, a ser realizado em 2004. Os produtos esperados são a constituição de um grupo de discussão permanente em avaliação de impacto de ações de saúde e uma publicação, a ser organizada pelo DASIS/SVS, contemplando as apresentações dos palestrantes, discussões, sugestões e recomendações do grupo. ↵

Educação Popular na prática e na formação dos Agentes Comunitários de Saúde

Participaram desta oficina cerca de 46 pessoas, entre Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de nível universitário de diferentes regiões do Brasil. Através de dinâmicas lúdico-pedagógicas, procuramos refletir a presença do processo de educação na vida de cada um, partindo do contexto de vida e trabalho dos participantes.

Convencidos de que somos educadores e aprendizes o tempo todo, trabalhamos conjuntamente a visão que cada um tem de si mesmo como educador, e buscamos, a partir de pequenas dramatizações em grupo, problematizar e definir os princípios da Educação Popular. Dentre os princípios listados encontramos: (1) o respeito ao próximo e ao saber popular; (2) escuta ao próximo; (3) sempre partir do contexto de vida da população; (4) a problematização das situações (5) a busca pela autonomia e pela liberdade; (6) a participação ativa; (7) a amorosidade e (8) a persistência.

Uma vez reconstruídos coletivamente estes princípios, passou-se a uma fase de propostas sobre como incorporá-los ao contexto da prática e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. A base foram as angústias em relação à definição de atribuições profissionais, condições de trabalho e vínculo empregatício. Surgiram então como propostas: (1) formação do ACS em políticas públicas, participação popular, SUS e controle social; (2) capacitação para incentivar a autonomia das pessoas (participação, auto-estima, emancipação); (3) inclusão no aprendizado de co-

nhecimentos sobre relações humanas; (4) respeito aos princípios da Educação Popular e utilização de uma proposta pedagógica coerente com estes princípios; (5) estruturação de programas de formação continuada e permanente; (6) adequação do currículo às necessidades locais; (7) construção do programa de formação em parceria com serviços de saúde, escolas formadoras e com os próprios Agentes Comunitários de Saúde, tanto governamentais como com os vinculados a movimentos sociais; (8) transmissão de conhecimentos sobre doenças comuns, possibilitando ao ACS intervir da melhor forma possível (locais distantes da possibilidade de cuidados médicos); (9) valorização do caráter de liderança comunitária na seleção de ACS; (10) Redefinição das atribuições e do perfil dos ACS junto a representantes dos ACS de cada estado, respeitando a especificidade do seu trabalho ("o ACS não deve ser um Auxiliar de Enfermagem"); (11) Estabelecer tarefas respeitando estas atribuições; (12) Valorizar o ACS, e acreditar em seu potencial; (13) Sensibilização quanto ao trabalho em equipe; (14) Viabilização da participação em eventos (de saúde coletiva, por exemplo); (15) Necessidade de remuneração e condições de trabalho material adequadas.

Por fim estabeleceu-se a necessidade de dar prosseguimento a esta discussão, se possível envolvendo os departamentos do Ministério da Saúde que já vem discutindo as questões relacionadas aos Agentes Comunitários de Saúde. ↵

Desafios atuais dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: para além do Programa de Saúde da Família.

O principal objetivo desta oficina foi discutir de maneira aprofundada a formação do Médico de Família e Comunidade, entendendo-a como uma das questões fundamentais a serem solucionadas no processo de consolidação do Programa de Saúde de Família no Brasil. Como texto de referência utilizou-se a resolução 05/2002 da CNRM/MEC, sobre programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

No turno da manhã houve apresentação dos participantes e relato da experiência das instituições na formação do Médico de Família e Comunidade. No turno da tarde discutiu-se propostas de encaminhamentos para a situação atual da formação do Médico de Família e Comunidade.

Algumas das principais propostas apresentadas foram a orientação das dimensões de prevenção, cura e reabilitação através de estratégia de promoção da saúde integrada em perspectiva intersetorial, o fortalecimento do campo interdisciplinar e a garantia das particularidades da regulamentação de cada profissão nas Residências Multiprofissionais.



Também foi sugerida a criação de incentivos à docência em serviço/preceptorial na estratégia do PROESF e o apoio à atividade de preceptorial para médicos de APS desenvolvida preferencialmente por MFC. Devem ser desenvolvidas modalidades de pós-graduação lato sensu (mestrado profissional e Residência Médica com contratado parcial no PSF expansível no final) e strictu sensu e garantida a continuidade do financiamento das residências médicas e multiprofissionais.

Existe um perfil consensual no grupo para o médico APS, que é o expresso na resolução da 05/2002 da CRNM. Eles devem, preferencialmente, ter experiência multiprofissional durante a residência, e o número de vagas em Residência Médica deve ser planejado de acordo com as ne-

cessidades sociais. Os participantes da oficina também apoiaram a indução, pelo SUS, da destinação das vagas de Residência entre as diversas especialidades e o reconhecimento da pertinência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em zelar pela qualidade dos programas de especializações e

residências que formem médicos para Atenção Primária à Saúde (APS) e pela acreditação do médico que deseja especializar-se na área através do processo de titulação. Também foi proposto, à SBMFC, a discussão ampla do perfil do Médico de Família e Comunidade e a importância da participação dos MFCs na reformulação dos currículos da graduação médica com valorização da APS.

A oficina recomenda a divulgação da especialidade MFC, do papel e da importância do profissional de APS, entre acadêmicos de medicina, visando despertar o interesse por esta especialidade e a estruturação do plano de carreira, cargos e salários no SUS. ✍

PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

A oficina contou com representantes de instituições de ensino/pesquisa e assistência, de secretarias municipais e estaduais de saúde de sete estados do Brasil, do Ministério da Saúde, CONASEMS e OPAS. Ele começou com um relato das atividades e compromissos do GT no apoio à formulação de políticas de promoção da saúde através do ensino, pesquisa e da gestão de políticas públicas, em geral, e do sistema de saúde em particular. Foram ressaltadas possibilidades de formação de redes e parcerias com universidades, com gestores municipais e estaduais e com o Governo Federal, e salientada a importância deste debate no momento de redefinição da Promoção da Saúde na estrutura e na política do MS. A Promoção será incluída entre os dez temas da XIIª Conferência Nacional de Saúde (a intersectorialidade, um dos temas já definidos, é uma estratégia dentro do conceito amplo de Promoção da Saúde que vem sendo construído no Brasil).

Também foram debatidos a implementação e a avaliação das estratégias de promoção da saúde, com ênfase na intersectorialidade nos serviços e práticas de saúde, nas políticas públicas e no desenvolvimento regional e local. O debate e a proposição de atividades e iniciativas foram norteados pelas seguintes questões: Que eixos de ação podem influenciar políticas públicas e de promoção da saúde? Qual a função do conhecimento que produzimos? A intersectorialidade na promoção da saúde avançou? A promoção da saúde, a partir do setor saúde, pode ser integradora? Como os agentes tratam as pessoas? Quem fala de direitos no serviço? Quem temos que capacitar? Como advogar a especificidade do GT-Promoção da Saúde?

Para identificar temas e estratégias para o GT foram discutidas seis iniciativas em curso: IIº Colóquio Internacional sobre programas locais e regionais de Saúde (Quebec); Inquérito nacional sobre percepção dos gestores (parceria do MS, OPAS, CONASEMS, ABRASCO e Universidade de Toronto), Projeto Regional de evidências de efetividade em Promoção da Saúde na América latina (UIPES, OMS, CDC), IIº Fórum Nacional de Municípios Saudáveis (prevista a realização da 1ª Mostra Curitibana de Promoção de Saúde), Rede de ensino a distância para capacitação de gestores em Promoção da Saúde/cidades saudáveis (FSP/USP, Universidade de Toronto), e Projeto Ação Intersectorial para a Saúde (ENSP, CPHA, ABRASCO/ABC, CIDA).

A oficina recomendou criar mecanismos de integração entre os diversos projetos apresentados e elaborar um manifesto conceitual operativo, dividido em quatro partes: (1) marco conceitual inteligível e persuasivo (promoção da saúde como novo paradigma e movimento social), (2) princípios e diretrizes para mudar a lógica do modelo de atenção nos planos dos serviços de saúde, das políticas públicas, e do desenvolvimento local sustentável (individual, coletivo e institucional), (3) estratégias indispensáveis (identificação de potencialidades de pessoas e grupos; fortalecimento da participação de profissionais e cidadãos no processo de definição das políticas de desenvolvimento e de saúde) e (4) incentivo e apoio à formação de redes sociais e acompanhamento desse processo de mudança pelo GT, através da pesquisa, observação e disseminação, da formação de profissionais e atores sociais, da educação continuada e da busca de financiamento. ✍

Saúde Mental: Desafios da Integração com a rede básica

A atenção à saúde mental reorienta-se de um modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um de atenção de base comunitária. A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica contribuirá para esta transformação, oferecendo melhor cobertura assistencial e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS.

Após apresentação da política nacional de saúde mental, a oficina discutiu o papel da atenção básica na saúde mental, o desenho organizacional que possibilita a execução das ações/atividades de atenção à saúde mental na atenção básica de forma integrada, as ações/atividades que devem ser desenvolvidas e as prioridades de atendimento no conjunto de responsabilidades da rede de atenção em saúde mental.

No que diz respeito às diretrizes, modelo organizacional e clínico e ações específicas sobre saúde mental na atenção básica, destacou-se que o modelo de atenção em saúde mental deve estar cada vez mais focado no eixo territorial, com a constituição e ampliação do conjunto de intervenções substitutivas ao tratamento ainda predominante.

A atenção básica em saúde mental é complexa e requer atuação marcante em relação à responsabilidade sanitária no território e à capacidade de resolução frente às questões apresentadas. Assim, é necessário que estas ações no PSF sejam

monitoradas e avaliadas, com indicadores específicos para o sistema de informação da atenção básica, além da investigação avaliativa deste processo.

A inclusão das ações de saúde mental no PSF é fundamental, mas esta estratégia será incompleta se não for acompanhada da implantação efetiva da rede de atenção especializada. Tornam-se necessárias respostas que possam vir a contemplar as problemáticas apontadas nas experiências em curso, e que propiciem parâmetros que contemplem necessidades e diversidades regionais.

Os dez princípios norteadores da estratégia de inclusão da saúde mental na atenção básica são: (1) constituição de equipe de saúde mental de referência, ou como apoio matricial, para as equipes da atenção básica (referenciada a um serviço de saúde mental); (2) buscar capacidade de resolução máxima possível no âmbito da atenção básica, inclusive para pacientes com transtornos severos e persistentes (TSMP); (3) atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica e relações; (4) sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade; (5) incorporação da saúde mental nas atividades desenvolvidas pelas equipes de atenção básica; (6) identificação e acompanhamento dos casos de transtornos psiquiátricos severos e de uso prejudicial de álcool e outras drogas; (7) intervenções terapêuticas individualizadas, respeitando a realidade local e a inserção social; (8) mobilização de recursos comunitários; (9) construção de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade e (10) atividades psicoeducativas para reduzir o estigma sofrido por portadores de transtorno mental. ✍

Gestão do Trabalho: Regulação X Precarização

O fenômeno da terceirização no setor público de saúde

O ponto de partida das discussões foi a contextualização da desregulação do mercado de trabalho - questão relacionada diretamente às políticas de ajustes dos governos e a uma nova concepção de Estado e de seu papel na sociedade contemporânea - e seu impacto

no setor público de saúde, levando em conta o cenário mundial. No Brasil esta crise coincide com a institucionalização do SUS, com o aprofundamento da municipalização dos serviços, com a expansão das equipes de saúde (principalmente no campo da atenção básica) e com a mudança no modelo de atenção, operacionalizada através do Programa de Saúde da Família.

Essa crise tencionou a base municipal, que também teve seus gastos com pessoal limitados pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Como alternativas foram adotadas formas diferenciadas de incorporação de pessoal, através de terceirizações, com contratos de serviços, em muitos casos, frágeis em relação à proteção do trabalho. Essa política causou a precarização das relações trabalhistas, notada na ausência de uma política salarial setorial, na pouca transparência e conseqüente falta de controle e regulação do sistema de ingresso nos serviços, na



alta rotatividade nos postos de trabalho, na ausência de sistemas de carreira (comprometendo a profissionalização do trabalho e dos trabalhadores na área de saúde) e, por fim, em aspectos jurídico-administrativos.

A desprecarização das relações de trabalho é um compromisso assumido publicamente pela atual administração da saúde pública no Brasil e uma necessidade premente para viabilizar o SUS. Mas os gestores também têm manifestado a necessidade de aumentar a flexibilização nos mecanismos de contratação de pessoal, para que o sistema possa responder às demandas que lhe são colocadas com a agilidade e, muitas vezes, com a especificidade requerida em determinadas situações.

A valorização do trabalho constitui um princípio fundamental na construção da identidade do servidor público, processo consubstanciado por uma política

salarial digna e compatível com o mercado de trabalho e pela elaboração de uma política de gestão de pessoal que incentive o desenvolvimento profissional e oriente a construção de Planos de Carreiras específicos para os diferentes níveis de governo, consoantes com as realidades regionais. O poder público deve negociar e regular parâmetros para seleção, contratação, avaliação e monitoramento da força de trabalho que atua na atenção básica e na assistência de média e alta complexidade.

As estratégias propostas incluem ainda o aumento da capacidade de regulação e gestão dos contratos de pessoal no setor público (através de processos de capacitação dos gestores) e o fomento a negociações coletivas junto a Estados e Municípios, incentivando a pactuação de formas e diretrizes que regulem o ingresso e oriente a gestão da força de trabalho. Propôs-se também a criação de mecanismos que estimulem e pressionem o cumprimento das diretrizes e da política de RH pactuada, a regulação das diferentes formas de contratação, a utilização de um cadastro geral de trabalhadores da saúde (priorizando as áreas definidas como estratégicas e/ou expansivas, como o PSF) e o estabelecimento de normas gerais para a contratação de pessoal e para a terceirização no setor público de saúde. ✍

EDUCAÇÃO POPULAR e formação de trabalha- dores em saúde

O desafio desta oficina foi refletir e propor formas de "generalizar"/institucionalizar a EPS preservando sua vitalidade essencial, historicamente avessa à institucionalização. Os participantes foram divididos em três grupos, graduação, pós-graduação e serviços. Eles discutiram as formas de concepção de Educação Popular em Saúde, experiências de inserção de Educação Popular acumuladas em universidades e os caminhos para a "generalização" desta área de conhecimento.

Na graduação a EPS foi vista como práxis que articula duas dimensões fundamentais (da amorosidade/afetividade e da política), garantindo ampliação de espaços democráticos e a relação inovadora entre serviços de saúde e população. Foram destacados "cenários" privilegiados, como extensão universitária, estágios curriculares em serviços (como hospital, APS, centro de saúde) e ensino.

A discussão em torno da criação da disciplina Educação Popular em Saúde é controversa. Alguns ressaltam o risco de considerar que a EPS contemple todos os outros projetos pedagógicos progressistas. Outros acreditam ser difícil preservar os princípios ético-políticos do projeto da EPS por causa da confusão conceitual, da exígua ou ausente formação de docentes nesse campo de interesse, e porque esses princípios não representam objetos apropriados, passíveis de serem confinados no formato de uma disciplina. O EP deve ser inserido nos processos de formação de forma trans- versalizada nos conteúdos do cur-

riculo e através de capacitação docente. Como poucos professores na área de saúde estão dispostos a acolher o projeto da EPS, foi proposta a criação de grupos de reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem dentro da universidade e o envolvimento da academia com movimentos locais.

Para a pós-graduação, os problemas também é a pouca uniformidade conceitual, além dos critérios da CAPES e da estrutura dos cursos, que dificultam a construção do conhecimento em sintonia com as mudanças paradigmáticas em curso, próxima à realidade cotidiana dos serviços. Para dar maior uniformidade aos conceitos, o grupo propõe uma reflexão sobre o significado dos termos Educação Popular em Saúde, Educação em Saúde, Pólo de Educação Permanente, empoderamento, Promoção de Saúde, entre outros.

Na área de serviços, a oficina lembrou que existem outros projetos pedagógicos em disputa, e que para que a EPS se firme é necessária a criação de estratégias adequadas, mapeando ações que podem ser reconhecidas como EP e articulando-as com os aliados para sublinhar o caráter transformador da EP dentro do SUS. A realidade cotidiana dos serviços de saúde tem primazia na articulação entre serviço, graduação e pós-graduação, e o ensino, a pesquisa e a extensão devem responder às demandas dos serviços públicos de saúde. Foi proposta ainda a realização de encontros de EPS nos Estados como atividade preparatória para XIIª Conferência Nacional de Saúde. ✍



Políticas de Saúde do Trabalhador no SUS

O objetivo básico da oficina foi trocar experiências, debater e refletir sobre vigilância e informação em ST no SUS. Visando o estabelecimento de uma interlocução mais orgânica dentro das instâncias da ABRASCO, decidiu-se marcar uma reunião com a nova diretoria para discutir a Saúde do Trabalhador (inserção, financiamento, dinâmica de trabalho, etc.). Também foram aprovadas propostas para elaborar uma agenda de apresentação para interlocução com diversas instituições da ST (Fundacentro, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde (Cosat e Secretaria de Vigilância à Saúde), OPAS, OIT, Ministério do Meio-Ambiente) e agendadas reuniões para discutir propostas para a XIIª Conferência Nacional de Saúde, para o Fórum Nacional do Trabalho, sobre Modelos de Vigilância e Controle Social e sobre Relações Intrasetoriais e Interse-toriais e de Estudo de Casos de VIST. Foi deliberada a criação de uma rede de intercâmbio e comunicação em ST na internet (não só para participantes do GT), e a articulação com o COSAT/MS

para realizar um Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador antes da XIIª CNS.

O GT sugeriu ampliar o número de membros, preservando a ampla gama de interesses dos que atuam em pesquisa, ensino e assistência. O GT e a ABRASCO são espaço da pesquisa e da pós-graduação, mas têm papel relevante na recomendação de políticas de capacitação e gestão. Pleiteou-se também efetivar a integração com outros GTs da ABRASCO: Saúde e Ambiente, Vigilância Sanitária, Promoção e Informação em Saúde. Foi proposta a constituição de um programa diversificado e amplo de informação, com ênfase na notificação de acidentes/doenças do trabalho, visando a elaboração de políticas de prevenção e controle.

A exposição gerou as seguintes propostas: (1) otimizar as informações dos bancos já existentes (SIM, SIAB, SINITOX, AIH, etc), e retomar as relações e articulações inter-institucionais (Ministérios do Trabalho e Emprego; Previdência Social); (2) registrar as condições de saúde (não só agravos/riscos), com informações ágeis e descentralizadas;

(3) pautar a questão da informação em ST como tema específico, discutido e aprofundado no GT; (4) construir um sistema nacional de informação em ST, para orientação e otimização das ações de vigilância; (5) elaborar proposta estratégica de projeto de estudo sobre a epidemiologia dos acidentes do trabalho no país, incluindo o trabalho informal, do setor público e atividades rurais, com prioridade para os acidentes fatais ou graves; (6) viabilização do Observatório de ST no MS (com centros regionais), com colaboração das universidades; (7) elaboração de estudo multicêntrico nacional sobre ST, a partir de avaliação crítica das pesquisas realizadas nos últimos cinco anos.

A apresentação, durante a oficina, das prioridades de atuação do Ministério da Saúde, mostrou que elas são similares às diretrizes apontadas pelo GT, o que enseja a possibilidade de articulação entre GT-MS/Cosat. 

Estratégias de coleta e organização de dados espaciais em escala submunicipal

Existe atualmente um crescente interesse dos serviços de saúde por sistemas de geoprocessamento. Mas se, em escala nacional, a disponibilidade de dados facilita o uso desses sistemas, nos municípios prevalecem dificuldades para criar e utilizar bases cartográficas e para referenciar dados de saúde geograficamente. Há carência de pessoal capacitado.

A oficina tratou da incorporação dessas ferramentas de análise. Especialistas e usuários do IBGE, de secretarias de saúde e de órgãos do Ministério da Saúde discutiram a qualidade de dados de endereço nos sistemas de informação e os softwares disponíveis para a análise espacial destes dados. Em apresentações seguidas de debates, foram levantadas estratégias de georreferenciamento dos dados de saúde e relatado o projeto de padronização de dados de endereço, a ser incorporado na nova versão, o SINAN, que está sendo acompanhado pelo Comitê de Geoprocessamento da RIPSAs.

Também foi discutida a possibilidade de adoção do conceito de 'localidade' para a localização de eventos de saúde em áreas rurais, promovendo a compatibilização entre os bancos de dados de localidades construído pelo IBGE e o registrado pela FUNASA, através do SISLOC e dos Reconhecimentos Geográficos (RG). Apesar do RG continuar sendo muito útil nas áreas rurais, é urgente a necessidade de incorporar novas tecnologias disponíveis, entre elas o GPS e os mapas digitais rurais e urbanos, atualizados pelo IBGE. Experiência

realizada pela FUNASA em Manaus demonstrou ser possível cadastrar e georreferenciar localidades através de GPS. Também o SIVEP, novo sistema de informação de vigilância epidemiológica, deverá utilizar o cadastro de localidades gerado pelo trabalho de campo. Foi criado um grupo de trabalho - composto por técnicos do IBGE, órgãos ambientais e de saúde indígena - para discutir a padronização do conceito de 'localidade'.

Já em relação aos programas de geoprocessamento, relatou-se a dificuldade em manter o projeto de divulgação e aplicação do SIGEPI no SUS, e o INPE apresentou o TerraView 2.0, alternativa de programa livre. Dentro do projeto TerraLib, há perspectivas de serem criados aplicativos voltados para as necessidades de análise na área de Saúde Pública. Também foi apresentada proposta de realizar um encontro de municípios que têm tecnologia e experiências eficientes de SIG, com a participação de municípios sem estrutura desenvolvida, para discutir o levantamento das estratégias utilizadas no georreferenciamento dos dados de saúde, além da necessidade de criar uma TerraLib adaptado à Saúde. Será criado um site para divulgar tecnologias, textos de referência, documentos e outras informações, e um grupo de trabalho, composto por membros do DAB e por representantes de municípios, discutirá a adoção de padrões e a definição de conceitos que permitam o recorte adequado do território no PACS/PSF e o georreferenciamento das informações no SIAB. 

CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS EM SAÚDE

Os objetivos da oficina foram a atualização do Plano Diretor, a reestruturação da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e o estabelecimento das bases para a organização do Simpósio Nacional de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, a ser realizado em Maio de 2004, e das linhas diretrizes para a realização do IIº Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em maio de 2005.

Um dos principais resultados foi o reconhecimento da diversidade de identidades e formações profissionais, o que enriquece o processo de identidade e crescimento da área das CHSS. As Ciências Humanas e Sociais em Saúde tem crescido no campo da saúde, mas seu crescimento a tornou difusa. É necessário reunificar a área. É preciso valorizar as CHSS a partir da valorização da formação específica do profissional e estimular a qualificação da produção científica das CHSS, valorizando os veículos de difusão (periódicos, coleções e séries editoriais).

Dentro da ABRASCO, a comissão procurará garantir uma representatividade nacional, incluindo núcleos já consolidados existentes nas diferentes regiões do país. Propõe-se também desenvolver um trabalho integrado entre as próprias comissões temáticas da ABRASCO, promovendo debates interdisciplinares no Simpósio e posterior Congresso da área.

Ficou decidida a reorganização da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, que tem como

atribuição organizar o próximo Simpósio Nacional de Ciências Humanas e Sociais em Saúde. A composição da comissão executiva deverá ser sediada no Rio de Janeiro, possibilitando uma ação rápida, expeditiva e uma comunicação fluída entre seus membros, tornando presente e atuante a Comissão no interior da ABRASCO.

Observou-se que a Comissão Nacional de Coordenação de Área deverá respeitar a interdisciplinaridade, porém seus integrantes devem ter titulação em Ciências Sociais e/ou Humanas, em nível de graduação e/ou pós-graduação strictu sensu. Formados de outras áreas serão admitidos desde que possuam pelo menos cinco anos de pesquisa social em saúde e produção científica na área. A participação deve incluir também o critério de representação institucional, acrescentando à formação dos seus integrantes a produção de obra relevante para o campo.

Definiu-se junto à Comissão Executiva a existência de uma Comissão Ampliada, a ser formada por aproximadamente 15/18 das pessoas que representem as Instituições do país, distribuídas regionalmente, que desenvolvam trabalho de peso e que possuam reconhecimento na área. *z*

Estratégias de resistência e empoderamento em gênero

Oficinas de Contadores de Histórias

O objetivo desta oficina foi criar, através do dispositivo "contar histórias", um espaço para construção de histórias de vida e de histórias da cultura (mitos, fábulas, folclore, contos) resgatando a memória individual e coletiva. Histórias de gênero foram utilizadas como elemento de sensibilização e de empoderamento dos sujeitos, refletindo-se na subjetividade dos participantes.

A oficina contou com a presença de 21 profissionais, das áreas de enfermagem, serviço social, medicina, psicologia, filosofia, sociologia, administração, biologia, odontologia e nutrição, procedentes de serviços básicos de saúde, programas de saúde da família e universidades. Vários componentes possuíam experiência sobre a questão da violência.

Além do relato das histórias de vida dos participantes, houve uma apresentação das oficinas de contadores de histórias como elemento de empoderamento e resistência às violências, e uma leitura compartilhada da história Pele de foca-pele da alma do folclore esquimó. Também foram desenvolvidas pinturas corporais temáticas pelo grupo.



No final o grupo foi "batizado", e recebeu um nome escolhido pelos participantes. A oficina possibilitou trocas interdisciplinares, relatos de experiências e de vida. Como declarou um dos integrantes sobre as atividades desta oficina permeada por um clima de confiança, reciprocidade e camaradagem, "se a coisa não existe a gente inventa!". Os objetivos propostos foram atingidos e os participantes pretendem manter a comunicação por meio eletrônico.

Reforçamos a postura de aliar mãos, corações e mentes no trabalho de enfrentamento às violências, utilizando também as técnicas de narrativa de histórias. Entendemos o contar e ouvir histórias como ferramenta para o trabalho coletivo, como o narrador de Benjamin que usa "aquela velha coordenação de alma, olho e mão, ou seja a coordenação ar-tesanal do ato de narrar". *z*

Implantação da Atenção Primária em uma empresa do setor de Saúde Suplementar

Durante a oficina o segmento de autogestão do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS), a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), e instituições acadêmicas (UFRJ, UERJ, ENSP/FIOCRUZ), se manifestaram favoráveis à criação de um fórum de cooperação técnico-científica e institucional sobre o assunto proposto.

Os principais objetivos do encontro foram dimensionar questões políticas, gerenciais e teóricas da implantação de modelos de atenção integral (baseados na estratégia da Atenção Primária no setor de autogestão a partir da experiência da CASSI), conhecer o estado da discussão política, gerencial e teórica sobre essas questões, e iniciar a organização de um fórum de cooperação política e técnico-científica, com participação dos principais atores do setor.

Com esse intuito foi feita uma descrição das principais questões políticas, gerenciais e teóricas envolvidas na implantação de modelos de atenção integral baseados na estratégia da Atenção Primária no setor de autogestão. Foi avaliada a relação entre a implantação no setor de autogestão e o fortalecimento do SUS, e esboçada uma agenda de trabalho de um fórum de cooperação política e técnico-científica envolvendo profissionais da área. As apresentações e intervenções apontaram, analisando o caso específico da CASSI, os pontos convergentes e as diferenças

entre o segmento da autogestão e o setor público do SUS.

A questão da tensão entre "universalidade" do SUS e "seletividade" da auto-gestão foi trabalhada no sentido das lutas sindicais e dos avanços na noção de cidadania. Foram assinalados como possíveis pontos de fortalecimento mútuo as temáticas de avaliação tecnológica, implementação de programas de saúde (idoso e risco cardiovascular) e o uso de ferramentas clínico-assistenciais em Saúde da Família. Levantou-se também a possibilidade de discutir investimentos do segmento de auto-gestão no setor público, e ressaltou-se o interesse e a necessidade de espaços de diálogo e cooperação entre os diversos atores institucionais presentes.

Decidiu-se iniciar a organização de um fórum de cooperação e elaborar um documento público (no estilo "Carta") assinado pelas instituições participantes, divulgando a importância, para o SUS, da implantação do enfoque de Atenção Primária no segmento da auto-gestão. Foi solicitado, ainda, que no próximo Congresso da ABRASCO, seja criado um "corredor temático" (incluindo oficinas e mesas redondas) sobre o processo de implantação e possibilidades de fortalecimento do SUS.

Para estimular a discussão dos temas abordados foi gravado um vídeo institucional (em fase de edição) durante a realização da oficina. ✍

Informação em saúde: acertos, erros e perspectivas

O objetivo da oficina foi construir uma agenda para consubstanciar uma política nacional de informações em saúde - requisito estratégico para avanço do SUS - a partir da análise dos avanços e recuos ocorridos na última década. Para o GTISP a área Informação em Saúde abrange o campo da Tecnologia da Informação em Saúde (chamada por muitos de informática em saúde), pois, atualmente, não é possível discutir informação sem levar em conta as tecnologias que lhe dão suporte.

As políticas públicas de saúde dos anos recentes redundou em uma gestão dos serviços caracterizada por carência crônica e má utilização de recursos, pelo uso insuficiente de informações técnicas e pelo desconhecimento dos gestores das alternativas de TIC adequadas para os recursos disponíveis. São necessárias informações técnicas para sensibilizar os gestores e gerentes sobre a importância de seu uso, apesar de a tomada de decisão ser essencialmente política.

Representantes de instituições de ensino e pesquisa, de órgãos do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASSEMS debateram sistemas e metodologias de produção e disseminação de informação em saúde no país, inquéritos populacionais de saúde e outras metodologias de produção de informações de interesse para a saúde. Deliberou-se que os sistemas de informação atuais devem ser aprimorados e racionalizados, garantindo os avanços já alcançados. Foi debatida a utilização de

tecnologias de informação, destacando o caráter privado e confidencial da informação, a construção de padrões, a interoperabilidade, a qualidade e softwares livres. Enfatizou-se formas de articular as iniciativas na área de informações e TIC em Saúde (visando a construção de uma Política Nacional de Informações em Saúde que enfatize a integração) e a relação entre Gestão em Saúde e Tecnologia de Informação e Comunicação, abordando a defasagem entre os avanços na TIC e sua apropriação e uso na gestão da saúde. O desenvolvimento da TIC tem estimulado mudanças nas estruturas do poder público, mas a implantação dessas "soluções" pressupõe alterações nos processos de trabalho e na relação entre unidades de tipos diferentes.

Como a ABRASCO representa instituições de ensino e pesquisa, destacou-se a capacitação e o desenvolvimento científico e tecnológico em TIC em saúde e as pesquisas nesta área. Ressaltou-se a necessidade de investir na melhoria da capacidade analítica das equipes, aprimorando os levantamentos das necessidades de capacitação para todos os profissionais.

Foram apontadas dificuldades para usar os recursos do FUST para financiar a incorporação de TIC, e foi requerido o estabelecimento de uma política clara e transparente de investimentos. Quanto à estrutura e organização da gestão da informação em saúde, lembrou-se que, apesar da imensa disponibilidade de informações nos inúmeros sistemas, não está claro quais informações estão a serviço de que parcela da sociedade. Foi proposta a realização de uma Conferência Nacional de Informação em Saúde, precedida de eventos preparatórios, envolvendo CONASS, CONASSEMS e Ministério da Saúde, ABRASCO e outras entidades interessadas. ✍

A comunicação na agenda da Reforma Sanitária e no desenvolvimento do SUS



A oficina reuniu atores sociais que protagonizam a construção do campo da Comunicação e Saúde no âmbito do processo da Reforma Sanitária, envolvendo as três esferas de governo, a academia e organizações não-governamentais. Ela proporcionou a retomada e o aprofundamento de discussões para fundamentar uma política nacional de Comunicação em Saúde - imprescindível à consolidação do SUS e à implantação de um efetivo controle social.

Tendo em mente a busca de integração entre políticas e práticas, e uma visão 'integral' dos assuntos, áreas, problemas e soluções, é necessário potencializar a Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde (RPNCS) existente. E o Conselho deve ser o local privilegiado para se acordar as questões da Rede. Também foi debatida uma nova ética comunicacional, substituindo a ética de mercado hegemônica no mundo contemporâneo. Há um novo cenário, mas ainda se notam traços de permanência ou continuidade, e transigir com o sonho em épo-

cas de transição (como a que estamos vivendo), é condenar o sonho à mediocridade.

Buscou-se propor modos de integração (políticas e serviços) entre comunicação, documentação, informação e

educação, levando em conta a provisoriedade de tais definições, que, no campo da saúde coletiva, ora afasta, ora aproxima tais áreas. A distinção e a separação existente entre as áreas é histórica, mas estamos vivendo um momento propício à integração.

A oficina propôs apresentar, como tese central da XIIª CNS, estratégias e modos da implantação efetiva da RPNCS, discutida e desenhada na Conferência anterior. A ABRASCO deve organizar uma oficina de trabalho - em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, Conasems e Conass - sobre o desenvolvimento da Rede, apresentando iniciativas já realizadas e em andamento, e realizar um encontro de comunicação, informação e educação para concretizar a Rede, envolvendo atores sociais e criando fato político. A Rede deve ser um espaço de produção e inclusão, e este encontro focaria os resultados da pesquisa sobre recursos de comunicação e ética na comunicação sobre saúde, realizada pela Fiocruz/Conasems. 📍

com Conselhos de municípios com mais de 300 mil habitantes. A perspectiva da comunicação pública, que aceita o dissenso e constrói sujeitos e protagonistas, deve ser ampliada.

É preciso realizar um levantamento das experiências existentes em comunicação e saúde, tornan-

do o que está sendo produzido acessível ao público. Encontros regionais (estaduais ou municipais) entre governo, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais e representantes da sociedade civil organizada devem ser fomentados, e a rede local, integrada na práti-

ca, aproveitando iniciativas já existentes e minimizando esforços. Deve-se, também, envolver o Conselho Nacional de Comunicação e o Ministério das Comunicações na discussão da Rede, visando coerência entre Política Nacional de Comunicação e Política de Comunicação para o SUS. 

Sistemas de Pagamento aos Prestadores de Serviços



O objetivo central da oficina foi discutir as diversas modalidades de pagamento aos prestadores de serviços. Para relatar as experiências de outros países, foram convidados expositores do Canadá (Quebec) e de Portugal.

A alocação de recursos aos prestadores de serviços pode ser apresentada mediante duas modalidades, de acordo com o momento estabelecido para o pagamento: o modelo retrospectivo, onde a base de pagamento são os gastos incorridos na prestação de serviços, e o modelo prospectivo, em que a base de pagamento é fixa, e o valor é estabelecido anteriormente à prestação de serviços. Já as formas de pagamento a profissionais, foram separadas em três categorias: pagamento por consulta ou por caso, pagamento por captação ou orçamento global e pagamento por salário ou tempo.

No Quebec, os recursos são alocados aos hospitais através de orçamento global, calculado a partir de metas de produção e do perfil do hospital (case-mix). O orçamento é ajustado em visão prospectiva, por serviços a serem

prestados no ano seguinte. Os hospitais são agrupados segundo o perfil da clientela (através da classificação DRG), e os orçamentos de hospitais com perfis semelhantes, comparados.

Em Portugal o modelo de pagamento no setor saúde é misto. Na atenção primária, ele é realizado com base no gasto histórico e na captação ajustada, e leva em conta as consultas por grupo etário e o índice de carga de doença. O pagamento a hospitais também é realizado com base no gasto histórico e no orçamento global ajustado pelo perfil do case-mix. Para definir o case-mix hospitalar é utilizada a classificação DRG (Grupos de Diagnósticos Homogêneos).

No Brasil, o Ministério da Saúde repassa recursos financeiros às demais esferas de governo e a instituições utilizando uma classificação de procedimentos como unidade de medida de produção hospitalar e outra para a atenção ambulatorial. Foram discutidas as seis perspectivas de atuação apontadas pelo MS: (1) eliminar o MS da função de pagador a

prestadores; (2) criar novas formas de pagamentos; (3) garantir aos Hospitais Universitários papel mais ativo no SUS; (4) reavaliar a função dos hospitais filantrópicos; (5) recuperar os valores da tabela de procedimentos da média complexidade e (6) introduzir a lógica do "cuidado" integral.

Quanto à questão de dotar estados e municípios de maior autonomia para alocação de recursos e para a introdução de mecanismos de avaliação e controle, foi considerado o risco de desarticulação do sistema regional com a existência de múltiplos sistemas de remuneração. Foi ressaltada a importância de rever o papel dos hospitais de pequeno porte, para que dêem suporte aos serviços de atenção básica, e a necessidade de revisar a classificação e a tabela de procedimentos. Por fim, apreciou-se substituir a "gestão da doença" pela "gestão da saúde", voltada para a prevenção e promoção da saúde, como está sendo discutido em Portugal. 

Equidade em saúde: financiamento dos sistemas de saúde e uso de serviços de saúde

O objetivo desta oficina foi realizar uma discussão conceitual sobre equidade em geral e no setor saúde em particular, analisar criticamente várias medidas de desigualdades em saúde e o financiamento do sistema de saúde, além de discutir metodologias alternativas de alocação equitativa de recursos.

As discussões destacaram que o sistema de saúde no Brasil caracteriza-se por marcadas desigualdades, e que políticas voltadas para redução deste problema devem ser priorizadas pelo governo. Identificou-se que o conceito de equidade não está claramente definido na legislação do SUS, e que sua explicitação e operacionalização favoreceriam a efetiva incorporação desse princípio nas políticas.

Considerou-se que a distribuição geográfica dos recursos financeiros federais para as esferas estaduais e municipais deve ser efetuada seguindo a definição de "igualdade de recursos para necessidades iguais". A distribuição igualitária, em função apenas da população de cada área, não permite o alcance de uma alocação equitativa.

Concluiu-se que não deve ser implementado o Art 35 da Lei Orgânica da Saúde. Simulações com base nesta lei mostram que a redistribuição em favor dos estados e municípios com situações sanitárias mais precárias e piores condições sócio-econômicas é anulada pela incorporação de critérios relacionados ao financiamento da oferta existente e ao de-

sempenho técnico, econômico e financeiro. Numa política de alocação equitativa, os recursos devem ser distribuídos em função das necessidades populacionais, dimensionadas através do perfil demográfico, epidemiológico e sócio-econômico de cada área. Para viabilizar uma distribuição equitativa de recursos financeiros é necessário inicialmente implementar uma política de investimento que permita diminuir as desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde.

No que diz respeito à Emenda Constitucional Nº 29, destacou-se que sua regulamentação deveria assegurar o cumprimento dos objetivos que a nortearam: garantir fontes de financiamento estáveis, assegurar participação mínima dos governos estaduais e municipais e estabelecer uma distribuição equitativa dos recursos federais. A EC Nº 29 não pode ser tratada separadamente da proposta de Reforma Tributária, pois prevê a redução da base financeira sobre a qual incidirão as percentagens destinadas ao financiamento do setor saúde por parte dos governos estaduais e municipais, retirando do montante total a parcela destinada ao serviço da dívida e desvinculando parte da receita dos Estados.

Finalmente assinalou-se a importância da criação de um sistema de monitoramento das desigualdades no uso de serviços e do estabelecimento de rede de interlocução entre gestores e profissionais da economia da saúde. ✍

Nutrição no Campo da Saúde Coletiva

A oficina discutiu a definição conceitual à luz de três grandes eixos: direito humano a alimentação, segurança alimentar e nutricional e promoção à saúde. Para apoiar as ações de alimentação e nutrição no país, propôs-se recomendar ao Ministério da Saúde o fortalecimento e a consolidação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no SUS, a manutenção institucional da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) e a ampliação de sua atual estrutura orçamentária e de gestão (cargos e funções). Já à CGPAN, foi recomendado tornar as bases da PNAN mais acessíveis aos profissionais de saúde e à própria população.

O MESA e o Governo Federal devem implementar o projeto Fome Zero com todos os componentes de um projeto de Segurança Alimentar e Nutricional, reforçando as ações referentes ao âmbito nutricional, de saúde e de educação. Os critérios e condições de elegibilidade previstos nos Programas Bolsa Alimentação e Bolsa Escola devem ser mantidos na unificação dos programas de transferência de renda do Governo Federal.

Foi considerada fundamental a criação de um locus de reflexão na ABRASCO, incentivando a formação de recursos humanos em nível de graduação e pós-graduação, o debate sobre o alinhamento de pesquisas com a realidade social e a integração com outras entidades da área de alimentação e nutrição governamentais e da sociedade civil, assim como o acompanhamento e a avaliação de programas/políticas públicas e a divulgação de trabalhos científicos.

Um "pró-GT" de trabalho submeterá à diretoria da ABRASCO a criação do GT Nutrição e Saúde. As prioridades do "pró-GT" são a definição dos critérios para a formação do GT (com destaque para a composição de seus membros e a representação institucional e regional) e o encaminhamento das recomendações. 📄

propostas pelos participantes da oficina de trabalho do VIIº Congresso de Saúde Coletiva.

O conceito "saúde" prevê atendimento integral, e sua ação deve estar pautada em diretrizes intersectoriais. Mas os dados revelam que o Brasil ainda convive com péssimos índices no campo dos direitos sociais, principalmente na área de saúde, educação e alimentação. 73,1% dos brasileiros com 18 anos ou mais não concluem o

ensino médio, 1,3 milhão de crianças, entre 10 e 17 anos, trabalham em vez de estudar, e mais de 4,8 milhões são obrigadas a trabalhar e estudar ao mesmo tempo. Temos 8,4 milhões (70%) de alunos em idade escolar (4-6 anos) fora da escola e 20 milhões de analfabetos, sendo 12,5 milhões adultos.

Em 1997 foram aplicados 4,2% do Produto Interno Bruto em educação, quando seria necessário 8% para re-

solver o quadro dramático do país. É inaceitável propor alterações sem garantir, ao menos, a manutenção dos índices atuais. A Desvinculação de Receita dos Estados atingiria diretamente os direitos constitucionais conquistados a duras penas pelos movimentos sociais, que garantem a aplicação de 25% dos recursos estaduais na área de educação e 12% na de saúde. ✍



Informações em Saúde Suplementar: estratégias para o seu desenvolvimento

Na oficina foi apresentada a situação da ANS, especialmente em relação a Sistemas e à produção de informações. Destacou-se a juventude da Agência, seus processos de trabalho e sua relevância para a sociedade, ressaltando-se a existência de bancos de dados, produtos, Sistemas de Informação e divulgação (site e Disque ANS), e o funcionamento do seu Comitê de Informação. A meta é aprimorar e redirecionar o trabalho desenvolvido, dando maior publicidade às informações (respeitando o aspecto sigiloso e confidencial) e buscando acentuar o caráter público e transparente da instituição. Os participantes reconheceram a importância de aprofundar as discussões sobre diretrizes e ações em informações em saúde suplementar, e a oficina levantou desafios e traçou diretrizes e estratégias para três eixos temáticos: demandas de informação, integração e disseminação de informações.

Demandas de informação exigem integração com a política nacional de informações em saúde, a ampliação do conhecimento sobre as informações, além do au-

mento da confiabilidade das informações econômico-financeiras e assistenciais e do fomento de ações coordenadas pelo setor público e privado. Para atingir estas metas é necessário aproximar a ANS dos demais produtores governamentais de informação, fortalecer o papel do Comitê de Informação da ANS e pactuar prioridades de informação entre os atores.

Também é preciso agir em sintonia com a política nacional de informações em saúde, integrando os Sistemas e meios de envio das informações originadas das operadoras e padronizando dados/informações. Assim, deve-se aprofundar a interlocução com o MS e com outros órgãos públicos que coletam dados de interesse para o setor, padronizar os Sistemas e modelos de transferência de dados e incentivar o desenvolvimento do sistema de informação em saúde suplementar.

Já em relação à disseminação das informações, as diretrizes são integrar-se ao Sistema Nacional de Informações em Saúde, promover

a integração com os sistemas nacionais de informação em saúde, definir níveis de agregação de dados para assegurar confidencialidade e ampliar e difundir indicadores sobre as operadoras e produtos. As estratégias de ação incluem a construção de indicadores de desempenho, disponibilizar as informações para as operadoras, criar uma biblioteca virtual sobre temas setoriais no site ANS e produzir e difundir informações em saúde suplementar.

Algumas carências foram abordadas reiteradamente. Merecem destaque discussões sobre a informação como eixo condutor de integração setorial da ANS, a seleção das informações indispensáveis para controle, monitoramento e normatização, o conhecimento interno dos Sistemas de Informação já existentes, a busca pela qualidade nas informações obtidas a partir das operadoras e o aprimoramento de mecanismos de disseminação das informações, tanto do ponto de vista interno quanto externo à Agência. ✍

Ensino da Saúde Coletiva e graduação das profissões da saúde à luz das novas diretrizes curriculares

Os principais temas abordados na oficina foram a recontextualização do ensino de Saúde Coletiva diante das novas diretrizes curriculares para a área da saúde e a caracterização da contribuição da saúde coletiva nas mudanças curriculares em construção nos vários cursos da área da saúde. Os debates promoveram o intercâmbio de experiências entre as distintas instituições acadêmicas das diferentes profissões da área da saúde presentes.

Discutiu-se que, no campo da saúde, a consolidação do SUS coloca novas e importantes questões para atender à necessidade de construir projetos pedagógicos capazes de gerar perfis profissionais mais adequados ao sistema de saúde. E, no campo da educação, é preciso fortalecer as possibilidades de aprendizagem ativa. A articulação entre trabalho e aprendizagem, prática indispensável durante todo o curso e em todos os cenários em que se concretiza o processo saúde-doença, são elementos fundamentais das novas propostas para a formação profissional, pois garante o compromisso com a resolução de problemas.



As novas diretrizes curriculares representam um notável avanço, já que indicam caminhos para o enfrentamento desses desafios. Elas são fruto de intensos debates de movimentos comprometidos com a mudança da educação dos profissionais de saúde, dos educadores e das associações educacionais. Um dos principais aspectos abordados foi a indicação de que a graduação deve vincular a formação acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS. Os cursos de graduação devem ter como eixo do desenvolvimento curricular o processo saúde-doença em todas as suas dimensões e manifestações - considerando o cidadão, a família e a comunidade, integrados à realidade epidemiológica e social.

Ressaltou-se que "os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de pre-

venção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo". Questionou-se quais competências são específicas da graduação em saúde coletiva, e quais são gerais a toda a área da saúde.

A saúde coletiva na graduação das profissões de saúde não tem sido objeto de reflexão sistemática e coletiva: o esforço de constituição de nosso campo concentrou-se na pós-graduação e na produção de conhecimento. Foi reforçado o que já havia sido constatado na oficina de trabalho da ABRASCO sobre saúde coletiva na graduação em medicina, que evidenciou o desconhecimento dos professores de saúde coletiva sobre movimentos de mudança e diretrizes curriculares, além da importante heterogeneidade em relação aos conteúdos de saúde coletiva atualmente presentes na graduação e um relativo afastamento das questões e desafios concretos no campo da educação e da própria construção do SUS. Foi encaminhado ao GT de Recursos Humanos da ABRASCO um termo de referência reforçando a necessidade de ampliar o debate e propondo caminhos para o enfrentamento destes desafios. ✍

MENÇÕES HONROSAS

A Comissão Científica do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva classificou 4961 trabalhos para a modalidade Pôster, tendo sido expostos aproximadamente 85% deles.

A Comissão de Avaliação, composta por 115 avaliadores selecionou 92 trabalhos que receberam Menção Honrosa. Veja a seguir o título destes trabalhos e conheça na www.abrasco.org.br os seus respectivos autores.

≅ A CRIANÇA KAIOWÁ E GUARANI, NO MATO GROSSO DO SUL, BRASIL.

≅ A EQUIPE DE ENFERMAGEM DE HOSPITAL-ESCOLA PÚBLICO E OS ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

≅ A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PARANÁ: UM MAPA DA REALIDADE

≅ A INVERSÃO DA RAZÃO DE SEXOS NOS CASOS NOTIFICADOS DE AIDS NO BRASIL EM JOVENS DE 13 A 19 ANOS: UMA ANÁLISE DA DÉCADA DE 90 (1990-2000)

≅ A ÓTICA DE USUÁRIOS, CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA PARA PACIENTES COM AIDS EM PORTO ALEGRE, RS

≅ A SAÚDE DOS EXCLUÍDOS

≅ A VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SETOR INFORMAL DE EXTRAÇÃO MINERAL

≅ AÇÃO E REAÇÃO: PROBLEMATIZANDO PRÁTICAS E DISCURSOS

≅ AÇÕES DESENCADEADAS PARA DETECÇÃO E TRATAMENTO DE CASOS DE FILARIOSE BRANCOFTIANA NO DISTRITO SANITÁRIO IV NO PERÍODO 2001-2002

≅ AÇÕES DIRECIONADAS À REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA INFECÇÃO PELO HIV EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

≅ ADESÃO A TRATAMENTO - UM OLHAR ATRAVÉS DO SICLOM

≅ ALGUMAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2002

≅ ANÁLISE DO FLUXO DOS PACIENTES NA REDE BÁSICA ANTERIOR À PROCURA POR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

≅ ANÁLISE GEOGRÁFICA DA DENGUE NO PARANÁ E EM CURITIBA NO PERÍODO 1995-2002: UM ENFOQUE CLIMATOLÓGICO

≅ AS DIFERENTES FORMAS DE COMPREENDER A EDUCAÇÃO POPULAR POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS ENVOLVIDOS EM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA COMUNIDADE

≅ AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

≅ ASPECTOS DIFERENCIAIS DA ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM E SEM PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE COLETIVA.

≅ ATELIÉ DA SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE PRAXITERAPIA COM CLIENTES DO INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS

≅ ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS QUE FALECERAM EM MUNICÍPIOS COM ALTAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL NO NORDESTE DO BRASIL

≅ ATENDIMENTO, NUMA INSTITUIÇÃO POLICIAL, DE PESSOAS VITIMIZADAS SEXUALMENTE - UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL

≅ AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM E SEM INDÍCIOS DEPRESSIVOS

≅ AVALIAÇÃO DA DINÂMICA DOS INVESTIMENTOS E DA FORMAÇÃO DO CAPITAL FIXO NO SISTEMA HOSPITALAR BRASILEIRO

≅ AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE - SIM

≅ AVALIAÇÃO DO RUÍDO URBANO E DA PERCEPÇÃO SUBJETIVA DA POPULAÇÃO, EM UM BAIRRO DA CIDADE DE BELÉM

≅ BUCALIDADE ENTRE SOFRIMENTO E DESEJO: NARRATIVAS DE DOENTES DE CÂNCER DE BOCA

≅ COMPORTAMENTO SEXUAL DE UMA AMOSTRA DE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS EM SALVADOR - BA

≅ CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS, MORBIDADES E MORTALIDADE NO CEARÁ: Implicações na Política Sanitária

≅ CONHECIMENTO E ACEITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS PELOS ESTUDANTES DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)-BA

≅ CONSTRUÇÃO DE UM BANCO DE INFORMAÇÕES PARA SUBSTÂNCIAS E MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS SOB O PONTO DE VISTA DO USUÁRIO.

≅ CONSULTÓRIO DE RUA: REDUÇÃO DE DANOS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS EM SITUAÇÃO DE RISCO EM SALVADOR-BAHIA

≅ CUIDADORES DE PACIENTES ALCOOLISTAS EM SANTOS-SÃO PAULO

≅ DÊ A CÉSAR O QUE É DE CÉSAR E A BIOLOGIA O QUE É DA BIOLOGIA: UMA BREVE CRÍTICA À BIOLOGIA COMO IDEOLOGIA E A PSICOLOGIA EVOLUCIONÁRIA

≅ DINÂMICA DE DESLOCAMENTO DE GESTANTES ENTRE MORADIA E LOCAL DE PARTO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

≅ EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM ECONOMIA DA SAÚDE

≅ EDUCAÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DA ARTE

≅ ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA: UMA ABORDAGEM EM EDUCAÇÃO

≅ ESTRATÉGIAS COLETIVAS NO

TRATAMENTO DE PACIENTES COM ESCABIOSE

- ≍ ESTUDO DESCRITIVO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM OS CARROCEIROS DE BELO HORIZONTE, NO PERÍODO DE 2001 A 2002
- ≍ ESTUDO EXPLORATÓRIO ENTRE USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA BARRA FUNDA: A QUESTÃO DE GÊNERO COMO FATOR IMPORTANTE PARA A SAÚDE DO HOMEM
- ≍ ETNOGRAFIA DA FILA: COMIDA OU CIDADANIA PARA O IDOSO?
- ≍ FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE - FORMANDO SUJEITOS E TRANSFORMANDO DO SUS -
- ≍ GÊNERO E SEXUALIDADE NAS CAMPANHAS GRÁFICAS EM DST/AIDS
- ≍ GESTÃO PARTICIPATIVA: UMA APSTA CONTÍNUA NO SUS
- ≍ GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O IMPACTO DA EDUCACAO PARA A SAUDE NAS PRATICAS CONTRACEPTIVAS E MELHORIA DA AUTO-ESTIMA DE ADOLESCENTES NEGRAS, GRÁVIDAS
- ≍ IMPACTO DA TERAPIA ANTI-RETROVIRAL NOS INDICADORES DE MORBIDADE E MORTALIDADE DA AIDS NA PARAÍBA
- ≍ IMPACTO DO NÍVEL SÓCIOECONÔMICO NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA E OROFARINJE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.
- ≍ IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE OUVIDORIA NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE SOCIAL
- ≍ INCIDÊNCIA DA INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA DE CRIANÇAS NASCIDAS NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS-HMIPV, PORTO ALEGRE/RS
- ≍ INDICADORES DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO NA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE
- ≍ ÍNDICE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM INSTRUMENTO PARA O ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE
- ≍ JUSTIÇA LOCAL, JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E EQUIDADE EM SAÚDE. ANÁLISE BIOÉTICA DE UM CASO DA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA.

- ≍ LIXO E CIDADANIA: EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE JUNTOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE
- ≍ MEMÓRIA ORAL DA CIDADE: A HISTÓRIA DA ATENÇÃO À SAÚDE EM SÃO CARLOS - SP
- ≍ MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE E EVENTOS SENTINELAS EM ÁREAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA UTILIZANDO-SE A BASE DE DADOS DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
- ≍ MONITORAMENTO DOS ÓBITOS INFANTIS OCORRIDOS E RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA
- ≍ MORRER EM CASA: CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



- ≍ NASCER PELO SUS E EM HOSPITAL PÚBLICO: RISCO OU PROTEÇÃO DE MORTE NEONATAL?
- ≍ NOVAS TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM EM PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
- ≍ O CONTROLE SOCIAL DO SUS NA BAHIA 1997-2001
- ≍ O CORPO FEMININO NA TERCEIRA IDADE.
- ≍ O COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS DIFICULDADES DE

CUIDAR DA SAÚDE.

- ≍ O DESAFIO DE ARTICULAR O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA COM O CONTROLE SOCIAL NO SUS: A EXPERIÊNCIA DA SAÚDE COLETIVA DA UNIFESP-EPM
- ≍ O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA EM DEZ GRANDES CENTROS URBANOS
- ≍ O FLUXO DA POPULAÇÃO EM BUSCA DE ATENÇÃO À SAÚDE NA METRÓPOLE PAULISTA
- ≍ O PROGRAMA DE ANEMIA FALCIFORME NO RECIFE - UMA ABORDAGEM AO GRUPO INFANTO-JUVENIL
- ≍ O QUE PUBLICAM OS CLÍNICOS SOBRE AUTONOMIA DO PACIENTE?
- ≍ O USO DAS INFORMAÇÕES DO DATASUS SOBRE MORTALIDADE INFANTIL NO PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: LIMITAÇÕES
- ≍ OS CENTROS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS E A DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÃO NA INTERNET
- ≍ PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
- ≍ PLANTAS MEDICINAIS: ENTRE O CONHECIMENTO POPULAR E O CONHECIMENTO CIENTÍFICO
- ≍ PRÁTICAS SEXUAIS EM POVOADOS DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RETRATOS DE DIFERENÇAS DE GÊNERO
- ≍ PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- ≍ PROGRAMA ANTENA VIRADA: LOUCURA, CIDADE E CIDADANIA NUMA MESMA FREQUÊNCIA
- ≍ PROJETO ALFA - PROJETO DE ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- ≍ PROJETO AS GENTES DE IBIAÍ
- ≍ PROJETO UNIVERSIDADE ABERTA - CONTRIBUIÇÃO DE DEZ ANOS PARA GESTÃO SUSTENTÁVEL DO COMPLEXO DE MANGUINHOS
- ≍ PROPOSTA DO USO DA MORTALIDADE EVITÁVEL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.
- ≍ QUANDO OS ADOLESCENTES

MENÇÕES HONROSAS

(continuação)

SOLTAM A VOZ

≍ QUEBRA DE NORMAS DE SEGURANÇA E ÓBITOS POR INTOXICAÇÃO PELA COLCHICINA EM ADULTOS

≍ REDE DE COMUNIDADES POPULARES NA LUTA CONTRA A AIDS: TRABALHANDO POR PREVENÇÃO E SOLIDARIEDADE NO RIO DE JANEIRO/BRASIL.

≍ REPRESENTAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM IDOSOS: UERJ SEM MUROS - 1999 A 2001

≍ REPRESENTAÇÕES DA PESTE NEGRA NA ARTE ATRAVÉS DA HISTÓRIA

≍ SAÚDE COLETIVA: IDENTIFICANDO O MODELO DA PROGRAMAÇÃO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

≍ SAÚDE DA FAMÍLIA E A AÇÃO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA O DESMAME: UMA AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO NORMATIVA NA

CIDADE DO RECIFE

≍ SURTO DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI NO ANO DE 2002

≍ TENDA INVERTIDA: UM NOVO PROCESSO PEDAGÓGICO IMPLEMENTADO NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL

≍ TROCA-TRECO - TROCANDO CRIADOUROS DE DENGUE POR BRINQUEDOS OU COMIDA

≍ UM PORTÃO DIGITAL

≍ USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: O LONGO CAMINHO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

≍ VIDEOSAÚDE - A SAÚDE DO BRASIL NA TV A CABO

≍ VIGILÂNCIA À MORBI-MORTALIDADE INFANTIL EM UM CENTRO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 1996 - 1998: QUANDO FALAM AS MÃES.

≍ VIOLÊNCIA NO TRABALHO NO SETOR SAÚDE

EXPEDIENTE

Boletim da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco
ANO XX - Nº 88 - AGOSTO/SETEMBRO
2003

ABRASCO

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 208
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21041-210
Tel/Fax.: (21) 2560 8699, 2560 8403 e 2598
2527

Web Site: www.abrasco.org.br

E-mail: abrasco@ensp.fiocruz.br

Diretoria 2000-2003

José Carvalho de Noronha - IMS/UERJ (Presidente); Francisco Eduardo Campos - NESCON/UFMG; Jairnilson Paim - ISC/UFBA; Marcia Furquim de Almeida - FSP/USP; Paulo Buss - ENSP/FIOCRUZ; Paulo Elias - FMUSP; (Vice-Presidentes)

Conselho 2000-2003

Depto Medicina Social/FCM/Santa Casa-SP - Regina Maria Marsiglia; Escola de Saúde Pública/SES-RS - Mário Silveira; Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/CCS/UFRJ - Roberto de Andrade Medronho; Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - PE/DCS/CpqAM/Fiocruz - Lia Augusto Giraldo; Núcleo de Estudos de Saúde Pública/CEAM/UNB - Edgar Mercham Hamann

Secretaria Executiva

Alvaro Hideyoshi Matida (Secretário Executivo); Mônia Mariani (Secretária Executiva Adjunta); Hebe Patolêa (Coordenadora Administrativa); Andréa Souza; Jorge Luiz Lucas (Apoio) e Inez Damasceno Pinheiro (Abrasco Livros)

Coordenação Editorial

Alvaro Hideyoshi Matida e Mônia Mariani

Colaboração Editorial

Fernando Albuquerque

Criação e Arte

Martha Bastos

Revisão

Alvaro Hideyoshi Matida e Mônia Mariani

Fotos Congresso

Saleh Yusuf

Fotos Sérgio Arouca

Nana Moraes

CORREIOS

Abrasco

050201220-0/2002 DR/RJ

Impresso
Especial