

NESTA EDIÇÃO



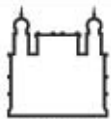
Denúncia

Presidente do CRF-DF afirma: "Todos os medicamentos estão superfaturados"

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 45 ♦ Maio de 2006

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



NOSSA MAIS GRAVE DOENÇA

A desigualdade é a principal preocupação da recém-criada Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Paulo
Marchiori Buss
Atacar as iniquidades
é do interesse de todos



Quantidade é qualidade?

Não se pode afirmar que a área da saúde produz pouca informação. Cobriu uma mesa de quatro metros o material impresso e promocional distribuído no Forte de Copacabana nos 3 dias do Fórum Saúde e Democracia (ver nota na pág. 8), organizado pelo Conass. Espera-se que tanta informação resulte em boa comunicação a serviço da saúde coletiva.

FOTO: CASSIANO PINHEIRO



As causas das causas

Há sempre uma conexão entre o conteúdo de uma matéria e aquilo que não está escrito, o contexto com o qual o leitor pode estabelecer relações. Matérias das páginas 31 e 32 e notas da Súmula falam de medicamentos e inovação. Inevitável lembrar que o Brasil é dependente de vacinas e medicamentos patenteados por multinacionais e que a indústria farmacêutica está entre os principais anunciantes da mídia. Enquanto isso, ciência e tecnologia em saúde são tratadas como despesa, e não como investimento.

Na página 29 falamos de indicadores de saúde e, na Súmula, sobre o perfil dos conselhos de saúde. É bom lembrar que, no Sistema Único de Saúde, gestores dos três níveis de governo nem sempre dispõem de informações epidemiológicas confiáveis ou correlacionadas e analisadas para tomar decisões. Como as decisões devem ser cada vez mais compartilhadas com representantes de usuários e profissionais de saúde, novas formas de prover e ampliar informações devem ser pensadas a partir das boas experiências existentes.

Em nossa matéria de capa, o contexto é tudo. Com o apoio da Organização Mundial de Saúde, um movimento resgata princípios e conceitos da Reforma Sanitária não abrangidos pela estruturação do SUS e que requerem políticas públicas intersetoriais. Reconhece na privação de direitos como moradia, saneamento, educação, trabalho, renda e seguridade algumas das

principais causas dos agravos à saúde. Mas avança identificando a forma desigual como esses determinantes afetam diferentes grupos sociais e indivíduos.

A diversidade é inerente à sociedade brasileira. Mas as iniquidades — que são as desigualdades injustas e evitáveis — são as causas das causas dos principais problemas de saúde, apontam especialistas e personalidades da sociedade civil que integram a recém-criada Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que pretende estimular o aprofundamento desse diagnóstico e a definição de políticas públicas que alterem seus condicionantes. Um tema que não se esgota nas páginas dessa reportagem especial e que terá seqüência nas próximas edições, com novas análises sobre os determinantes não-biológicos da saúde e da doença.

No ano em que as Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde homenageiam “gente que faz saúde”, trazemos um texto sobre o cotidiano de profissionais que cruzam o país promovendo a troca de experiências e assessorando decisões. Sabemos que há muitos outros tipos de trabalho, com rotinas mais ou menos complexas ou pesadas, diferentes horários, ambientes, deslocamentos e formas de contato com a população. Por isso, se você é trabalhador da saúde, envie ao RADIS seu relato sobre essa vivência.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Quantidade é qualidade? 2

Editorial

- ♦ As causas das causas 3

Cartum

3

Cartas

4



Súmula

6

Toques da Redação

9



Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Movimento contra as iniquidades 10
- ♦ Grupo eclético, missão comum 12
- ♦ Um panorama das nossas desigualdades 15
- ♦ As vozes da comissão 17
- ♦ Entrevista: Paulo Marchiori Buss “O país tem que tomar uma decisão” 22
- ♦ Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença 25
- ♦ Entrevista: Alberto Pellegrini Filho “O desafio é a mudança de prioridade” 28

Indicadores básicos de saúde

- ♦ Uma década de trabalho solidário 29

Entrevista: Antônio Barbosa

- ♦ “Todos os remédios têm preços superfaturados” 31



Debates na Ensp/Fiocruz – Inovação em saúde

- ♦ “Sejam realistas, peçam o impossível” 32

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ Em casa de ferro... 35

CARTUM



Cartum de Alves na mostra *Vigilância Sanitária e Cidadania*, Centro Cultural da Saúde – Praça Marechal Âncora, s/nº, Centro do Rio; tel.: (21) 2240-5568. Até 5 de agosto.

Capa Gustavo Alves

Foto menor da capa Ana Limp (CCS/Fiocruz)

Ilustrações Cassiano Pinheiro (C.P.) e Aristides Dutra (A.D.)



CARTAS

GUERREIROS PREOCUPADOS



Leindo a reportagem de Wagner Vasconcelos, "Guerreiros do SUS, comunicai-vos", na edição nº 42, veio à tona o que me angustia diariamente: como nós, guerreiros do SUS, poderemos criar uma forma de comunicação mais rápida e mais eficiente com a população sobre seus direitos? Será que a comunicação via web é a mais indicada, se 68% dos brasileiros nunca acessaram a internet? Seria a TV, se a maioria dos usuários só tem acesso a 3 canais? Ou seria através do rádio? Gostaria de trocar idéias sobre o assunto e juntos encontrarmos alguma solução.

♦ Suêly L. C. Pereira, Natal

Sou profissional de comunicação em saúde, conselheiro estadual de saúde de Pernambuco e gostaria de parabenizar a revista pela reportagem sobre o Seminário de Informação, Informática e Comunicação em Saúde da *Radis* de fevereiro. Devo dizer que participei das discussões no seminário regional aqui em Recife e percebi quão profissional e perceptiva foi a cobertura do Wagner, conseguindo captar a essência das discussões de um tema tão importante para o fortalecimento do SUS, mas relegado à simples institucionalização da comunicação em assessorias de imprensa nos diversos órgãos públicos de saúde.

Há, porém, uma comunicação em saúde mais atuante, mas um tanto esquecida, que é a comunicação no terceiro setor. Há cinco anos atuo na área, inclusive fiz o curso de Comunicação e Saúde do Cict/Fiocruz em 2003. Mereceria ser explorado por essa revista.

♦ André Cervinskis, Pastoral da Saúde, Arquidiocese de Olinda e Recife

Bom, em primeiro lugar gostaria de congratular-me com toda a equipe da *Radis* pelo brilhantismo na escolha

dos temas abordados. Recebi meu quarto exemplar e sempre me surpreendo com a leveza e a transparência com que são tratados os assuntos da saúde pública. Como estou engatinhando neste segmento público, sou também um defensor do SUS que tanto é massacrado pela mídia, que relata apenas os pontos negativos do sistema. Achei de suma importância o tema tratado na *Radis* nº 42 – comunicação, informação e informática poderão interligar conselhos e secretarias para que possam difundir os conhecimentos no âmbito do SUS.

Mas também sinto falta de matérias relacionadas à assistência farmacêutica, que é tão pouco reportada na *Radis*.

♦ Francisco Juscelino S. Martins, Maceió, AL

▣ *Prezado Francisco, a Radis tratou muitas vezes do tema, em várias edições (por exemplo, 11, 12, 14, 15, 21, 25, 39, 42, 43). E claro que a ele voltaremos.*

Achei que vocês foram brilhantes ao abordar a falta de comunicação no SUS. Esta falha vem sendo observada há vários anos pelos servidores, pois os que trabalham na linha de frente não têm acesso às informações, quando deveriam ser os mais bem-informados – afinal, lidam diretamente com os usuários.

O que vem acontecendo é um investimento no servidor terceirizado, que entra politicamente no SUS, participa de todos os cursos e vai para a rede privada com uma carga de informações. Aos efetivos não é dado o direito de fazer cursos, ficam sem informação. Vejo o SUS se transformar em cabide de empregos, com interesses políticos, as informações detidas nas mãos de poucos para se obter poder, e os investimentos não chegam aonde deveriam chegar. A rede pública, para ser valorizada, tem que também valorizar seus funcionários, ouvi-los para saber onde está a falha, mas o servidor é malhado pela própria instituição.

♦ Rozana Maria de Barros, Belo Horizonte

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem especial 50.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Claudia Rabelo Lopes, Wagner
Vasconcelos (Brasília), Bruno
Camarinha Dominguez e Júlia
Gaspar (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subeditor) e
Cassiano Pinheiro (estágio
supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Lais Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo
Gouvêa, Fábio Renato Lucas e
Cícero Carneiro

Informática Osvaldo José Filho e
Mario Cesar G. F. Júnior (estágio
supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ – CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas respon-

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

Parabéns pela edição nº 42, sobre comunicação em saúde. Informação e comunicação são fatores essen-

ciais para construção e implementação de um Sistema de Saúde Básico, principalmente quando ele objetiva fortalecer a participação popular, reconhecendo sua importância no campo do controle social. É necessário olhar criticamente para esse aspecto do setor saúde e lutar para que as políticas de comunicação sejam mais eficazes, permanentes e estendam-se a todos os segmentos sociais, visando assim uma maior compreensão e conseqüentemente uma melhor visão da saúde pública.

♦ Rosana Almeida de Moraes, assistente social, Recife

PRECONCEITO E Aids

Estou maravilhado por ter recebido a *Radis* nº 43. Vi que os assinantes têm um espaço para expor seu pensamento. Parabéns a autora da carta "Aids e o poder da informação", da médica Romina Oliveira, de Manaus, pelo amor à profissão e pela visão referente ao preconceito. A Aids, hoje, é uma realidade, mas nunca uma pena de morte. Já atendi pessoas com Aids e senti necessidade de dobrar o amor às pessoas, pois a vida nos ensina a viver, e viver como irmãos.

♦ Rivaldo Araujo Andrade, Palmas

REMÉDIOS NA JUSTIÇA



Ficou um show a reportagem ("Quando o remédio pode virar veneno", *Radis* nº 43), bem ampla e completa. Parabéns e belo serviço a nossa causa comum, a da saúde pública! Para quem dá sua opinião, fala o que pensa, ser corretamente interpretado é a maior homenagem possível. Meu pai me disse isso uma vez. Obrigada.

♦ Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro, Núcleo de Assistência Farmacêutica, DCB-Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro

A FALSA CRISE

Incrível a matéria sobre a falsa crise da Previdência (*Radis* 43). Esse tipo de reportagem justifica a existência da

Radis. União da comunidade científica com a vontade de inclusão do conhecimento a todas as camadas da sociedade. A isso damos o nome de "responsabilidade social". Parabéns pela revista e sem dúvida vocês produzem informações que não têm preço.

♦ Matheus Vieira Alves, Visconde do Rio Branco, MG

À ESPERA DA RADIS

Assinei a *Radis* no dia 18 de fevereiro de 2006, e não a recebi. Enviei meus dados novamente no dia 6.

♦ Erica Regina S. Barbosa, Indiaporã, SP

Mandei e-mail fazendo a assinatura, mas ainda não recebi a revista.

♦ Neiliana Medeiros S. Carvalho, Manhuaçu, MG

Como leitor e grande admirador da revista, fiz minha assinatura em dezembro, pelo site. Como não recebi e-mail nenhum de confirmação, e nem a revista começou a chegar, gostaria de ter uma idéia de quando começarei a receber a publicação, ou se ainda devo fazer algo.

♦ Vinicius Santos Maciel, Serra, ES

Gostaria muito de receber a *Radis*, que seria muito proveitosa para minha atualização. Já faz mais de um mês que fiz o cadastro e não recebi nenhuma resposta.

♦ Joice Bisotto, São Carlos, SP

Caros amigos, a demanda de assinaturas supera nossas expectativas e já estamos novamente com uma lista de espera de 400 nomes. Desde a edição nº 44 aumentamos a tiragem para 46.500 exemplares – volume que calculávamos atingir somente em fins de 2006.

CAOS NOS HOSPITAIS

Sou enfermeiro e soldado do Corpo de Bombeiros e gostei muito da edição da revista sobre os medicamentos. Sou assinante e sinto-me honrado em receber a revista. Presenciamos a falta de respeito à população no que diz respeito à saúde, o caos dos hospitais sem medicamentos ou profissionais para atender.

Não há uma administração mais precisa no SUS, causando o descrédito da população quanto ao atendimento. Os profissionais procuram atender como podem e com o que disponibilizam no hospital. O proble-

ma não está no hospital, e sim em sua administração. Quem acaba perdendo é a população, que enfrenta filas para ser atendida.

♦ Fábio Luís Santos de Azevedo, Duque de Caxias, RJ

A RADIS AGRADECE

Gostaria de dizer que vocês fazem um trabalho maravilhoso. Eu adoro a revista, ela é muito importante para minha formação. Obrigada.

♦ Paloma C. Alves, odontóloga, Recife

Radis, como sempre, está sensacional! É para aproveitar mesmo cada reportagem! Parabéns pelo trabalho, que fica melhor a cada edição!

♦ Laureci Neves Dias, Barra Mansa, RJ

Fiquei sabendo da revista pela internet, e já recebo há quatro meses. Estou impressionado com a capacidade de transmitir informação de saúde que vocês têm. Mais impressionado fiquei quando soube que a revista já circula há alguns anos, e só agora descobri este que para mim é o maior veículo de comunicação em saúde. Parabéns.

♦ Edison Sousa da Silva, fiscal sanitário, Curionópolis, PA

Gratos pelo estímulo, Edison. O Programa RADIS, criado em 1982, teve várias publicações, como as revistas Dados, Súmula e Tema, os jornais Proposta e Radis, até reuni-las todas na Radis, a partir de 2002. Conheça a Coletânea Radis 20 Anos (www.ensp.fiocruz.br/radis/pesquisa.html) em nosso site.

Sou secretária de Saúde do município de Afonso Cláudio, e gostaria de parabenizá-los pelo excelente conteúdo da revista *Radis*. Recebemos todos os meses. Conteúdo cada vez melhor. Bem-informados, provocamos a reflexão e a responsabilidade de sermos agentes de mudança e cidadãos. Parabéns e sucesso a toda a equipe.

♦ Silvia Renata de Oliveira Freisleben, Afonso Cláudio, ES

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

BOLSA-FAMÍLIA CORRIGE LIMITE DE RENDA

Na primeira quinzena de abril, o governo corrigiu em 20% o limite de renda dos candidatos ao Bolsa-Família. Serão incluídas no programa famílias com renda per capita de até R\$ 120 (era de R\$ 100). Foi o primeiro reajuste de critério desde a criação do programa, em outubro de 2003.

Com os critérios de correção da renda e os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2004, a meta de atendimento do programa caiu de 11,2 milhões de famílias para 11,1 milhões. A Pnad, divulgada no início do ano pelo IBGE, apontou redução da pobreza. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) usava a Pnad de 2001, que indicava 11,2 milhões de famílias pobres.

A nova estimativa representa 21,4% das famílias (a anterior, 23,6%). Agora, o MDS considera extremamente pobres famílias com renda mensal per capita de até R\$ 60, e pobres, renda de R\$ 60,01 a R\$ 120. O reajuste do benefício – entre R\$ 15 e R\$ 95 – estava em discussão em abril.

HIPERATIVIDADE E MARKETING

Pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (Idum) constatou que entre 2000 e 2004 a venda do metilfenidato (ritalina), usado no tratamento de crianças hiperativas, cresceu 940%. Para alguns especialistas, o aumento se deveu à grande divulgação do transtorno pela mídia e ao forte marketing da indústria farmacêutica. “Nada justifica um pico tão alto, não se trata de uma pandemia”, disse à revista ComCiência (www.comciencia.br) o farmacêutico Antônio Barbosa, coordenador do Idum. “Existe uma forte ação dos laboratórios sobre os profissionais e, indiretamente, a prescrição é feita por essa propaganda”. Para ele, que também integra o Conselho Federal de Farmácia, o mais grave é a falta de responsabilidade social, especialmente em se tratando de medicamentos para crianças”.

O transtorno de déficit de atenção – Hiperatividade (TDAH) se caracteriza pela desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Nos últimos anos houve crescente interesse da mídia em divulgar o TDAH.

“Hoje se rotula muito”, disse a neurologista Sylvia Ciasca, do Departamento de Neurologia da Unicamp. “Numa sala de aula, metade das crianças é considerada disléxica e a outra metade, com TDAH: parece que os *normais* estão fora da escola”. Tanto a escola como as instituições de saúde estão lidando com um conceito extremamente complexo de uma forma banal, sem muito rigor, e “os laboratórios começaram a investir nesse filão”. Ela alertou: o tratamento com o remédio só é eficiente se a criança tiver acompanhamento integral de outros profissionais.

BECKHAM E O SENSACIONALISMO



C.P.

O jornal londrino *Independent* publicou, as agências de notícias retransmitiram e os jornais do mundo inteiro reproduziram com destaque a notícia de que a estrela do futebol David Beckham, meia do Real Madrid, sofre de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O craque contou em entrevista à emissora britânica ITV que já tentou sem sucesso superar o transtorno, que o leva, por exemplo, a enfileirar simetricamente as garrafas de refrigerante na geladeira.

A “notícia” pareceu inusitada, já que o transtorno não afeta o desempenho de Beckham como jogador, um dos mais regulares do time espanhol – ninguém jamais o viu arrumando os atacantes em linha reta ou limpando a bola em campo –, ao contrário do personagem Monk, da TV, que perdeu o emprego na polícia porque os colegas não suportavam suas “manias”. A *Radis* pediu ao psiquiatra e psicanalista Orlando Coser, professor da pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), uma análise desta curiosa situação, em que uma condição íntima vira fato midiático. Para Coser, autor de *Depressão – Clínica, crítica e ética* (Editora Fiocruz, 2003), livro resultante dos estudos para seu doutorado, nesta midiática do sofrimento psíquico, comum inclusive na imprensa nacional, “obtura-se a dimensão subjetiva que o define e se lhe confere especificidade”.

“Questões delicadas das quais o marketing da indústria farmacêutica se aproveita”, diz. Não é possível inferir os motivos que teriam levado o jogador a fazer esta divulgação, e muito menos a demanda que ela veicula, se é que existe alguma, raciocina o professor. Diferentemente de uma situação clínica, em que uma pessoa procura um profissional e sua queixa inaugura uma relação terapêutica, na mídia perde-se a dimensão subjetiva. “Não é apenas porque apresenta um comportamento tal ou

qual – enfileirar garrafas na geladeira, por exemplo – que alguém se torna um doente, que há de se declarar *portador* do transtorno tal ou qual, mas o *sofrimento* que aquilo lhe ocasiona”, diz.

Eventualmente, alguém pode ser muito obsessivo e, não obstante, feliz com seu modo de ser: o meio social inclusive valoriza a organização e certos traços ditos obsessivos. Desse modo, prossegue o professor, temos que indagar que demandas estariam subjacentes à queixa. Algo assim: “Sim, Beckham, eu ouvi sua queixa... E então? O que queres?” Livrar-se disso é a resposta esperada pelo meio social, uma vez que o dito transtorno é concebido como doença. Ao contrário de uma apendicite, entretanto, no campo dos transtornos anímicos – que inclui todas as *doenças mentais* – o indivíduo que se queixa “não está excluído da participação subjetiva naquilo de que se queixa”. E cabe a um tratamento exatamente indagar a implicação do sujeito nos seus males (em vez de extirpar o mal, o que uma cirurgia do apêndice faz), argumenta Coser.

O professor cita o “movimento social e epistemológico, efeito de uma importante mudança cultural na percepção do íntimo, que favorece processos de demissão subjetiva: as pessoas menos e menos implicadas em seus comportamentos, suas escolhas e, por que não?, em suas manias”. Mas, como o espaço da mídia se presta, além da publicação do íntimo, à sua divulgação instantânea, o fato vira notícia, tais notícias geram outros fatos e inúmeros desdobramentos, afirma. “No caso de uma conterrânea de Beckham, a princesa Diana, não se pode ignorar que seu destino esteja excluído das escolhas subjetivas que fez”. Coser diz esperar que Beckham possa ser bem tratado, para o que é preciso preservar um espaço de intimidade e construir um espaço de relacionamento terapêutico, “o que a midiatização do seu sofrimento não favorece”.

UM MOSQUITO TRANSGÊNICO

O Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), unidade da Fiocruz em Minas, anunciou a criação do primeiro mosquito geneticamente modificado na América Latina. A conquista representa o primeiro passo em busca de uma nova estratégia

para bloquear a transmissão do parasita da malária. A idéia é criar mosquitos transgênicos, do gênero *Anopheles spp.* (transmissor da malária), resistentes (ou “imunes”) à infecção pelo protozoário *Plasmodium spp.*, parasita da doença.

Em 2001, os americanos descobriram que uma enzima (a fosfolipase A2), presente no veneno de abelhas, era capaz de servir como “vacina” para o mosquito da malária, impedindo que o parasita da doença se desenvolvesse no seu organismo. A equipe do Laboratório de Malária do CPqRR, em colaboração com a Universidade Johns Hopkins (EUA), conseguiu introduzir no genoma (código genético) do mosquito uma forma modificada da fosfolipase A2 de modo que ele próprio passasse a produzir a enzima. “Por isto o chamamos de transgênico, pois seu organismo produz uma proteína que não é própria dele”, disse à CCS/Fiocruz (www.fiocruz.br/ccs/) o pesquisador Luciano Andrade Moreira, coordenador do projeto.

MULHER POBRE PERDE MAIS O ÚTERO

Para seu doutorado no Instituto de Medicina Social da Uerj, a ginecologista Renata Aranha avaliou 1.945 mulheres de 25 a 60 anos que retiraram o útero devido a miomas e sangramentos (causas benignas) em hospitais do SUS, informou matéria da *Folha de S. Paulo* (27/3). A taxa de histerectomia entre as mais pobres (menos de três salários mínimos) foi duas vezes e meia maior do que no grupo com renda acima de seis salários. Entre as de 1º grau incompleto a prevalência foi quase quatro vezes maior em relação ao grupo com ensino superior. No SUS, a histerectomia é a segunda cirurgia mais freqüente (112.200 em 2005, ao custo de R\$ 67,5 milhões) entre as mulheres em idade reprodutiva, só perdendo para as cesáreas, disse o jornal.

Segundo a médica Fátima Oliveira, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde, a incidência da histerectomia entre as mulheres negras é cinco vezes maior do que entre as brancas — e a incidência maior de miomas causada por fatores genéticos. Além disso, as negras têm mais dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e a tratamentos menos mutiladores.

Segundo o jornal, o ginecologista Claudio Basbaum, do Hospital

São Luiz, criou a campanha “Mulheres, salvem seus úteros” para estimular as pacientes com indicação de histerectomia a buscarem uma segunda opinião, porque sete em 10 mulheres teriam o problema resolvido sem cirurgia. As técnicas modernas (embolização e DIU) de preservação do útero, porém, não estão disponíveis no SUS: a embolização de mioma custa até R\$ 15 mil e o dispositivo intra-uterino com progesterona, até R\$ 600.

O MÊS DA TERRA E DA TERRA



A.D.

Rio Grande do Sul e Paraná experimentaram quase 30 dias de intensos debates sobre terra, sementes, transgenia, biodiversidade, aquecimento global – enfim, a vida no planeta – na 2ª Conferência das Nações Unidas sobre Reforma Agrária e Desenvolvimento Rural, no 3º Encontro das Partes do Protocolo de Cartagena sobre Biossegurança (MOP-3) e na 8ª Conferência das Partes da Convenção sobre Diversidade Biológica (COP-8), tudo promoção da ONU entre 5 e 31 de março. Paralelamente, os movimentos sociais discutiram agendas alternativas, seguindo a prática inaugurada pelo Fórum Social Mundial de fazer contraponto à pauta “oficial”.

“Fracasso” foi a palavra mais pronunciada, ao fim dos eventos, por “radicais” dos dois lados – conservador e popular. Em Porto Alegre, acesso à terra e combate à fome estiveram no centro dos debates da conferência da reforma agrária. Josué de Castro, autor de *Geografia da fome* – “um flagelo que vem destruindo e degradando o potencial humano representado por dois terços da humanidade”, escreveu ele em 1954 –, foi o grande homenageado.

Houve momentos tensos, depois que mulheres da organização

Via Campesina destruíram um laboratório da Aracruz Celulose, em 8 de março. Ao deplorar o ato estremista, a grande imprensa esqueceu de informar que a multinacional espalha "desertos verdes" Brasil afora com seus eucaliptos clonados, que expulsam o pequeno agricultor, o indígena e a fauna, além de dar pouco emprego. No entanto, a declaração final do fórum paralelo Terra, Território e Dignidade, que condena esse modelo de florestamento, foi incluída na relação oficial de documentos da conferência.

O diretor-geral da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Jacques Diouf, resumiu a tarefa central da conferência: "A importância singular dessa reunião é que ela retoma, após 27 anos, um debate em nível global sobre um problema fundamental", disse. "Nosso objetivo é enfrentar o problema da fome no mundo".

Na COP-8, em Curitiba, após duas semanas de debates dos quais participaram 4 mil delegados, entre os quais 122 ministros e vice-ministros de Meio Ambiente, foram votadas 30 resoluções. Entre elas, a Convenção de Diversidade Biológica (CDB), por exemplo, reafirmou a moratória, decidida em reunião na Espanha, do gene *terminator*, tecnologia que torna as sementes estéreis obrigando o produtor a comprá-las de empresas como Monsanto, Syngenta, Delta & Pine — donas das patentes. Outra decisão importante foi tomada sobre a questão da livre importação e exportação de árvores transgênicas: nada pode ser feito até 2008, quando o órgão técnico da CDB dará seu parecer e o debate será retomado.

O ministro da Agricultura, Roberto Rodrigues, defensor dos transgênicos, considerou a reunião um "fracasso". O mesmo afirmou o representante do Greenpeace. A ministra Marina Silva, que presidirá a CDB (orçamento de US\$ 1 bilhão) pelos próximos dois anos, afirmou que a COP-8 "avançou significativamente". "Conseguimos uma proposta de consenso, com uma data-limite." A ministra se referia ao regime internacional que definirá regras de acesso aos recursos genéticos derivados dos conhecimentos tradicionais e à repartição de benefícios. Pelo menos não se retrocedeu, como queriam os países ricos e as transnacionais.

Mais: o grupo de trabalho do regime internacional terá dois pres-

sidentes, "um de país desenvolvido e um de país em desenvolvimento". Afinal, os países pobres detêm o grosso da biodiversidade.

CONSELHOS, REFLEXO DA SOCIEDADE?



Somente 15% dos presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde são mulheres; 59,3% têm pós-graduação; 29,6%, curso superior completo; 3,7%, superior incompleto; 7,4% têm 2º grau. É o que mostra pesquisa do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Ensp/Fiocruz. Chamou atenção da Agência Repórter Social, que divulgou a pesquisa em março, o "domínio avassalador" de gestores homens e pós-graduados.

Em 2004, dos 13.677 conselheiros titulares, 6.749 (49,35%) eram usuários; 19,47%, trabalhadores; 18,08%, gestores; 13,1%, prestadores de serviço. Mas poucos usuários presidem os conselhos: apenas 15%; trabalhadores, 4%; gestores, 81%. Quase um terço (28,05%) dos 49,35% de usuários dos conselhos são sindicalistas de outras áreas; outros 27,62% pertencem ao poder local — "o que relativiza por si só a proporção real de usuários", entende Ana Costa, da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Líderes religiosos aparecem em terceiro lugar nesse ranking (14,27%), seguidos dos "segmentos populacionais" (10,13%) — neste campo estão lideranças indígenas, de mulheres, terceira idade, infância e juventude, mães, parteiras, entidades de combate ao câncer, entre outros —, representantes de entidades filantrópicas (6,76%) e portadores de deficiência ou patologias (6,15%). Ana Costa avalia que "esse conjunto está absolutamente sub-representado". Para completar, apenas 15% dos presidentes são usuários do SUS.

A POLÊMICA PROPOSTA DE JATENE

O ex-ministro da Saúde Adib Jatene (governos Collor e Fernando Henrique) roubou a cena no Fórum Saúde e Democracia, promovido no Rio em março pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e pelo jornal *O Globo*, com patrocínio de três laboratórios farmacêuticos (Novartis, Sandoz e Lilly), além de apoio do governo mineiro e do Ministério da Saúde. Jatene propôs que se cobrem alguns serviços do SUS de quem pode pagar. Ou seja, um SUS para pobres e outro para ricos, conceito nada novo que derruba um dos princípios básicos do sistema público de saúde brasileiro, a universalidade.

Leitores escreveram ao *Globo* indignados. "Cara-de-pau, o moço, responsável pela criação da famigerada CPMF, que seria para a saúde pública", reclamou Edmundo Amaral, do Rio. "O cardiologista Adib Jatene não prega prego sem estopa", emendou o também carioca Romualdo Carrasco. "Pelo visto, o cardiologista quer nos transformar em cardiopatas e com isso aumentar sua clientela." Até o presidente do Sindicato dos Hospitais do Rio, Adriano Londres, contestou. "Se isso é democracia na saúde, imagine o que seria o autoritarismo", diz em artigo publicado no site do sindicato. "Pior do que isso, implica uma distorção dos reais deveres do Estado e resulta numa dupla punição ao cidadão: paga imposto e não tem nada em troca; vai ao hospital público e é obrigado a novo desembolso."

Destacou-se também, no fórum, a rejeição dos secretários de saúde à Lei de Responsabilidade Sanitária, que puniria maus gestores. Enviada ao Congresso pelo ex-ministro Humberto Costa, foi arquivada na gestão Saraiva Felipe. A lei foi considerada pelos secretários "excessivamente policialesca". Palestrante do evento, Humberto Costa afirmou que o pacto de gestão assinado recentemente entre União, estados e municípios, estabelecendo o papel de cada um, será ineficaz sem uma lei que garanta seu cumprimento.

O secretário estadual de Saúde do Ceará, Jurandir Frutuoso Silva, criticou o programa Farmácia Popular, por consumir R\$ 200 milhões anuais dos recursos destinados à saúde. Para ele, o resultado seria melhor se o mesmo dinheiro fosse aplicado na farmácia básica do SUS. Para Humberto Costa, o programa garante o acesso à assistência farmacêutica.


Outro ponto: os cursos de Medicina na contramão da atenção primária

ria. A área da saúde investe na Estratégia Saúde da Família, mas as escolas médicas mantêm ênfase na especialização e no aprendizado em hospitais. "Os serviços de saúde enfrentam dificuldade para recrutar pessoal", criticou o presidente do Conass, Marcus Pestana.

ESCASSEZ DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE



O Relatório Mundial da Saúde 2006, divulgado no Dia Mundial da Saúde (7/4) pela OMS, afirma que há déficit de 4,4 milhões de profissionais de saúde no mundo. Isso produz impacto "devastador" na capacidade de promoção da saúde: pelo menos 1,3 bilhão de pessoas estão sem acesso aos cuidados médicos mais básicos. A escassez é maior na África e na Ásia, que necessitam urgentemente de mais de dois milhões de médicos e enfermeiros. A carência é maior em 57 países, 36 deles na África Subsaariana, parte do mundo mais afetada pela epidemia da Aids.

Há 59 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, 37% nas Américas, que concentram 10% da carga global de doenças (24 profissionais para cada mil habitantes). Na África, com 24% da carga global de doenças, são 2,3 para cada mil — 3% dos profissionais de saúde do mundo. A OMS propõe o "recrutamento ético": não é justo que a Inglaterra chame todos os profissionais que se formam no Caribe sendo a população caribenha muito pobre, exemplifica o secretário de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Francisco Eduardo Campos, em matéria da Agência Brasil. A prática é comum em todo o Primeiro Mundo. 

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.



toques da redação

CÉLULAS-TRONCO, O BALANÇO —

Evento imperdível na Fiocruz: o Projeto Ghente (www.ghente.org/) reúne em 18 de maio, às 9h, os principais especialistas brasileiros em células-tronco (nas áreas de ciência, ética e direito) para um dia inteiro de debates sobre avanços e implicações das pesquisas e terapias genéticas. O Ghente (Estudos Sociais, Éticos e Jurídicos sobre Acesso e Uso de Genomas em Saúde), ligado à Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fiocruz, é um fórum sobre ciência em geral e genética em especial com foco no humano (daí o *h* inclinado do nome). O debate será aberto ao público.

DATA IMPORTANTE — Prepare suas estratégias de comunicação: 31 de maio é o Dia Mundial sem Tabaco. O tema da OMS para 2006 é "Tabaco: mortal em qualquer forma ou disfarce".

IÇARA DÁ EXEMPLO — A Associação da União dos Conselhos Locais de Saúde de Içara (SC) reúne 19 conselhos de bairro e mais de 300 conselheiros — que fiscalizam, conscientizam e promovem ações com a comunidade e o poder público. Com isso, orgulha-se a presidente, Jane Regina Luiz da Silva, conseguiram cadeira no Conselho Municipal de Saúde. E-mail: uniaosaude@yahoo.com.br; telefone: (48) 3432-8047.

DOIS MIL ANOS DE CHAGAS — O mal que no século 20 recebeu o nome de doença de Chagas já existia há 2 mil anos, mostrou estudo do antropólogo Renato Kipnis, da USP, após pesquisa em restos de indivíduos sepultados num sítio arqueológico à margem esquerda do Rio São Francisco. A apresentação do trabalho, no Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Ensp/Fiocruz, está na Biblioteca Multimídia da escola (www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/). Aliás, um serviço inovador na área acadêmica.

REFORMA vs. GESTÃO — Não há necessidade de reforma da previdên-

cia, e sim de gestão da previdência. A frase é do ministro Guido Mantega, que assumiu a Fazenda em março, em entrevista ao jornal britânico *Financial Times*.

BANHO DE DESIGN — O site do Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/saude/>) tomou um banho de design e está bem bonito. Mas continua lento...

ERRAMOS FEIO! — Prezados leitores, na edição impressa da *Radis* nº 43 cometemos muitos erros, pelos quais pedimos muitas desculpas. Vamos às correções:

Cartas, pág. 5

♦ "Ícones do SUS": alguns leitores não conseguem abrir as páginas da web que contêm *emoticons* e tiras da logomarca do SUS. Criamos então páginas-espelho. *Emoticons* www.ensp.fiocruz.br/radis/44/espelho/01.htm
Tiras www.ensp.fiocruz.br/radis/44/espelho/02.htm

Súmula, pág. 6

♦ O título correto da nota "Animais produtores de remédios" é "FSP/USP tem novo diretor".

Toques, pág. 7

♦ O vírus mencionado no toque "Somos ovíparos?" é o da gripe aviária.

"O vídeo na mão de quem faz o SUS", pág. 14

♦ A foto publicada é, na verdade, de Ana Cristina Figueira, assistente da Superintendência do Canal Saúde, cuja fala está na pág. 15. Esta da foto ao lado é Márcia Correa e Castro, superintendente do Canal.




FOTO: CANAL SAÚDE

"O audiovisual na medida certa", pág. 16

♦ O nome correto do chefe do DCS/Cict/Fiocruz é Humberto Trigueiros.

Serviço, pág. 18

♦ O e-mail do 8º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade é sbmfc@sbmfc.org.br
♦ O endereço correto do site do 22º Congresso do Conasems é www.conasems.org.br/xxii

Ufa! Os erros foram consertados nas versões em pdf e em html da revista. A equipe do RADIS 

Movimento cont



ra as iniquidades



ILUSTRAÇÃO: GUSTAVO ALVES

*Claudia Rabelo Lopes **

Pesquisa publicada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) em 2005 revela: o Brasil, 13ª economia do mundo, é o 8º país com pior distribuição de renda. Nesse quesito, perdemos para toda a América Latina, com exceção da Guatemala, toda a Ásia e boa parte da África. Não é de espantar, portanto, que o índice de mortalidade infantil em 2000, fosse cinco vezes maior em grande parte do Norte/Nordeste do que nas áreas ricas do Sudeste. Fatores como este levaram 30 especialistas de diferentes campos, reunidos pela Fiocruz em 2005, a diagnosticar: as desigualdades sociais e econômicas, injustas e evitáveis – ou seja, as iniquidades – são nossa mais grave doença.

Propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fincadas na realidade para combater essas desigualdades e mobilizar a sociedade nesse sentido são objetivos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada por decreto do presidente da República em 13 de março e lançada dois dias depois na sede da Representação da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em Brasília, quando foram empossados seus 17 integrantes.

Determinantes sociais da saúde (DSS) são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente. Em nosso país, as iniquidades estão presentes em todos esses setores e em todas as regiões. Ao longo de seus dois anos de existência, a CNDSS pretende conquistar resultados concretos, de real impacto sobre esse quadro, para que, afinal, possamos construir uma sociedade mais justa e, conseqüentemente, mais saudável.

* Colaboraram Bruno Camarinha Dominguez e Júlia Gaspar.



Da esquerda para a direita: Luís Augusto Galvão, Jaguar, Roberto Smeraldi, Zilda Arns, Miguel Malo, Michael Marmot, Saraiva Felipe, Sandra de Sá, Paulo Buss, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Rubem César Fernandes, Aloisio Teixeira, Moacyr Scliar, Adib Jatene, Elza Berquó e Cesar Victora

Grupo eclético, missão comum

Um grupo de pessoas de áreas e orientações diversas, mas que aceitaram a missão de incluir, de uma vez por todas, os determinantes sociais da saúde (DSS) na pauta das políticas públicas, dos movimentos sociais e na consciência dos brasileiros — isso é a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), lançada em 15 de março em Brasília. A comissão reúne nomes como o do economista Aloisio Teixeira e da pesquisadora em políticas públicas Sonia Fleury, da cantora e compositora Sandra de Sá e da demógrafa Elza Berquó.

“Eclética e levemente surrealista”, nas palavras bem-humoradas de um de seus integrantes, o cartunista Jaguar, a comissão mostrou que, pelo menos neste início de trabalho, seus participantes têm mais convergências do que divergências no que se refere aos DSS. E de uma coisa ninguém tem dúvida: é hora de transformar o conhecimento em ação



para melhorar as condições de vida e de saúde dos brasileiros de maneira equitativa, reduzindo as desigualdades que penalizam as parcelas mais pobres da população.

SOB O SIGNO DA OITAVA

Ao empossar os integrantes da CNDSS, o então ministro da Saúde, Saraiva Felipe, ressaltou a importância de nela estarem pessoas de fora da área da saúde, “mas que têm sensibilidade social”. Saraiva

lembrou a resistência democrática dos sanitaristas brasileiros ao golpe de 64 e como, apesar das dificuldades, eles lograram aprofundar os conhecimentos em DSS no país e apresentar propostas que resultariam na instituição do Sistema Único de Saúde anos depois.

“A criação da CNDSS é um momento culminante desse processo. Integrada por expressivas lideranças de nossa vida social, sua própria constituição é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira”, disse Saraiva.

O coordenador da CNDSS, Paulo Buss, presidente da Fiocruz (entrevista na pág. 22), apontou como uma coincidência significativa a criação da comissão exatamente na semana em que se comemoraram os 20 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que instituiu o SUS. A questão dos determinantes sociais

da saúde era dominante na Oitava, mas foi sendo sobrepujada por uma visão mais centrada na tecnologia médica. Daí a necessidade de estabelecer um novo marco histórico, com a CNDSS.

A comissão tem dois anos para elaborar um relatório que indique caminhos para a saúde pública no Brasil. Mas Paulo ressaltou que o grupo não vai esperar dois anos para buscar os resultados. "Queremos que apareçam tão rapidamente quanto as nossas forças permitirem", afirmou o coordenador na solenidade, que teve como mestre de cerimônias o sociólogo Arlindo Fábio Gómez de Sousa, da Fiocruz, que coordenou nos anos 80 a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Em outras palavras, é hora de agir. Para isso, a CNDSS contará com um orçamento inicial de R\$ 1 milhão, uma secretaria técnica, um edital de pesquisa e a colaboração de um grupo de trabalho formado por representantes de vários ministérios e secretarias especiais da Presidência da República, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Saúde. Esse grupo de trabalho foi instituído pelo mesmo decreto que criou a comissão.

Ação é a palavra de ordem de Lee Jong-Wook, diretor geral da Organização Mundial de Saúde e um dos principais impulsionadores do movimento em torno dos DSS no mundo. A OMS criou sua própria Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS) em março de 2005, com atuação até 2008, para apoiar e coordenar esse movimento internacionalmente. Em seu discurso, em vídeo gravado para a ocasião, Lee salientou o papel do Brasil como parceiro na cooperação com a América Latina e os países de língua portuguesa na África.

O Brasil é o primeiro país a responder ao chamado da OMS e instituir uma comissão sobre DSS. Para Sir Michael Marmot, epidemiologista e presidente da CDSS-OMS, isso pode incentivar outros países a fazerem o mesmo. Atualmente, há 12 países envolvidos nesse esforço, entre os quais Canadá, Chile, Inglaterra, Irã, Quênia e Suécia.

"Queremos chegar a 2008 com um número de países realizando ações concretas, queremos mostrar que estão levando isso a sério", disse Marmot. Colaborar nesse processo é igualmente o objetivo da Opas, re-

presentada no evento por Miguel Malo e Luís Augusto Galvão, que é também gerente da área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OMS.

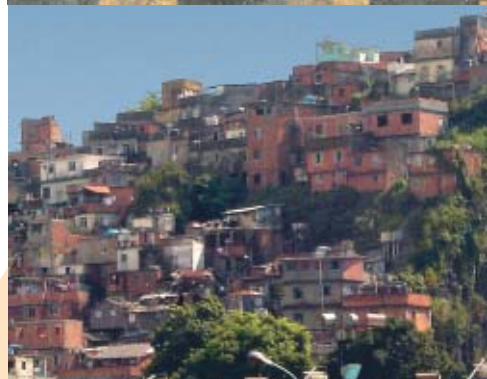
A comissão brasileira existe também graças ao empenho do grupo de mobilização pró-CNDSS, coordenado pela vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, Maria do Carmo Leal. O grupo foi formado em 2005 por 30 profissionais que trabalham com o tema no país, oriundos de universidades e instituições de pesquisa de várias partes do Brasil e por gestores governamentais dos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social.

Ao falar sobre as conseqüências das iniquidades sociais para a saúde, Maria do Carmo introduziu questões que orientarão o trabalho da comissão, a julgar pela disposição de seus integrantes. "A violência e as iniquidades andam de mãos dadas", disse. "Sociedades iníquas são também as produtoras de maiores índices de violência, que é uma das maiores chagas sociais do nosso país atualmente". Essas desigualdades provocam sentimento de inferioridade, de falta de pertinência social, rupturas sociais, sofrimento psíquico. "Não surpreende, portanto, que os inquéritos populacionais de saúde no Brasil mostrem a depressão como maior causa de morbidade referida por adultos".

O dado de saúde mental mencionado pela vice-presidente da Fiocruz encontra reforço no quadro mundial apresentado por Michael Marmot em sua palestra. Pesquisa publicada pela OMS em 2003 revelou que o distúrbio depressivo unipolar é a segunda maior causa de perda de anos potenciais de vida e produtividade entre adultos em todo o mundo, abaixo apenas do HIV/Aids. Para o epidemiologista britânico, é preciso focar nos DSS porque eles são "as causas das causas".

O que explica que a taxa de mortalidade infantil seja de 316 por mil nascidos vivos em Serra Leoa e de apenas 3 na Islândia, por exemplo, não é a biologia, e sim as condições de vida. Por isso, ao fazer, a apresentação da comissão brasileira, Marmot deixou claro que o trabalho dessas organizações não é um exercício acadêmico — precisamos de mais pesquisa, mas precisamos, ainda mais, de ação. Está claro que o sucesso ou o fracasso dessa empreitada é uma questão

FOTO: ARISTIDES DUTRA



Composição da CNDSS

- ◆ Adib Jatene, cardiologista
- ◆ Aloísio Teixeira, reitor da UFRJ
- ◆ Ana Lúcia Gazzola, professora da UFMG
- ◆ Cesar Victora, epidemiologista
- ◆ Dalmo Dallari, jurista
- ◆ Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira, empresário
- ◆ Elza Berquó, demógrafa
- ◆ Jaguar, cartunista
- ◆ Jairnilson Paim, médico
- ◆ Lucélia Santos, atriz
- ◆ Moacyr Scliar, médico e escritor
- ◆ Roberto Esmeraldi, ambientalista
- ◆ Rubem César Fernandes, antropólogo
- ◆ Sandra de Sá, cantora
- ◆ Sonia Fleury, cientista política
- ◆ Zilda Arns Neumann, sanitarista
- ◆ Paulo Buss, presidente da Fiocruz

Depoimentos: páginas 17 a 21

de vida ou morte para milhares de pessoas.

Outro estudo da OMS, de 2005, mostra que há uma dupla carga sobre os países pobres. Suas populações são as que mais sofrem tanto com as doenças infecto-contagiosas como com as doenças crônicas, e essas duas frentes têm que ser consideradas ao atuarmos sobre os determinantes sociais de saúde. Mas, se alguém ainda tem alguma dúvida de que as desigualdades sociais e econômicas são "causa das causas", uma das revelações mais chocantes é a de que a maior causa de doenças evitáveis no mundo é o baixo peso, ou seja, a desnutrição.

A segunda palestra, do epidemiologista brasileiro Cesar Victora, abordou os estudos sobre iniquidades sociais e saúde no Brasil. Levantamento do também epidemiologista Naomar Almeida Filho mostra que se produz muito conhecimento sobre DSS no país. "O que sabemos já é suficiente para começar a agir", afirmou Cesar.

Mesmo assim, o especialista apontou algumas áreas em que os estudos precisam ser aprofundados. Há pouca pesquisa sobre a qualidade da atenção nos serviços de saúde e sobre o acesso a serviços secundários e terciários de saúde discriminado pelo nível de renda dos usuários. É necessário também estudar como as iniquidades em saúde estão variando no tempo, quais as suas tendências, além de desagregar as estatísticas oficiais por posição socioeconômica e cor e integrar métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa.

Esses estudos, assim como as avaliações de políticas e programas implementados são fundamentais para assegurar o bom rumo das ações. Tanto para Cesar Victora quanto para a demógrafa Elza Berquó, é importante

incorporar o estudo da equidade nas avaliações. Saber, por exemplo, qual é a cobertura da vacinação na parcela mais pobre da população para determinar se estamos realmente mais próximos da universalidade e da equidade preconizadas pelo SUS.

Após as palestras, os integrantes da CNDSS expuseram opiniões e dúvidas sobre o trabalho a ser realizado. Sonia Fleury, pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas, resumiu as sugestões que encontraram solo comum: considerar o setor da saúde em relação ao conjunto da seguridade social, do qual faz parte pela Constituição; enfocar o problema da violência, criando, com agentes institucionais e não-institucionais, uma interface que possibilite a formulação de políticas, mobilização e outras ações; e priorizar a população negra e outras minorias que constituem a base da pirâmide social no Brasil.

A primeira tarefa oficial dos participantes foi dar posse, na secretaria técnica da comissão, ao sanitarista Alberto Pellegrini Filho (entrevista na pág. 28), envolvido desde os anos 60 com a questão dos DSS. Pellegrini apresentou uma primeira estrutura do plano de trabalho da CNDSS, a que serão acrescentadas as contribuições dos integrantes.

Fomentar a produção de conhecimento que possa se traduzir em ação efetiva para a redução das iniquidades em saúde é uma das linhas de atuação da CNDSS. Segundo o Edital de Pesquisa sobre Determinantes Sociais da Saúde, apresentado pelo secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, Moises Goldbaum, serão destinados R\$ 4 milhões a esses estudos. O professor Moises esclareceu que em torno desse edital serão lançados outros, focados na saúde da população negra, das pessoas com deficiência, dos idosos e na saúde

do homem — "que também precisa ser privilegiado", disse Moises. "Uma espécie em extinção", emendou Sonia, provocando risos.

As ações incluem seminários sobre metodologias de pesquisa em DSS e de descrição e avaliação das intervenções, a participação em encontros como o Congresso Mundial de Saúde Pública em 2006 e a organização de redes de intercâmbio, além da divulgação das atividades em boletim virtual e impresso.

No tópico de políticas e programas, Pellegrini anunciou uma reunião da comissão brasileira com a CDSO-OMS em setembro deste ano, para estabelecer uma agenda de trabalho conjunto. Antes disso, a CNDSS poderá apoiar a atuação dos conselhos municipais e estaduais de saúde, disseminando informações sobre DSS e criando espaço para os conselheiros no site da comissão, que seria lançado do início deste mês.

Com relação à mobilização popular, a proposta é que a CNDSS como um todo e cada um de seus integrantes, em suas áreas de atuação, identifiquem oportunidades de ação com associações e grupos que possam contribuir para os objetivos da comissão. A secretaria técnica pretende estabelecer, também, um contato regular com a mídia.

A primeira reunião da CNDSS foi dedicada à memória do sanitarista e epidemiologista Guilherme Rodrigues da Silva, que morreu em 11 de março, aos 78 anos. Foi um dos principais nomes da reforma sanitária e um dos pioneiros no estudo sobre determinantes sociais de saúde e medicina preventiva em nosso país. Baiano, Guilherme foi professor emérito da Faculdade de Medicina da USP e superintendente do Hospital das Clínicas de São Paulo, tendo recebido, entre outros prêmios, a Medalha Oswaldo Cruz, em 2000. (C.R.L.)



Um panorama das nossas desigualdades

*Custa o rico a entrar no Céu,
(Afirma o povo e não erra)
Porém, muito mais difícil
É um pobre ficar na terra.
(Mário Quintana)*

O epidemiologista Cesar Victora apresentou, no lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, em Brasília, uma série de dados sobre as iniquidades em saúde no Brasil. As informações de Cesar Victora e de outros especialistas que colaboraram com a Fiocruz no trabalho pró-comissão desde o ano passado formam um panorama da situação das desigualdades no país. Há muito ainda a se conhecer sobre o modo como os determinantes, em suas inter-relações e mediações, afetam a saúde da população, e a CNDSS apoiará pesquisas nessa área. Mas, como disse o epidemiologista, com o que se conhece já é possível agir.

O que salta aos olhos, para começar, é o quadro de extrema desigualdade na distribuição de renda no Brasil. Com 24% da população economicamente ativa vivendo em estado de pobreza (recebendo até metade de um salário mínimo por mês, isto é, menos de dois dólares por dia), a renda dos 20% mais ricos é 26 vezes superior à renda dos 20% mais pobres. Embora o país tenha renda média três vezes maior que a do Vietnã, os 20% mais pobres no Brasil têm renda média similar à dos 20% mais pobres da nação asiática.

Em pesquisa publicada pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (Pnud), o Brasil apresenta índice de Gini de 59,3. "Por esse índice, que vai de 0 a 100, o 100 seria o caso de só uma pessoa no país ter todo o dinheiro, concentração total. Quanto mais perto de 0, maior a equidade", explicou Cesar. Índices acima de 50 são considerados de alta iniquidade pela ONU.

O quadro se torna mais revelador quando se distinguem fatores como distribuição geográfica ou por etnia, como mostrou o epidemiologista. "No Brasil temos vários municípios com mortalidade infantil de 60, 80 e até

100 por mil nascidos vivos, quase todos no Nordeste e alguns no Norte; à medida que vamos para o Sul, temos áreas onde morrem menos de 15 crianças antes de completarem 1 ano de vida. E 15 ainda é alto. Na Islândia são 3 por mil", disse.

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais 2005, do IBGE, embora negros e pardos constituam quase a metade (48%) da população brasileira, apenas um de cada seis brasileiros pertencentes à elite é negro. Os negros são dois terços (66,6%) dos 10% mais pobres e 15,8% dos 1% mais ricos do país. Enquanto os trabalhadores brancos ganham, em média, 3,8 salários mínimos por mês, os negros recebem aproximadamente dois salários mínimos por mês. A diferença varia de estado para estado. Na Bahia os rendimentos da população branca são 124% maiores que os da negra, mas em Roraima a distância cai para 8,7%.

POBREZA E VÍCIOS

Cesar Victora e seu grupo na Universidade Federal de Pelotas (RS) avaliaram as desvantagens que os pobres enfrentam no processo de adoecimento e morte. Os pobres têm maior exposição a doenças e agravos, menor cobertura com ações preventivas e, assim, maior probabilidade

de de adoecer. Quando adoecem, têm menos resistência, e quando precisam do serviço, seu acesso é mais difícil. A qualidade do serviço recebido, em geral, é pior. A probabilidade de receber um tratamento essencial é menor e o acesso aos serviços de segundo e terceiro nível também. Victora apresentou alguns exemplos dessas várias etapas.

No item de exposição a fatores de risco, o caso clássico é o da água potável. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2002, entre as famílias mais pobres, 35% não recebiam água própria para o consumo humano em casa. Entre os mais ricos, a porcentagem chegava a zero. A Pnad 2004 mostrou que, nas regiões Sul e Sudeste, 70% dos municípios eram abastecidos com água fluoretada, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esse serviço era oferecido sistematicamente em menos de 20% dos municípios.

Outro dado interessante é que os pobres no Brasil fumam mais do que os ricos. A Pesquisa Mundial da Saúde (PMS) no Brasil (2003) mostrou que entre 23% e 24% dos mais pobres fumam, contra aproximadamente 13% dos mais ricos. Célia Landmann Szwarcwald, especialista em estatística e matemática do Centro de



Índice de Gini para concentração de renda

Pnud 2005

Informação Científica e Tecnológica (Cict/Fiocruz), que coordenou a pesquisa, esclarece que há várias razões pelas quais as condições socioeconômicas influenciam a saúde dos indivíduos, e uma delas são os valores psicossociais. A pobreza e a condição subumana de vida contribuem para que as pessoas tenham vícios prejudiciais à saúde, como álcool, fumo, drogas ilícitas.

No que se refere à cobertura das intervenções preventivas, Cesar Victora mostrou análise que fez a partir da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996. Havia então oito intervenções que toda criança tinha que receber, como vacinas, parto atendido por profissional treinado, pré-natal da mãe e outras coisas. Do quintil (1/5) mais pobre da população, só metade recebeu seis ou mais dessas intervenções, enquanto o índice ficou em torno de 80% para as famílias de renda média e de 90% para os mais ricos. "Isso caracteriza que, no Brasil, realmente temos um grupo excluído", disse. "Há uns 20% mais pobres que são realmente diferentes da maioria da população numa série de indicadores, principalmente os de saúde".

Conclusão reforçada pela proporção das mamografias. Entre as mulheres mais pobres, com menor escolaridade, somente 20% já fizeram, alguma vez na vida, esse exame fundamental para a detecção precoce do câncer de mama, enquanto entre as que têm 15 anos ou mais de estudo o índice sobe para mais de 70% (Pnad 2003).

DESVANTAGEM EVIDENTE

O Brasil mostrou avanços no nível de instrução formal na última dé-

cada, com decréscimo de 30% na taxa de analfabetismo entre adolescentes. Redução que foi mais intensa para as mulheres (32%) do que para os homens (27%) e maior nas regiões mais desenvolvidas. Considerando a idade de 10 a 14 anos, porém, o número de crianças fora da escola ainda é de 6% em média para o país e de 14% para Norte e Nordeste. Mais da metade da população brasileira de 15 a 49 anos não completou o ensino fundamental. Os efeitos do nível de instrução se manifestam, por exemplo, na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de compreensão das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis e na adesão aos procedimentos terapêuticos.

Na verdade, qualquer que seja o indicador ou método usado, e mesmo numa região com menor desigualdade, como o Sul, a desvantagem dos mais pobres em termos de saúde sempre se evidencia. Pesquisa em Pelotas acompanhando todas as crianças nascidas em 1982 mostra que 25% das meninas mais pobres tiveram um filho na adolescência, contra 15% das mais ricas. Com os rapazes nascidos em 1993 foi feito um teste padronizado de saúde mental, que revelou sintomas psiquiátricos menores em 20% dos mais pobres e 10% dos mais ricos.

COMPARAÇÃO CHOCANTE

Segundo a PMS, apenas 40% dos mais pobres disseram considerar sua saúde boa ou muito boa, enquanto entre os ricos mais de 70% acham que vão bem de saúde. Embora os pobres se percebam mais doentes, porém, quem consulta o médico com mais frequência são os ricos (Pnad Saúde, 2003).

Quando se pesquisam iniquidades em saúde é preciso relativizar os números globais e perceber se as tendências estão se modificando. Um exemplo dado por Cesar Victora foi o da taxa de mortalidade entre mil nascidos vivos em Pelotas. Em 1982 essa taxa era de 12 nos grupos com renda familiar acima de 10 salários mínimos, enquanto entre os que ganhavam menos de 1 salário mínimo chegava a 80, ou seja, sete vezes maior. Em 1993, os índices melhoraram para todos — entre os ricos ficou em 5 e entre os pobres, 35. Mas a proporção se manteve — os bebês das famílias pobres continuaram morrendo sete vezes mais do que os das famílias ricas.

Chocante é a comparação dos índices de mortalidade neonatal (cri-

ança que morre nos primeiros 28 dias de nascida) na mesma cidade, entre as mães brancas e as negras. Em 1982 o índice era quase o mesmo para os dois grupos, em torno de 20 por mil nascidos vivos. Em 1993, o índice caiu entre as brancas e permaneceu estável entre as negras. Em 2004, caiu ainda mais entre as brancas, chegando a 10%, mas aumentou entre as negras.

VÉU DA IGNORÂNCIA

No Brasil, de forma geral, a mortalidade infantil se reduziu muito entre 1930 e 2000, mas essa redução foi muito maior no Sul. Até 1954, as crianças no Nordeste morriam uma vez e meia mais do que no Sul. Então passaram a morrer 2 vezes mais, e nos anos 80, 3 vezes mais. "Não é que tenha aumentado o número de mortes no Nordeste. Na verdade diminuiu, mas no Sul diminuiu muito mais, porque as ações básicas de saúde — tratamento da diarreia, da pneumonia, vacina contra o sarampo — atingiram primariamente o Sul", disse. "Então, é importantíssimo que quando incluirmos uma intervenção nova ela seja universalizada logo, para que essas distorções não aconteçam".

A epidemiologista Rita Barata, da Santa Casa de São Paulo, lembrou que além dos determinantes sociais relativos às condições materiais de vida das pessoas, como habitação, saneamento, transporte etc., há os decorrentes da esfera do relacionamento humano, como relações de gênero, etnia e geração, que também provocam desigualdades e produzem doenças. Para enfrentar essas desigualdades, é necessário atuar dentro e fora do setor da saúde, exigindo que as diferentes políticas públicas levem esses aspectos em consideração, recomendou.

Para a pesquisadora Sonia Fleury, da Fundação Getúlio Vargas, os acadêmicos assimilaram a noção das iniquidades como algo que precisa ser mudado, mas a sociedade brasileira ainda não incorporou isso. Segundo Sonia, a desigualdade está de tal forma naturalizada no Brasil que exige mudança de mentalidade. "É preciso transformar essa forma de pensar brasileira, que não reconhece o racismo, apesar de todas as estatísticas, ou que acha que cotas ou qualquer ação que dê atenção a esses grupos marginalizados são um absurdo", conclamou. "Essa forma de não ver o problema, esse véu da ignorância com o qual ainda vivemos precisa ser aberto". (C.R.L.)



Radis adverte

Vigilância sanitária faz bem à cidadania.

As vozes da comissão

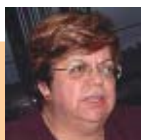
Adib Jatene



“ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde tem uma tarefa brutal: indicar ao Executivo ações capazes de diminuir a desigualdade no país e pressionar o Legislativo para que atue de modo a amenizar essa questão. O grande desafio da saúde pública brasileira é garantir o acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde. Mas os investimentos não devem ser feitos somente na área da saúde. É preciso liberar recursos para saneamento, alimentação, habitação, lazer. ”

Médico, professor e pesquisador, co-fundador do Instituto do Coração da USP, ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo, duas vezes ministro da Saúde – governos Collor e Fernando Henrique –, integra a Academia Nacional de Medicina.

Ana Lúcia Gazzola



“ Num país cuja história teima em permanecer marcada por desigualdades de todos os tipos, tratar a questão da saúde a partir da análise de determinantes sociais é fundamental para a elaboração e a implementação de políticas públicas conseqüentes. Parece adequado que representantes da sociedade civil com atuação em setores diversos contribuam para a discussão, trazendo a visão desses setores. Certamente a educação tem e terá um papel fundamental, particularmente para a melhoria das condições de vida da população. Educação e informação são as melhores formas de prevenção da doença e garantia da saúde. Nesse sentido, devem ser buscados todos os instrumentos capazes não só de promover a saúde como de garantir igualdade de direitos a todos os brasileiros e brasileiras. Parece-me que o trabalho da comissão será muito importante para a identificação e a superação das desigualdades de etnia, gênero, idade etc., que comprometem o direito à atenção à saúde. ”

Professora da UFMG, da qual foi reitora, é graduada em Letras e doutorada em Literatura Comparada nos Estados Unidos.

Aloísio Teixeira



“ Considero a criação da comissão um dos fatos mais importantes relacionados ao desenvolvimento de políticas públicas de natureza social, em tempos recentes. Cada vez mais a saúde deixa de ser vista a partir de uma negação (como ausência de doença) e passa a sê-lo em seus aspectos positivos, que se relacionam ao conjunto de condições que permitem ao ser humano desfrutar de uma vida saudável e duradoura. Exatamente os enfoques modernos abrangem um campo interdisciplinar, onde os múltiplos determinantes podem e devem ser analisados. Num país como o Brasil, cujos padrões de desigualdade e de miséria são por demais conhecidos, a necessidade desse enfoque é cada vez mais premente. ”

A CNDSS, ao permitir não apenas o tratamento interdisciplinar da questão, mas a amplificação dos debates sobre a dimensão humana da saúde, vem preencher um vazio que não poderia perdurar. Na condição de reitor de uma das mais importantes universidades do país, posso colocar à disposição da comissão um conjunto de saberes e competências que abrangem uma gama muito vasta de áreas de conhecimento. E, como economista, particularmente envolvido nos temas de Economia Política da Saúde, gostaria de levar ao Plenário da CNDSS a discussão sobre o financiamento da seguridade social, com ênfase na área de saúde. Consolidou-se na sociedade a idéia equivocada de que a seguridade é deficitária, o que não é verdade. Se conseguirmos esclarecer essa questão poderemos descortinar horizontes novos para as políticas públicas no país. ”

Reitor da UFRJ, economista, mestre pela UFRJ e doutor pela Unicamp, desenvolve pesquisa em políticas públicas e sistemas de proteção social.

Cesar Victora



Creio que o grande desafio para a CNDSS será incorporar a dimensão da iniquidade como parte integral de planejamento, implementação, monitoração e avaliação de ações e programas de saúde. Ao introduzir uma nova intervenção, seja uma vacina ou uma campanha educativa, é essencial indagar o que faremos para atingir preferencialmente os que mais precisam desta intervenção — os mais pobres, os negros e os moradores de áreas remotas. Nossa comissão tem três objetivos: gerar informações e conhecimentos, contribuir para a formulação de políticas e mobilizar setores do governo e sociedade civil para atuarem na prevenção e na solução das iniquidades em saúde. Cada um deles tem vários desmembramentos e desafios específicos, mas o maior de todos é o último. O fato de que nossa comissão inclui não apenas acadêmicos e profissionais da saúde, mas também representantes da sociedade civil, intelectuais e artistas, sem dúvida, nos proporciona uma oportunidade única de atingir um público mais amplo com a questão das iniquidades.

Professor de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é doutor em Saúde Pública pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, consultor da OMS e titular da Academia Brasileira de Ciências.



Dalmo de Abreu Dallari



A instituição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde é um fato muito importante, podendo ser considerado um passo bastante significativo no sentido da identificação dos fatores sociais que influem sobre o estado de saúde do povo brasileiro, bem como sobre as verdadeiras causas dos problemas mais agudos nessa área. Isso terá influência no desenvolvimento de ações preventivas, contribuindo ainda para o conhecimento mais preciso das deficiências de atendimento à população e dos obstáculos que dificultam o acesso aos cuidados de saúde. Em última análise, a CNDSS poderá ser de grande valia no sentido da efetivação do direito à saúde no Brasil, como direito fundamental de todos os brasileiros, para que tenha eficácia social a norma constitucional que consagra a saúde como direito de todos.

Professor da USP, advogado.

Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira



Fatores como insegurança e habitação precária prejudicam de maneira acentuada as condições de vida da população. O empresariado precisa ter senso de responsabilidade social e atuar de modo a auxiliar na diminuição das iniquidades em saúde.

Presidente da Firjan e do Centro Industrial do Rio de Janeiro, além de conselheiro do BNDES, é engenheiro formado pela Uerj.

Elza Berquó



A comissão é composta por pessoas muito envolvidas com a questão social, portanto, podemos esperar que o grupo chegue a um bom termo sobre os determinantes sociais da saúde. Precisamos fazer uma reflexão ampla a respeito de todos os estudos sobre desigualdade e iniquidade, preencher algumas lacunas desse conhecimento acumulado e propor ações para mudar as injustiças sociais. Temos que definir focos e começar a agir de maneira mais específica. A população negra brasileira, por exemplo, merece uma atenção especial.

Professora da USP, matemática, doutora em Bioestatística pela Universidade de Columbia (EUA), colaboradora da OMS entre 1963 e 2000, é co-fundadora do Núcleo de Estudos da População da Unicamp e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap).

Jaguar



Vários não e um sim

Estava eu, na segunda, 13 de março, tentando fazer uma crônica para sair, se tudo desse certo, na quarta, 15, quando Paulo Buss, presidente da Fiocruz, me ligou. "Jaguar, você vai fazer parte da CNDSS". "O quê?" "Da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde". "O quê?" "Você foi um dos membros escolhidos pelo ministro Saraiva Felipe, da Saúde." "O quê?" – repeti – "Não entendo nada de saúde, muito pelo contrário. Célia é que é sanitária". "Já está resolvido" – decretou no seu estilo trator. "A primeira reunião da comissão vai ser depois de amanhã na sede da Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), em Brasília, às 10 da manhã". "Ô, Paulo, estou no Rio, tenho que entregar charges, preparar uma exposição, um monte de coisas." "Estamos mandando a passagem e detalhes da reunião". Um trator impaciente, além do mais. "É remunerado?" "Não." "Pelo menos vou ganhar uma carteira?" (pensando na carteira do general Albuquerque). "Não." "Vou ter que usar gravata na reunião?" "Não." Eu disse sim, fazer o quê? No mesmo dia chegou um envelope com a passagem e uma papelada que li avidamente. Resumindo: na véspera, Lula assinou um decreto instituindo a CNDSS. Um dos objetivos: "Mobilizar setores do governo e da sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos sobre a saúde resultantes de fatores assim identificados". Comecei a suar frio. E a comissão? "Composta por 17 membros" (um a menos que os 18 do Forte), "de livre escolha do ministro da Saúde, entre brasileiros formadores de opinião e integrantes de instituições acadêmicas, de notável saber." "Não fique em pânico!" – disse para mim mesmo. E que comissão! Tinha de tudo, de Dalmo Dallari a Lucélia Santos, de Adib Jatene a Sandra de Sá, de Eduardo Eugênio Gouveia a Moacyr Scliar, de dona Zilda Arns a (acredite) Jaguar. E também, entre ilustres figuras, Paulo Buss, o coordenador, é claro. Já estou achando que desta vez a Saúde Pública no Brasil ou vai ou racha.



Cartunista carioca, iniciou a carreira na página de humor da Manchete. Um dos fundadores do Pasquim em 1969, atuou em diversos jornais e atualmente é colunista de O Dia; artigo publicado no Dia em 5/4/06.

Jairnilson Paim



O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo e muitas das doenças, dos riscos e dos determinantes são vinculados à forma com que a sociedade brasileira foi estruturada. É difícil avançar nessa área justamente porque uma parte desses determinantes é mais visível e pode ser objeto de políticas públicas que dêem resultados em médio prazo, mas uma outra é estrutural e, para que haja mudanças profundas, é necessário um acúmulo de forças muito significativo. Isso não acontece em meses,

nem em anos, às vezes nem em décadas. A comissão, por ser plural e suprapartidária, reflete o espírito de que só é possível implementar políticas públicas saudáveis com a participação do Estado, das ONGs, da mídia, dos artistas e da população organizada ou não.

Professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, médico e doutor honoris causa da Universidade Estadual de Feira de Santana, é co-fundador do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), da qual foi vice-presidente.



Rubem César Fernandes



“ A saúde pública sofre com as conseqüências da violência, que tem crescido como uma epidemia. Por isso, penso que a comissão deve focar a violência como fator importante da saúde pública e suas relações com fatores sociais. O setor da saúde tem tradição de planejamento das ações, portanto, tem muito a ensinar a outros setores, sobretudo aos que trabalham com violência. ”

Secretário-executivo (e fundador) do Viva Rio, ONG que incentiva a construção de uma sociedade mais justa e democrática, é historiador, mestre em Filosofia pela Universidade de Varsóvia, doutorado pela Universidade de Columbia (EUA).



Roberto Smeraldi



“ A primeira mudança que pode ser alcançada graças ao trabalho da comissão é a de dar visibilidade e transparência ao que hoje está escondido e diluído. Trazer as externalidades dos determinantes sociais da saúde para a contabilidade econômica e social impediria que se tomassem decisões como se esses determinantes inexistissem. Junto a isso, a CNDSS poderia conseguir firmar o tema na mídia e, finalmente, elaborar diretrizes simples, porém claras, para todos os setores da administração pública. Como estratégia, teremos de usar um certo poder de convocação para atingir os formadores de opinião e os tomadores de decisão, mostrando relações que normalmente não são percebidas, para exigir outro padrão de tomada de decisão. Por exemplo, no custo de um quilowatt de energia produzido por uma hidrelétrica ou do frete de uma saca de soja estão embutidos os casos de malária gerados pela construção daquela barragem ou daquela rodovia no meio da Amazônia? Será um trabalho muito grande e, para tanto, precisaremos de muitos inputs por parte da sociedade organizada. ”

Dirigente da ONG Amigos da Terra, que promove o uso sustentável de recursos florestais, o atendimento a comunidades isoladas e a formulação e o acompanhamento de políticas públicas, é ambientalista e presidiu o Comitê Internacional das ONGs para a Eco-92.

Sandra de Sá



“ É uma honra ter a oportunidade de participar desse trabalho. Acho que as pessoas da arte e da cultura, além de contribuírem com idéias e opiniões, conseguem se aproximar mais do povo e falar diretamente sobre questões como educação sanitária, doenças. E podemos tentar ajudar a sanear as consciências; sanear as consciências também faz parte da saúde. Quando se fala em desigualdade no Brasil, sabemos que uma grande parcela da classe mais pobre é formada pelos negros. Então é mais uma honra e um mais um estímulo para mim chegar ao meu público e procurar trazê-lo a esse debate. ”

Cantora e compositora, lançou seu primeiro disco em 1980. É engajada em projetos de ampliação da cidadania.

Sonia Maria Fleury



“ A sociedade brasileira se estruturou de forma a não garantir a todos as mesmas condições. E acenou-se muito, como fenômeno cultural, o que um sociólogo europeu classificou como *síndrome do Titanic*: as pessoas têm a sensação de que não haverá colete salva-vidas para todos e deixam de ser solidárias. Esse sentimento, típico da pós-modernidade, reflete-se numa idéia muito individualista da saúde, de tentar esculpir um corpo e não aceitar qualquer tipo de deficiência. É fundamental discutir políticas intersetoriais, ou seja, conversar com outras áreas. O debate sobre seguridade social, por exemplo, faz a saúde se fortalecer. Ainda estamos muito enclausurados na questão sanitária. ”

Pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas, atua no Observatório da Inovação Social e no Programa de Estudos e Pesquisa sobre a Democratização da Esfera Pública. É psicóloga, doutora em Ciência Política pelo IUPERJ, ex-pesquisadora da Ensp/Fiocruz.

Moacyr Scliar



Saúde e sociedade

No dia 15 de março estive em Brasília para a primeira reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), da qual faço parte. Coordenada pelo sanitarista e presidente da Fiocruz, Paulo Buss, a comissão foi instituída por decreto do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e terá como objetivos gerar informações e conhecimentos sobre determinantes sociais da saúde, mobilizando instituições e comunidade para o equacionamento e solução dos problemas desta área. Que não são poucos, mas podem ser resumidos numa única palavra: desigualdade. A mesma desigualdade que separa os brasileiros em termos de moradia, de educação, de nível de renda ocorre na assistência à saúde.

À reunião esteve presente Michael Marmot, professor de Epidemiologia e Saúde Pública do University College, Londres, grande estudioso das desigualdades em saúde no mundo. Os dados do professor Marmot são de arrepiar. Assim, enquanto na Islândia o índice de mortalidade em menores de 5 anos é de três para cada mil crianças, em Serra Leoa essa taxa chega a 316/1000 – cem vezes maior. As desigualdades ocorrem também dentro dos próprios países. Assim, no Brasil, de cada mil crianças nascidas vivas, 25 morrerão antes de completar um ano de idade, mas isto é uma média, variando de 10 por mil em municípios do Sul e Sudeste até mais de 50 mil em áreas do Nordeste.

É resultado da pobreza, dirão alguns. Não necessariamente, mostra o professor Marmot. Sri Lanka e Cuba, países pobres, têm uma mortalidade infantil bem baixa. Em Cuba, onde a renda per capita anual mal ultrapassa US\$ 5 mil, a expectativa de vida é de 76,7 anos; nos Estados Unidos, com renda per capita quase sete vezes superior, a expectativa de vida é apenas um pouco maior: 77 anos. Detalhe triste: a expectativa de vida é bem menor entre os negros pobres americanos. Na Rússia, onde a desigualdade social cresceu nos últimos 10 anos, a ex-

pectativa de vida aumentou entre os mais ricos e diminuiu entre os mais pobres. Economia de mercado tem disso.

A nossa tendência é pensar que essas desigualdades são resultado da carência, pura e simples. De novo estaremos equivocados. Os pobres têm escasso acesso à tecnologia médica, e a hospitais, e a medicamentos, mas conseguem comprar coisas que vão prejudicar sua saúde. Cigarros, por exemplo: o tabagismo é cinco vezes mais freqüente entre eles, coisa que a indústria do tabaco explorou eficientemente. Os maiores índices de obesidade são encontrados nos países em desenvolvimento: 70% das mulheres egípcias entre 15 e 60 anos têm peso acima do desejado. Explicável: frutas e verduras, base de uma alimentação sadia, são produtos caros; alimentos gordurosos, não. E de novo existe a interferência da indústria, através do “junk food”.

Ou seja: é uma questão de economia, de tecnologia, mas também de cultura, no seu sentido mais amplo: as crenças, as práticas, os costumes que caracterizam populações. Entre os filhos de mulheres alfabetizadas, mesmo pobres, a mortalidade infantil é menor do que entre os bebês de mães analfabetas. Em sua composição, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde reflete este fato: há pessoas da área da saúde propriamente dita, como é o caso do ex-ministro e cirurgião cardiovascular Adib Jatene, e há pessoas da área cultural. Um trabalho no qual podemos depositar muitas esperanças.

Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, professor de Saúde Pública em instituições nacionais e estrangeiras, é médico e doutor em Ciências pela Ensp/Fiocruz. Tem 67 livros publicados, numerosos prêmios e foi eleito em 2003 para a Academia Brasileira de Letras; artigo publicado no Correio Brasiliense em 31/3/06.

Zilda Arns



“A desigualdade é uma questão muito séria no Brasil e ela deve ser foco de políticas públicas que ajudem a diminuir as diferenças sociais. Eu espero que a comissão aponte caminhos para isso e faça com que o povo brasileiro passe a exigir mais atenção para a redução da pobreza, da baixa escolaridade, do desemprego, e que o futuro governo tome como prioridade essa ques-

ção. Com o trabalho da Pastoral da Criança, adquiri uma bagagem de conhecimento da pobreza e de estratégias de envolvimento das comunidades pobres para sua autotransformação social que pode ser útil à CNDSS.”

Coordenadora nacional (e fundadora) da Pastoral da Criança, braço da CNBB de apoio ao desenvolvimento integral da criança, é pediatra e sanitarista, três vezes indicada ao Prêmio Nobel da Paz pelo governo brasileiro.

ENTREVISTA

Paulo Marchiori Buss

“O país tem que tomar uma decisão”

Opediatra e sanitarista Paulo Marchiori Buss, presidente da Fiocruz, teve contato com a estratégia da OMS sobre determinantes sociais da saúde (DSS) em maio de 2005, em Genebra, durante a 58ª Assembléia Mundial de Saúde. Crítico da despolitização da saúde e da doença pela sociedade, que vinha dando prioridade à visão técnica do problema, viu na iniciativa a oportunidade de agir. A partir de julho, quando a Fiocruz reuniu 30 especialistas para identificar os determinantes sociais que mais impactam a saúde dos brasileiros, mergulhou de cabeça nessa pauta.

Gaúcho de Jaguarí, Paulo Buss é mestre em Medicina Social pela Uerj e especialista em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, que já dirigiu; foi eleito presidente da fundação em 2001 e reeleito no ano passado. Agora, aproveita todas as ocasiões para “catequizar” leigos e profissionais sobre a importância dos DSS. Foi assim em todas as cerimônias de abertura do ano letivo nos institutos da Fiocruz, em palestra na Maison de France do Rio, em seminários internos e externos. “É preciso buscar apoio político e popular para bloquear as situações nocivas à saúde”, justifica o engajamento, cuja força o cartunista Jaguar descreveu em sua coluna no *Dia* (pág. 19) ao contar como foi o convite para a comissão. “Não entendo nada de saúde, muito pelo contrário”, tentou fugir. “‘Já está resolvido’ – decretou no seu estilo trator.”

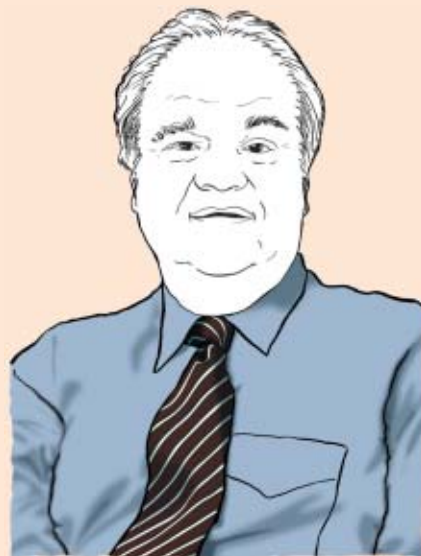
No esforço para que o debate se estenda mais, serão organizados três fóruns: um de articulação da sociedade civil – “queremos gerar

informação qualificada, mas que seja modulada pela vivência, pela experiência da sociedade”, esclarece Buss; um acadêmico, “para gerar evidências que façam uma sintonia fina dos DSS”, e um de gestores: a idéia é atrair secretários não só de Saúde, mas de Trabalho, Habitação, Desenvolvimento Social para que comecem a articular políticas sociais. Também serão convocados o Congresso Nacional, as assembleias legislativas e as câmaras municipais. “Quanto mais articuladas essas políticas em vários setores, mais enriquecidos serão os efeitos”, diz.

Como sanitarista típico, Buss deixa bem claro que a CNDSS não quer que se retirem recursos da saúde, mas que cresçam os recursos para políticas sociais. “O país tem que tomar uma decisão.”

Como foi seu envolvimento com a CNDSS?

Tomei conhecimento desse processo como representante do Brasil na OMS, na Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 2005. A OMS tinha tomado a iniciativa em março. Vínhamos negligenciando o tema DSS – os processos externos à expressão biológica da saúde – e que sendo externos não são neutros, mas condicionam a realização do potencial de saúde da comunidade, de toda a população, de cada indivíduo. A questão da tecnologia médica, até mesmo na prevenção, com as vacinas, o diagnóstico precoce, vinha retirando o foco dos DSS sobre a saúde, sobre o processo e a vida das pessoas. Quando foi lançada essa iniciativa mundial, para mim pareceu uma ótima oportunidade de juntar a crítica que já vinha fazendo a essa relativa despolitização da saúde e da doença na sociedade e à priorização da questão técnica como resposta a esses problemas.



C.P.

E a Fiocruz levou ao ministério...

Levamos ao governo a proposta da comissão de DSS para trazer à tona essa questão e gerar evidências no plano acadêmico do quanto certos fatores sociais influenciam de fato o resultado final da saúde das pessoas – renda, saneamento, solidariedade social, grupos de apoio social, educação, qualidade ambiental, habitação. Procurar identificar as políticas públicas, as iniciativas sociais que poderiam favorecer a saúde e quais as sabidamente nocivas à saúde. E buscar apoio político e popular para bloquear as situações políticas nocivas à saúde. Essa é a história.

E foi rápido...

O Brasil correu muito rápido, porque para criar um ambiente político e condições para essa coisa acontecer há um período de maturação. E a gente conseguiu, logo em julho de 2005, trazer o líder desse processo, o epidemiologista Michael Marmot. Criamos um grupo de trabalho multidisciplinar e pluriinstitucional pró-comissão, que conseguiu criar as bases do que veio a ser, sete meses depois, em março de 2006, a CNDSS.

A comissão se destaca pela pluralidade, não?

A idéia é justamente essa. A saúde é um bem coletivo que se constrói. Ela não é só uma questão biológica ou dos profissionais de saúde. Criamos uma comissão com atores sociais da área política, da cultura, do empresariado, educadores, ambientalistas, pessoas de ONGs que lutam contra a violência, epidemiologistas, cientistas políticos. A decisão do ministro Saraiva Felipe foi muito difícil, porque muita gente que não entrou na comissão poderia ter entrado, mas temos um limite numérico. A comissão expressa uma boa diversidade, pois a saúde é um conjunto de visões — para que a saúde melhore, ela precisa da contribuição de diversos setores.

Houve o lançamento. E agora?

Vamos organizar três grandes fóruns — pretendemos que esse debate se estenda. Um é o Fórum de Articulação da Sociedade Civil, que vamos fazer com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, que trabalha com os conselhos estaduais e municipais de saúde e com ONGs. Nesse mesmo grupo vamos trabalhar com a mídia, chamar jornalistas da grande imprensa, para que esse debate se espraie. Teremos também um Fórum Acadêmico, para gerar evidências que façam uma sintonia fina dos DSS, de tal maneira que a sociedade civil use essas evidências para a articulação política, para a cobrança de políticas públicas. Queremos gerar informação qualificada, mas que seja modulada, por outro lado, pela vivência, pela experiência da sociedade. Esse fórum vai ser enriquecido pelo edital do Ministério da Saúde, que convoca a comunidade científica a apresentar projetos. Não é só para profissionais e pesquisadores de saúde, mas também para pesquisadores da área social que dêem uma visão multidisciplinar do tema. Queremos elaborar projetos conjuntos que possam orientar o sistema de saúde, os ministérios do Trabalho, da Educação em ações de políticas públicas responsáveis com efeitos sobre a saúde da população.

E o terceiro fórum?

É o dos gestores. Imaginamos uma interseção com o Congresso Nacional, com as assembleias legislativas e com as câmaras municipais. Quanto mais informação tiverem os gestores, e não só os da saúde — a idéia é que consigamos fazer com

que os secretários de Trabalho, de Habitação, de Desenvolvimento Social comecem a articular políticas sociais —, quanto mais articuladas essas políticas em vários setores, mais enriquecidos serão os efeitos. Por exemplo, se formos a um bairro que tem pouco emprego e viermos com uma política articulada de vários componentes sociais, como trabalho e renda, assistência social, grupos de apoio, saneamento, é claro que aquela comunidade toda vai crescer vitalmente e a saúde vai melhorar. Agora, tudo isso dá trabalho. Mas estamos aqui para isso, para trabalhar.

“ É preciso
recolocar
o papel do
Estado na
diminuição das
iniquidades ”

Quando se leva a questão dos DSS para a arena política, não existe o risco de que seja usada como argumento para mais desvios de verbas da saúde?

A idéia é que esses setores sociais continuem operando os seus programas. O que queremos é que não se retirem recursos da saúde, e sim que cresçam os recursos para políticas sociais. Não é tirar de um lugar e botar em outro. O país tem que tomar uma decisão. Os políticos devem ser influenciados para votar leis, orçamentos, projetos de modo que levem em consideração os efeitos que terão sobre a saúde. Temos esperança de que União, estados e municípios saberão buscar recursos para fazer essas políticas comprometidas com resultados na saúde. Pensar que tirariam recursos da própria saúde para essas outras áreas seria apequenar a visão sobre os políticos.

A comissão só tem dois anos para cumprir sua missão, e esses primeiros meses são de mudanças políticas. Isso não atrapalha?

Eu acho que o processo eleitoral, a democracia, é importante justamente porque permite que se renovem dirigentes, legisladores, e é nesses momentos que temos a oportunidade de discutir os projetos nacionais, estaduais e locais. Nós inclusive corremos para lançar a comissão em março para que ela pudesse ter esse diálogo com os partidos políticos, com os candidatos, influenciando os programas que vão ser levados ao julgamento popular. Nós seremos ajudados e ajudaremos nessa conjuntura.

A sociedade brasileira se acostumou à desigualdade?

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio mostram que o crescimento e as políticas sociais ajudaram a diminuir algumas desigualdades de renda, embora de forma muito tênue. Mas mudou o rumo, e isso é muito importante. Existe uma tolerância com as desigualdades, mas ela tende a diminuir, pois cada vez mais a sociedade vai exigir a equidade, o fim das desigualdades inaceitáveis. A diminuição da tolerância pode-se expressar nas eleições, na organização de movimentos reivindicativos, e uma das intenções nossas é ajudar nesse processo. Não somos messiânicos. De forma alguma acreditamos que qualquer iniciativa isoladamente possa resolver tudo. Mas nós acreditamos nesses processos sociais e na boa vontade das pessoas.



O senhor falou em Brasília que esse movimento em torno dos DSS é contra-hegemônico. Em que sentido?

É um movimento contra-hegemônico interessante. As políticas de ajuste neoliberais começam a ser questionadas por gente muito importante no campo da economia. Um exemplo é o economista indiano Amartya Sen, que ganhou o Prêmio Nobel em 1998 por mostrar o quanto a iniquidade é nociva ao desenvolvimento, inclusive dos mais ricos, e o quanto as barreiras que separam ricos e pobres crescem com a iniquidade. As sociedades mais desiguais têm padrões de saúde piores, e padrões de solidariedade piores, e níveis de violência e criminalidade muito mais altos. Então é um interesse de todos que a gente restrinja, diminua, ataque as iniquidades.

O CONSENSO DE WASHINGTON — Expressão cunhada pelo acadêmico John Williamson, do Institute for International Economics, de Washington. Esse centro teórico promoveu em 1989 seminário sobre as reformas necessárias para que a América Latina saísse da chamada “década perdida”. Williamson usou a expressão num *paper* e em livro de 1990, popularizando-a. “Fiz apenas a lista de políticas e reformas para a América Latina requeridas, consensualmente, pelos principais centros e círculos de poder”, explicou.

A receita: introduzir no continente as bases da matriz neoliberal ditadas pela primeira-ministra britânica Margaret Thatcher, paralelamente ao processo de globalização financeira, para romper com a tendência desenvolvimentista do Pós-Guerra, benéfica à distribuição de renda. Essa matriz exigia equilíbrio macroeconômico, eficiência e

competitividade para enfrentar o movimento sindical, a Opep e seu choque no preço do petróleo e o fim da paridade ouro/dólar, que ameaçou os Estados Unidos. O Estado do Bem-Estar Social é deprimido.

Na América Latina, um agravante (que a Ásia, por exemplo, não sofreu): afastamento do sistema financeiro internacional, devido às dívidas externas. O Consenso de Washington dava a receita para o regresso: despolitização da economia, desregulação dos mercados, privatizações. Vieram contenção da inflação, redução de gastos sociais, perda de poder do movimento sindical, aviltamento de salários e direitos trabalhistas, desemprego, crescimento econômico medíocre. Perde-se o pouco de Bem-Estar Social já conquistado. No Estado mínimo neoliberal, o conceito de justiça social deixa de existir. (Fonte: palestra do professor da UFRJ José Luís Fiori)

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA — O documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, Casaquistão (setembro/1978), afirma: a saúde — estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade — é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. (Fonte: Opas)

da sociedade civil será em agosto, por ocasião do Congresso da Abrasco. Queremos aproveitar o Congresso do Conasems em junho, em Recife, para incluir os DSS nos currículos dos profissionais de saúde. Pensamos propor ao MEC a criação de um grupo de trabalho para capacitar professores, elaborar materiais.

Mas o principal é trabalhar os fóruns, que devem se ramificar. Na verdade, a comissão é um animador do processo, um pequeno passo nesse grande movimento. Março de 2006 é o resultado de 20 anos de trabalho. É uma extensão de **Alma-Ata**, de **Ottawa**, da Constituição de 88, do trabalho de pensadores como Samuel Pessoa [1898-1976, *sanitarista e parasitologista*], Carlos Gentile de Mello [1920-1982, *médico*], Cecília Donangelo [socióloga], Sérgio Arouca, Josué de Castro [1908-1973, *médico, autor de Geografia da fome*] e muitos outros. Temos uma enorme tradição no Brasil e na América Latina de pensadores que nos inspiram. (C.R.L. e B.C.D.)

DECLARAÇÃO DE OTTAWA — O documento final da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá (novembro/1986), afirma: o setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar perspectivas favoráveis à saúde. A promoção da saúde requer ações coordenadas de todos os envolvidos: governo, setor sanitário, ramos sociais e econômicos, organizações beneficentes, autoridades locais, meios de comunicação. (Fonte: Opas)



E contra-hegemônico por quê? Colocar essas questões de ética, de direitos humanos, de solidariedade, de DSS é contrário à ideia de que o mercado resolve tudo. A regra, a norma, a recomendação de políticas diz que o país cresce e naturalmente a sociedade resolve as distorções do crescimento.

Esse pensamento ainda é hegemônico. Mas está mudando, com Joseph Stiglitz [*americano também agraciado com o Nobel de Economia, em 2001*] e agora com o próprio John Williamson [*economista que empregou pela primeira vez a expressão “Consenso de Washington” como significante das políticas neoliberais*], que na reunião do BID, em Belo Horizonte, começou a fazer uma revisão disso, dizendo que é preciso começar a controlar o capital. A década de 90 e parte da atual foram de políticas econômicas concentradoras de renda, mostrando que o mercado, por si mesmo, não resolve isso. Os resultados dessas políticas mostraram que as imperfeições do mercado são enormes. Então é preciso recolocar o papel do Estado na diminuição das iniquidades. Senão caminharíamos para a barbárie. Isso também tem um compromisso com a questão ambiental. Uma política pública responsável na área social mexe com esse determinante social da saúde. Os

EUA decretaram uma imensa tragédia quando deixaram de assinar o Protocolo de Kioto.

Não adianta curar e devolver o cidadão a péssimas condições ambientais...

O sistema de saúde brasileiro é modulado pela Constituição, que é extraordinária ao dizer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Mas passar da Constituição às práticas cotidianas é algo que avança aos poucos, socialmente e politicamente. A obrigação do sistema de saúde não é só curar. É preciso promover a saúde e prevenir doenças. Promoção da saúde, o que chamo de promoção radical ou ampliada, é mais do que fazer campanhas e culpabilizar a vítima. O sistema de saúde deve alertar outros setores sobre fatores causadores de doenças. Políticas públicas sociais, econômicas, ambientais precisam estar sintonizadas com as questões de saúde.

Quais são os próximos passos da comissão?

Criar o Grupo de Trabalho Interministerial, organizar os três fóruns — o

Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença



Documento apresentado no lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil – Março 2006

INTRODUÇÃO

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, as desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead [da OMS], são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil. A mortalidade infantil, cuja média nacional em 2004 foi de 23,1 por mil nascidos vivos (NV), segundo dados do Ministério da Saúde, apresenta grandes disparidades regionais, observando-se taxas inferiores a 10 por mil NV, em alguns municípios do Sul e Sudeste e valores maiores do que 50 por mil NV, em áreas do Nordeste.

Segundo o relatório da Unicef de junho de 2003 sobre equidade na infância e adolescência no Brasil, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos (TMM5) em 1999 era de 57,4 por mil nascidos vivos, variando de 81,6 para o quintil de renda mais baixo a 29,8 para o mais alto. De acordo com a escolaridade da

mãe, a TMM5 variava de 93 para mães com menos de 4 anos de estudo a 30,4 para aquelas com mais de 8 anos de estudo. Os filhos de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade têm uma probabilidade 23 vezes maior de chegarem analfabetos à adolescência se comparados aos filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo.

Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Já em meados do século 19 Virchow entendia que a "ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social", que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo "saúde pública" expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

Desde então muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação

de saúde de sua população. Um dos principais desafios destes modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É este complexo de mediações que permite entender por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Evidentemente o volume de riqueza gerado por uma sociedade é elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há inúmeros exemplos de países com PIB total ou per capita bem superior a outros que, apesar disso, detêm indicadores de saúde muito mais satisfatórios.

Nos últimos anos, aumentaram também em quantidade e qualidade os estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Estes estudos permitem constatar que uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde.



A partir desse nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

Em outras palavras, a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial à saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média num país com alto grau de iniquidade de renda têm situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem numa sociedade mais equitativa. Um estudo comparativo nos Estados Unidos da América revelou que os indivíduos que vivem em estados com grandes diferenças de renda têm pior saúde que a daqueles com ingressos equivalentes, mas que vivem em estados mais igualitários. O Japão não é o país com maior expectativa de vida do mundo apenas por ser o país mais rico ou porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercício, mas porque é um dos países mais igualitários do mundo.

Estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo pelo qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Segundo vários autores, o desgaste do capital social em sociedades inequitas explicaria em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades em que as relações de solidariedade são mais desenvolvidas. A debilidade dos laços de coesão social ocasionada pelas iniquidades de renda corresponde a baixos níveis de capital social e de participação política. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social que são fundamentais para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva.

No caso do Brasil, o fardo é duplo pois, além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, há grandes setores de sua população vivendo em

condições de pobreza que não lhes permite acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa têm rendimentos menores que 2 dólares por dia. O tema da pobreza também vem chamando a atenção de muitos autores, o que vem gerando uma mudança na maneira como a entendemos e nas formas para combatê-la. Para estes autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nesta situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída.

Para ser coerente com esta nova maneira de entender a pobreza, as estratégias para combatê-la devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e o aumento das capacidades desses grupos para melhor conhecer os problemas locais e globais, para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituir-se enfim em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social.

Infelizmente, estes e outros importantes avanços no conhecimento dos determinantes sociais das condições de saúde e em particular das iniquidades de saúde, encontrados na literatura científica brasileira e internacional, não são acompanhados de um correspondente avanço na utilização desse conhecimento para a definição de políticas de saúde no país.

Isto se deve em grande medida à debilidade das relações entre o processo de produção do conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre políticas e programas de saúde, o qual deveria basear-se em conhecimentos e evidências. Ambos os processos costumam desenvolver-se por se-

parado, com lógicas, agentes e espaços institucionais específicos. Por outro lado, a aproximação entre pesquisa em saúde e políticas de saúde com vistas à promoção da equidade não significa a despolitização das decisões sobre políticas em nome de uma racionalidade centralizadora baseada em evidência científica.

Em geral não há prescrições categóricas de políticas baseadas em resultados objetivos de pesquisas, mas um leque de opções que a ciência ajuda a delimitar. A seleção entre estas opções se faz num processo que é essencialmente político, envolvendo diversos atores, com interesses diferenciados e eventualmente contraditórios. Para que haja uma maior utilização de resultados de investigação para a definição de políticas é necessário instrumentar a atuação desses diferentes atores, particularmente dos que usualmente estão excluídos do processo de decisão, buscando diminuir as enormes iniquidades de acesso a informações e conhecimentos.

Não há, portanto, nenhuma contradição entre, por um lado, a promoção de políticas baseadas em evidência e, por outro, a ampliação da participação social em sua definição. Na realidade, para que as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição destas políticas, multiplicando-se os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes.

A COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Preocupado com as iniquidades que se verificam nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde e a outros serviços públicos que influenciam na situação de saúde, o governo brasileiro decidiu criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no bojo de um movimen-



to mundial em torno deste tema, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na Assembléia Mundial da Saúde de 2004, o diretor-geral da OMS, Lee Jong-Wook, propôs a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde, assim como intervenções que visem à melhoria das condições de saúde e à diminuição das iniquidades. A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS) foi criada em março de 2005 e terá três anos de existência.

A CDSS-OMS é um fórum estratégico mundial formado por lideranças políticas, científicas e da sociedade civil organizada. A comissão tem como meta global a busca de equidade em saúde e lidera um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde.

Entre os objetivos da CDSS-OMS, merecem destaque:

- ♦ a sistematização de evidências sobre experiências e formulação de políticas que enfocam os determinantes sociais em saúde;
- ♦ o fomento do debate com a sociedade, para a implantação de ações de enfrentamento dos determinantes sociais em saúde;
- ♦ a definição de compromissos de médio e longo prazo com vistas a incorporar as desigualdades em saúde como tema central da agenda da OMS.

Em julho de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde reuniu, em Washington, os países da região das Américas e apresentou a proposta da CDSS-OMS, despertando o interesse sobre a temática. Após essa reunião, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde lideraram o processo para a definição de uma agenda de atividades no Brasil, buscando respostas sociais organizadas para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde no país.

Em março de 2006, ao completar tão somente um ano da criação da comissão mundial, apressa-se o Brasil a participar desta iniciativa, com o lançamento da CNDSS brasileira.

A CNDSS é fruto de um processo de construção da Reforma Sanitária que já dura pelo menos quatro décadas e que teve como um de seus pontos culminantes haver logrado que a Constituição Federal do Brasil, aprovada em 1988, incorporasse o artigo 196, determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Apesar deste e de outros avanços alcançados nas últimas décadas, constatados pela melhoria de alguns índices de desenvolvimento social e pela criação de um Sistema Único de Saúde baseado nos princípios de solidariedade e universalidade da assistência, grandes parcelas da população brasileira ainda sofrem de problemas geradores de importantes iniquidades de saúde, como o desemprego, a falta de acesso a moradia digna, ao sistema de saneamento básico, a serviços de saúde e de educação de qualidade e a um meio ambiente protegido.

O monitoramento dessas iniquidades e o estudo sistemático e aprofundado de seus determinantes deverão permitir identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que buscam combatê-las. Para que essas políticas sejam mais efetivas é necessário, portanto, por um lado, aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais da saúde, suas hierarquias e mediações e, por outro lado, facilitar a incorporação desses conhecimentos na definição e implantação das políticas. São estes os mais importantes desafios que a CNDSS se propõe a enfrentar, com vistas a colaborar na construção de uma sociedade mais justa, igualitária e humana.

Serão suas principais linhas de atuação:

- ♦ Estimular a melhoria da qualidade e completude das informações sociodemográficas nos sistemas de informação oficiais da saúde, de forma a permitir o monitoramento das desigualdades sociais em saúde;
- ♦ Introduzir a temática dos determinantes sociais da saúde e das conseqüências das desigualdades na formação dos profissionais de saúde;
- ♦ Fomentar e mobilizar os profissionais e gestores de saúde em prol de políticas públicas focadas explicitamente na busca da equidade em saúde;
- ♦ Mobilizar a sociedade civil para a defesa do princípio da equidade na execução das políticas públicas pertinentes;
- ♦ Criar instrumentos que possibilitem a circulação, na sociedade, dos conhecimentos e direitos relativos aos determinantes sociais da saúde;
- ♦ Criar fóruns intersetoriais para o debate do tema e estabelecimento de compromissos pactuados de enfrentamento do problema, incluindo a discussão de modelos de políticas de curto, médio e longo prazo;
- ♦ Estimular a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais em saúde através de linhas específicas de financiamento à pesquisa e de apoio à formação de investigadores;
- ♦ Incluir metas para redução das desigualdades sociais em saúde, de maneira explícita, nas políticas sociais;
- ♦ Articular-se com outras iniciativas de políticas públicas de redução da pobreza e de riscos à saúde, a exemplo de Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Fome Zero, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e outros;
- ♦ Promover a defesa e a indução de ações para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde no Brasil nas três esferas de governo nos âmbitos Executivo e Legislativo;
- ♦ Garantir a inclusão e a execução, refletidas nos orçamentos públicos das três esferas de governo, de ações dirigidas à redução das iniquidades em saúde. ■



ENTREVISTA

Alberto Pellegrini Filho

“O desafio é a mudança de prioridade”

O médico paulista Alberto Pellegrini Filho, que assumiu a secretaria-executiva da CNDSS em 15 de março, é antigo militante da saúde coletiva e pesquisador de políticas públicas — área em que articulação é a palavra-chave, como diz nesta entrevista à *Radis*. Neurologista formado pela USP, foi professor da Unicamp, onde obteve o título de doutor em Ciências em 1976 e viveu o rico processo de transformação da escola com Sérgio Arouca, José Aristodemio Pinotti e outros sanitaristas que propunham novo modelo de formação médica, de contato com as condições de vida dos pacientes — os determinantes sociais da saúde (DSS).



O grupo mudou-se para o Rio pela pressão da ditadura e, convidado, instalou-se na Fiocruz, no Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses). Coube a Pellegrini o setor de educação em medicina da comunidade.

Pellegrini conta que, aprovado em concurso da Fiocruz, não assumiu impedido pela ditadura. Funcionário concursado da Opas, foi reintegrado — como os cassados do Massacre de Manguinhos (*Radis* 33) — à Fiocruz em 1986. Mas permaneceu na Opas até se aposentar em 2004. Aos 62 anos, aceitou o convite de regresso à Fiocruz, para a CNDSS, pelo caráter significativo da empreitada, que, acredita, requer mudança de prioridades. “Que considerem a importância da equidade, de modo que o desenvolvimento humano — e não só o financeiro — esteja no centro da política econômica”, diz.

Como a comissão pode ajudar no combate às iniquidades?

Saber que os pobres têm saúde pior todos já sabem. O nosso desafio é sair do “e daí?”, transformar o saber em ação. Ainda podemos quantificar melhor e compreender melhor as mediações. Há uma série de estudos que diagnosticaram pontos débeis. Então, serão três frentes: pesquisa, definição de políticas, conscientização e mobilização social. A novidade está justamente nessa articulação. Por exem-

plo, a secretaria técnica fará a mediação entre a academia e a área de políticas e gestão. Não queremos pesquisas acadêmicas no sentido tradicional, mas que, no decorrer das pesquisas, os pesquisadores já estejam em relação com gestores e a própria comissão. Não basta o estudo ter mérito científico — tem que ter robusto impacto social.

Como a comissão vai se articular com os demais setores de DSS?

Em parceria com o Grupo Interministerial de Determinantes Sociais de Saúde, convocado pela Casa Civil da Presidência e formado por representantes dos ministérios e das secretarias de saúde, com o Conass e o Conasems. A secretaria da CNDSS vai secretariar esse grupo, para definir métodos de avaliação das intervenções, identificando sobreposições, sucessos, fracassos. É fundamental a avaliação do impacto das ações.

A conjuntura atual, com as eleições, não é desfavorável?

Uma comissão como essa tem efeito catalisador — por exemplo, podemos promover debates para que o tema entre na agenda e no programa de governo dos candidatos. As mudanças não devem afetar substancialmente o trabalho, porque a Fiocruz assumiu a secretaria técnica, um grupo pequeno e não-burocrático. A instituição goza de certa autonomia, o que permite a continuidade do trabalho mesmo com mudanças. Haverá impacto também na própria Fiocruz. Queremos mobilizar sua capacidade interna: se colocarmos conteúdos claros de políticas voltadas para DSS na Escola de Governo da Ensp, por exemplo, que prepara gestores de saúde, especialmente pela estrutura do SUS, a informação adequada chegará a milhares de gestores.

E os desafios?

A mudança de prioridades, de políticas, que considerem a importância da equidade, de modo que o desenvolvimento humano — e não só o financeiro — esteja no centro da política econômica. As pesquisas mostram que, à medida que aumenta a riqueza num país, melhora a saúde do povo, mas só até certo nível de crescimento econômi-



C.R.

co. Depois, superados os problemas mais básicos, o que faz a diferença é o modo como a renda se distribui. A saúde é melhor nos países mais igualitários.

Como mudar as prioridades?

O aprofundamento democrático é que propiciará essa mudança. É preciso ampliar os espaços democráticos para as decisões de políticas públicas, nos quais elas possam ser debatidas também publicamente, com a participação efetiva dos cidadãos. Nesse ponto, é fundamental que haja equidade também na comunicação: a iniquidade de informação gera outras iniquidades, na medida em que a falta de informação facilita que os setores menos favorecidos da sociedade sejam manipulados. A CNDSS pretende mobilizar a sociedade para mudar isso. Fala-se muito em políticas baseadas em evidências, mas o fato é que, se não tivermos um processo democrático de tomada de decisão, essas evidências não terão utilidade. Vamos usar o que sabemos que funciona e evitar o que não funciona — daí a importância de pesquisas e métodos de avaliação. Mas o outro pilar é a participação democrática na tomada de decisões, com acesso à informação e inclusão dos excluídos do processo. O próprio SUS, ao prever a participação da sociedade nos conselhos, cria condições para identificar e promover experiências de sucesso também em mobilização social. (C.R.L.)

INDICADORES BÁSICOS DE SAÚDE

Uma década de trabalho solidário

Marinilda Carvalho

Está completando 10 anos neste 2006 o mais exigente e qualificado sistema de indicadores de saúde do país, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Os adjetivos se justificam. Atrás da sigla harmoniosa trabalham solidariamente respeitadas instituições brasileiras de governo, de ensino e pesquisa, científicas e de categoria envolvidas em produção e análise de dados, num esforço inédito na América Latina – tudo para apoiar o pesquisador em seus estudos e o gestor nas diversas instâncias de planejamento de políticas.

São 21 instituições, e seus representantes, titulares ou suplentes, dividem-se em grupos de trabalho, o que permite que os 100 indicadores levantados sejam agrupados por assunto. “A convivência dos técnicos possibilitou que os sistemas fossem aprimorados ao máximo a partir das discussões”, conta a sanitarista Claudia Rizzo de Araújo Lima, representante titular do Datasus na Ripsa. Os técnicos analisam e discutem os dados disponíveis e as decisões são tomadas por consenso. Assim, os resultados são legitimados por todos. Muito gestor já se surpreendeu ao não ver nas planilhas os números de seu município: os técnicos buscam a maior exatidão possível, e se houver falha a coluna fica em branco mesmo. A Ripsa acaba por estimular o gestor a cuidar bem de seus dados.

Periodicamente os representantes se reúnem na Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), instância de coordenação técnica da Ripsa, participante do Conselho Nacional de Saúde. A base comum de dados da rede se hospeda no Departamento de Informática do SUS, o Datasus, que oferece pela internet (www.datasus.gov.br) o resultado do trabalho da Ripsa e provê as ferramentas necessárias para inclusão e consulta dos dados.



Os Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), criados em 2001, são permanentes e aperfeiçoam continuamente os dados nas seis categorias de indicadores da Ripsa: demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. A coordenação de cada um é confiada à instituição que mais se identifica com a temática específica. Os Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI) são criados por tempo determinado, segundo as necessidades operacionais da rede, integrados por representantes das entidades também identificadas com o assunto e por especialistas convidados.

Atualizados anualmente, os indicadores podem ser consultados na íntegra no site do Datasus. Uma das publicações mais procuradas da rede é o *IDB (Indicadores e Dados Básicos em Saúde)*, folheto com a versão resumida, também disponível no site da Ripsa (www.saude.gov.br/ripsa). Mas a “bíblia” dos usuários de dados sobre saúde é o chamado “Livro Verde”:

Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – Conceitos e Aplicações. Lá está a metodologia da rede. Os conceitos adotados, a matriz de indicadores selecionados, as fontes de informação e uma ficha técnica para cada indicador, além de critérios de

conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de dados, método de cálculo e categorias de análise, sem falar nos dados estatísticos e comentários ilustrativos – tudo igualmente reproduzido no site.

Uma das fundadoras da Ripsa, Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes, mestre e doutora em Saúde Pública e professora de Informação e Informática em Saúde (Ensp/Fiocruz), lembra que os profissionais de saúde já tinham identificado o quão fragmentárias eram as informações em saúde, porque reproduzem a própria lógica da área, com muitos campos, muitas doenças. Isso gerava uma eterna briga de hierarquia entre os segmentos. Alguns profissionais procuraram então um terreno neutro, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) que,



vendo na idéia uma extensão do que já vinha estimulando no continente, encampou a sugestão e reuniu a todos em torno de uma mesa.

Duas crenças embasaram a criação da Ripsa: em cooperação e solidariedade, “pois o consenso é muito mais frutífero”; e num colegiado de participação ampliada, porque a questão da informação em saúde é complexa. Essa complexidade pode também explicar por que as informações em saúde ainda não são determinantes na tomada de decisões por parte dos gestores. Para Ilara, a raiz do problema é histórica, fincada nesse desenho fragmentário de organização das sociedades ocidentais, expressão de suas políticas, no caso da saúde implementadas a partir dos agravos – isto é, das doenças, da hanseníase à Aids. Uma questão de cultura. Se é complicado fazer com que produtores, gestores e usuários intensivos de informação sobre saúde estudem e analisem dados, a Ripsa mostra que é possível.


Mas Ilara aponta outro fator: é sempre adequada à necessidade do gestor a forma como estão organizadas as informações? A pesquisadora recorre ao conceito de “tempo eficaz” – que supõe avaliação rápida para intervenção oportuna –, nem sempre atendido. “Se queremos entender o porquê do baixo uso dos dados temos que avaliar a demanda do gestor”, diz. Um prefeito, um secretário, mesmo seus técnicos podem não encontrar as informações necessárias na hora de se decidirem por uma política. Daí a importância, na opinião de Ilara, do profissional gestor da informação, personagem essencial numa eventual implementação da Política Nacional de Informação em Saúde, engavetada há anos.

Ilara entende – e até acha de certa forma benéfica – a demora na adoção desta política. “É preciso amadurecer, aprofundar mais, trabalhar muito para o próprio SUS melhorar a gestão da informação em saúde, um campo de disputas até ideológicas, de relações de poder”, avalia. Ilara trata do assunto em seu livro *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação* (Editora Casa da Qualidade, 2004). “É bem mais do que discutir sistemas de informação, como reduzem alguns”.

Pelo escopo amplo demais, esta macrofunção é estratégica na gestão do SUS. Software livre ou proprietário? O governo federal optou pelo software livre, e viu-se a grita imediata. Fragmentar ou não os sistemas? Para o merca-

do, quanto mais pedaços melhor. “É fácil reduzir as grandes questões das políticas públicas ao debate tecnocrático”, afirma Ilara. Mas a informação é a maneira pela qual a sociedade quer se ver, e definir as variáveis de um sistema é a mais política das ações: “O que quero destacar? Sexo e idade, que é importante, sem dúvida, ou as variáveis socioeconômicas, que repletam opções?”

Preocupada com essas questões, a Ripsa tem o cuidado de oferecer o mais variado leque de indicadores. Ao longo da década, a rede teve momentos de menor e maior visibilidade – re-

centemente, um bom impulso veio com o ministro Saraiva Felipe, que se desincompatibilizou em abril. Em março, na festa dos 10 anos, seu então secretário-executivo (depois ministro interino), José Agenor Álvares da Silva, pediu apoio incondicional ao trabalho dos técnicos a todos os setores da pasta. Em 24/3 assinou portaria reestruturando a rede, cuja secretaria técnica teve reforçado seu papel de apoio aos colegiados. Os técnicos estão animados para os próximos 10 anos. Para já, preparam uma nova edição revista e atualizada do *Livro Verde* e um CD com todas as publicações. 

Instituições participantes



- ◆ Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Datusus e Subsecretaria de Orçamento e Planejamento)
- ◆ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde
- ◆ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde
- ◆ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)/Ministério da Saúde
- ◆ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Ministério da Saúde
- ◆ Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)/Ministério da Saúde
- ◆ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Ministério da Saúde
- ◆ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- ◆ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- ◆ Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
- ◆ Faculdade de Saúde Pública (USP)
- ◆ Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/Faculdade de Saúde Pública (USP)
- ◆ Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) do Estado de São Paulo
- ◆ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)
- ◆ Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep)
- ◆ Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj)
- ◆ Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA)
- ◆ Departamento de Estatística/Instituto de Ciências Exatas/Universidade de Brasília (UnB)
- ◆ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
- ◆ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

ENTREVISTA

Antônio Barbosa

“Todos os remédios têm preços superfaturados”

Júlia Gaspar*

Os remédios estão mais caros desde fins de março. O farmacêutico Antônio Barbosa, presidente do Conselho Regional de Farmácia (CRF) do Distrito Federal e coordenador do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (Idum), fala nesta entrevista da ilegalidade do novo aumento, mostra que na verdade há motivo para a redução dos preços, e não para reajuste, e denuncia: “Não existe, hoje, nenhum medicamento no Brasil que tenha margem de lucro inferior a 500%”, afirma. “Todos os medicamentos têm preços superfaturados”.

O novo reajuste autorizado pelo governo, de até 5,51%, atinge 20 mil remédios. O Idum registrou representação no Ministério Público Federal.

Qual o argumento para o reajuste?

A fórmula usada pela Câmara de Medicamentos para justificar os aumentos não é legal. Não existe planilha. O governo já deu, no ano passado, incentivos fiscais aos laboratórios, e com isso foi anunciada uma redução nos preços em torno de 10%. Eles se beneficiaram e não baixaram os preços. Em 2003, o dólar estava em R\$ 3,80, esse foi um dos argumentos dos laboratórios para quebrarem a norma que congelava o preço e conseguir aumento substancial. Hoje, o dólar está em R\$ 2,15 e esse argumento não vale mais.

Qual a margem de lucro dos laboratórios?

Não existe, hoje, nenhum medicamento no Brasil que, por mais barato que seja, tenha margem de lucro inferior a 500%. O que referencia o preço no mercado são as patentes. Perdem a patente e mantêm o preço: Interferon Peguilado, por exemplo, para tratamento da hepatite C, tem custo de produção de R\$ 4, já com impostos, mas é vendido a quase R\$ 1 mil a ampola. O argumento do laboratório é que investiu em pesquisa e precisa tirar os custos. Só

que no terceiro ano, em média, o laboratório já tira esse custo. Não há motivo para o reajuste, pelo contrário, há motivo para redução. De 1995 a 2005, o aumento acumulado foi de 954%, enquanto o da inflação foi de 170% e o do salário mínimo, 250%. Exemplos: em novembro de 1995 o Naprix (Libbs) custava R\$ 5,22, e em dezembro de 2005, R\$ 55,06, variação de 954,79%; AAS (Sanofi-Synthelabo), 582%; Beserol (Sanofi-Synthelabo), 783,17%; Aspirina (Bayer), 374,77%; Gardenal (Aventis), 359,76%.

Os preços estão liberados...

Há mais de dois anos os medicamentos de venda livre, que representam mais de 25% do mercado, estão com os preços liberados, que subiram três vezes acima da inflação do período. O mesmo com os fitoterápicos. Permitir reajuste nesse momento é ato irresponsável e desumano. Hoje, 65% dos pacientes do SUS não têm acesso a medicamentos; 30% das internações ocorrem porque os pacientes retornam ao hospital em estado mais grave: não tiveram acesso aos remédios indicados.

O que o consumidor pode fazer?

É preciso que todas as farmácias tenham listas comparativas, é uma recomendação da OMS. Todos os produtos com nome-fantasia que tenham a mesma fórmula farmacêutica precisam ter o preço exposto, para comparação. E essas listas também devem ser expostas em hospitais, centros de saúde, consultórios. Hoje, 90% dos medicamentos não têm patentes. Para cada remédio produzido há, em média, sete iguais. Mas não há como identificar. Para se defender o paciente pode pedir três marcas diferentes ou o genérico.

E quanto aos genéricos?

É preciso ficar atento. Genéricos iguais são produzidos também por laboratórios diferentes com preços diferentes, alguns com o dobro do preço – a diferença média atinge 30%. Os genéricos estão supercaros. Os laboratórios dão descontos perenes às farmácias há mais de dois anos, em média de 40%,



C.P.

para todos os genéricos, não-repassados ao consumidor. É preciso uma movimentação da Justiça, da defesa do consumidor para que a lei seja cumprida.

Mas o SUS tem a farmácia básica...

Não há um acompanhamento desse programa. Eles atrasam o fornecimento dos remédios e prejudicam o tratamento. De 60% a 65% das pessoas não têm acesso.

E a Farmácia Popular?

Não deixa de ser uma medida positiva, mas não resolve, ainda representa apenas 0,01% do consumo de medicamentos. E medidas como o fracionamento se tornam inócuas, pois são claramente boicotadas pelos laboratórios.

Qual seria a solução?

É preciso uma política de medicamentos melhor, como o modelo da extinta Central de Medicamentos, que já tinha um programa de farmácia popular. Ela recebia das secretarias todo o planejamento do consumo dos medicamentos e fazia uma grande licitação. Os medicamentos eram redistribuídos gratuitamente aos estados em embalagens da própria Ceme, com monitoramento de qualidade, do qual participavam universidades e instituições oficiais. ■

* Estágio supervisionado

“Sejam realistas, peçam o impossível”

FOTO: ARISTIDES DUTRA

Bruno Camarinha Dominguez

Como de praxe, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em Manguinhos, no Rio de Janeiro, abriu oficialmente o ano letivo de 2006 com uma série de palestras sobre saúde pública. Entre os dias 9 e 13 de março, estudantes, professores e pesquisadores lotaram os auditórios da escola para acompanhar debates sobre inovação em saúde, saúde ambiental e desafios do Sistema Único de Saúde. A palestra de abertura coube ao biólogo Carlos Morel, coordenador científico do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz).

O presidente da Fiocruz, Paulo Buss, que compôs a mesa de abertura do ano letivo no dia 9, destacou que “a saúde pública do Brasil é considerada talvez a mais bem-sucedida da América Latina em termos de implantação de uma prática”, referindo-se ao SUS. E afirmou que a fundação sente orgulho por ter conseguido trazer de volta — após um “brilhante exílio na OMS”, brincou — o professor Carlos Médicis Morel, “para fazer do CDTS o projeto estratégico de desenvolvimento de inovação da Fiocruz, principalmente no campo da biotecnologia”. Morel, presidente eleito da Fundação Oswaldo Cruz entre 1992 e 1997, estava na França desde 1999 dirigindo o Programa Especial de Treinamento e Pesquisa em

Doenças Tropicais (TDR) da Organização Mundial da Saúde. Voltou no ano passado para assumir o CDTS.

O auditório principal da Ensp, com capacidade para 238 pessoas sentadas, foi insuficiente para abrigar o grande número de interessados na apresentação de Morel, aplaudido de pé ao fim da palestra, na qual reforçou a necessidade de investimentos em pesquisas, criticou a falta de aplicação prática do conhecimento e propôs a criação de um sistema internacional que reúna os inovadores em saúde. Em entrevista posterior ao *Ensp Notícias*, Morel frisou que o Ministério da Saúde gasta quase 4 bilhões de dólares importando medicamentos de multinacionais porque não é capaz de produzi-los aqui. “Isso tem reflexo na crise da saúde: em geral, os governos tratam a agricultura como investimento e a saúde como despesa”.

Para introduzir o tema da conferência — “Um sistema global de inovação em saúde: hipótese remota, sonho impossível ou meta realista?” —, Carlos Morel salientou que é preciso diferenciar as palavras “inovar” e “inventar”. Segundo ele, as duas não são sinônimas, mas consequentemente uma da outra. “Inovação pressupõe que a descoberta seja posta em prática na sociedade, que o saber se transforme em fazer”, disse.

PROPULSOR DA ECONOMIA

Para definir inovação, Morel recorreu à enciclopédia online Wikipédia (pt.wikipedia.org/wiki): implementação

de uma nova — ou significativamente melhor — idéia, bem, serviço ou processo com intenção de uso. Pode ser um novo produto (vacina, por exemplo); processo (outra maneira de sintetizar um medicamento); política de saúde (como o dia nacional de vacinação); e estratégia (a convenção de luta contra o tabaco da OMS é um modelo). Atualmente, a inovação é considerada o maior propulsor da economia, como foram, no passado, petróleo, ferrovia, recursos naturais.

Por sistema de inovação, ensinou Morel, entende-se o fluxo de tecnologia e informação entre pessoas, empresas, instituições de pesquisa, universidades. “Não existe inovação feita a partir de uma única cabeça: nesse caso, é apenas uma descoberta”. Segundo Morel, inovação requer todo um sistema por trás, englobando a interação entre os atores necessários para transformar uma idéia em produto, processo ou serviço disponível no mercado.

A dicotomia entre pesquisa básica e pesquisa aplicada, que ainda atormenta tantos países, inclusive o Brasil, teve origem na Grécia Antiga. Predominava a busca do conhecimento pelo conhecimento, com a separação entre os que se dedicavam à filosofia e os que lidavam com aspectos práticos. A mesma mentalidade imperava na Inglaterra e na Alemanha do século 19. No Pós-Guerra, o abismo foi reforçado: passou-se a acreditar que a pesquisa básica por si só resultaria em progresso. Cientistas defendiam “a superioridade da ciência



pura” e se orgulhavam da não-aplicação de suas descobertas. Para completar, institucionalizou-se a separação entre os setores público, responsável pela pesquisa, e privado, ao qual caberia o desenvolvimento e a produção.

Mas países sem tradição em pesquisa básica começaram a ter sucesso, como a União Soviética no lançamento do *Sputnik*, em 1957, e o Japão, com sua indústria automobilística e fotográfica. O fim da Guerra Fria e especialmente a queda do Muro de Berlim, em 1989, aceleraram a mudança: na nova realidade econômica e militar, a economia mundial começou a se integrar, dando início a uma competição feroz por mais tecnologia e inovação. “Mas é preciso lembrar que, ainda hoje, a cultura da separação entre pesquisa básica e pesquisa aplicada está enraizada no Brasil”, disse. E lembrou, sob os risos da platéia, que um importante pesquisador da Fiocruz sempre reclamava: “Isso aqui está se transformando em fábrica de vacina!”. Muitas pessoas cuidam apenas de fazer descobertas, disse o palestrante, mas não se preocupam diretamente com a aplicação do conhecimento.

Morel citou Louis Pasteur (1822-1895) como exemplo de pesquisador preocupado com a aplicação prática do conhecimento, situado num “plano conceitual bidimensional” – na definição de Donald E. Stokes em *Pasteur’s quadrant – Basic Science and Technological Innovation* (1997). Ao analisar “o quadrante de Pasteur”, Stokes decreta o fracasso do modelo linear que separa a pesquisa básica da aplicada. A pesquisa básica é necessária?, pergunta o autor. Sim, mas não é suficiente. Morel citou também, porque nada é estático, *Science in the Private Interest – Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?*, ou “Ciência a serviço do interesse privado – A tentação do lucro corrompeu a pesquisa biomédica?”, de Sheldon Krinsky (2003), e *The Billion Dollar Molecule: One Company’s Quest for the Perfect Drug*, ou “A molécula de 1 bilhão de dólares – A busca de uma empresa pela droga perfeita”, de Barry Werth (1995), que tratam do outro lado da moeda: a ciência a serviço do capital.

Nesse complicado contexto, estaríamos ultrapassando a quarta fase histórica da inovação em saúde, a das [tão criticadas] Parcerias para Desen-



FOTO: CASSIANO PINHEIRO

Morel defendeu um sistema de inovação que incorpore países em desenvolvimento

volvimento de Produtos (PDPs), após a Era do Setor Público, a do Setor Privado e a do Renascimento do Setor Público. Morel perguntou: “Em que era entraremos?” E disse acreditar que três falhas impedem o avanço do processo de inovação em saúde.

A primeira é *de ciência*, provocada pela insuficiência de conhecimento – para produzir vacinas, digamos, contra a gripe aviária. Questão que se resolve com pesquisa básica para a criação de novos produtos. A segunda, *de mercado*, tem origem nos custos de fabricação ou compra de medicamentos, como os anti-retrovirais. Nesse caso, o jeito é mudar estratégias de financiamento e políticas orçamentárias. A terceira falha, *de saúde pública*, está ligada a fatores políticos (como também culturais ou religiosos), que vão da incompetência ao descaso dos governos, passando pela corrupção. Morel citou a Índia como exemplo: há focos de pólio porque a vacinação não é prioridade. O que pode ser resolvido com a interferência da sociedade civil, disse, forçando câmbios nas ações do governo.

ABISMO ESCANDALOSO

Morel lembrou o escandaloso “gap 90/10” do setor de pesquisa e desenvolvimento (P&D), desequilíbrio exposto em relatório de 1990 da OMS: 90% dos investimentos são destinados a doenças que atingem apenas 10% da população mundial. Ou seja, somente 10% do dinheiro de P&D no mundo têm foco nos problemas de saúde de 90% da população mundial. Esse relatório levou à criação, em 1996, do Fórum Global para a Pesquisa em Saúde, que continua a documentar a imensa insu-


ficiência de recursos para P&D em doenças da pobreza. Morel classificou as prioridades da indústria farmacêutica:

- ♦ Em primeiro lugar, drogas contra as chamadas *doenças globais*, como sarampo, hepatite B, diábetes, doenças relacionadas ao tabagismo, que rendem altos lucros porque atingem grandes populações em países ricos e pobres;
- ♦ Depois, as *doenças negligenciadas*, que também afetam países ricos e pobres, porém mais presentes nos países em desenvolvimento – como HIV/Aids, tuberculose: contam com alguns incentivos de mercado para P&D, mas o nível de investimento não é proporcional à carga global da doença;
- ♦ Por fim, as *doenças mais negligenciadas* – como a doença do sono, a de Chagas, leishmanioses e esquistossomose –, que afetam países pobres: praticamente não são objeto de pesquisa.

UMA ESPERANÇA

Para Morel, há uma esperança: que os países em desenvolvimento não sigam a lógica do mercado e cuidem de suas doenças, buscando novos conhecimentos básicos, novas ou melhores intervenções, métodos e estratégias. Índia, China, Brasil e África do Sul já avançaram nessa área. “Manguinhos é um paradigma, com pesquisa alimentando prática e vice-versa”, disse. O que falta, para Morel, é uma rede orgânica que reúna os atores envolvidos em inovação.

Na edição de 13 de janeiro da revista *Science*, o reitor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, Barry Bloom, publicou artigo em que destacava o surgimento de muitas idéias inovadoras e criticava a inexistência de uma arquitetura que as reúna. A proposta de Morel, então, é a estruturação de um Sistema Global de Inovação em Saúde – que não represente apenas uma soma de sistemas nacionais de inovação, mas que incorpore países em desenvolvimento, de modo a combater desigualdades científicas, tecnológicas e sanitárias, atendendo às necessidades das populações mais marginalizadas.

Num desafio final ao conformismo generalizado, Morel respondeu à pergunta-mote de sua palestra – “Um sistema global de inovação em saúde: hipótese remota, sonho impossível ou meta realista?” – recorrendo ao slogan do movimento de maio de 1968: “Sejam realistas, peçam o impossível”. 

SERVIÇO

EVENTOS

10º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

OCBIS-2006, sob o tema central "Informática em saúde e cidadania", debaterá assuntos cruciais para o gestor e o profissional da área, como sistemas de informação em saúde e em saúde pública, a internet na saúde, educação em informática em saúde, informática na enfermagem, bioinformática, bioengenharia e biomatemática, prontuário eletrônico, redes e integração da informação de saúde, segurança e privacidade, software livre em saúde, entre outros. Data-limite para envio de trabalhos: 30/6/2006.

Data 16 a 20 de outubro de 2006

Local Costão do Santinho Resort, Florianópolis, SC

CURSOS

INFORMAÇÃO EM SAÚDE NÍVEL MÉDIO

Curso de Especialização em Informação e Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) visa qualificar profissionais de nível médio das áreas de informação, comunicação e informática para atuarem criticamente na área de informação e saúde. As aulas abrangem os seguintes módulos: Informação, Comunicação, Conhecimento, Ética, Saúde e Cidadania; A Comunicação como espaço e prática institucional; Gestão de Documentos e Arquivos; A Biblioteca como espaço de disseminação da informação; Arquivo de Prontuários e Sistema de Informações; Informática. Podem participar profissionais de saúde de nível médio cujas atividades estejam vinculadas aos temas do programa. Com carga horária de 180 horas, o curso, no segundo semestre de 2006, oferece 25 vagas. Inscrições abertas a partir de 1º de junho de 2006, por fax ou pessoalmente na Secretaria Escolar da EPSJV.

Mais informações

Endereço Avenida Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP 21040-900

Tel. (21) 3865-9865/3865-9801

Fax (21) 2560-7860

E-mail sescolar@fiocruz.br

NÍVEL SUPERIOR

Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict/Fiocruz), é destinado a profissionais graduados que atuem em áreas ligadas à informação científica e tecnológica, informática e atividades correlatas. Entre os objetivos – além da formação de "militantes da informação em saúde", conforme os organizadores –, o de contribuir para o aprimoramento do desempenho das instituições integrantes do SUS, especialmente as voltadas para ciência, tecnologia e inovação em saúde. Com 411 horas-aula, o curso, de março a dezembro de 2007, oferecerá 20 vagas (a procura é intensa). Inscrições: outubro de 2006 pelo site do Cict (www.cict.fiocruz.br).

Mais informações

Tel. (21) 3865-3208

Fax (21) 2270-2668

E-mail seca@cict.fiocruz.br

PESQUISA

COMO VIVE SÃO PAULO

Saber como é o estilo de vida, a situação de saúde e o uso dos serviços de saúde da população de São Paulo é o objetivo do *Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo*, pesquisa das universidades públicas paulistas (USP, Funesp e Unicamp) financiada pela Fapesp e a Secretaria de Estado da Saúde. Os resultados estão no livro *Saúde e condição de vida em São Paulo*, lançado em abril (o livro não será vendido). São cinco autores, doutores em Saúde Pública ou em Medicina Preventiva: o epidemiologista Chester Luiz Galvão Cesar, novo diretor da Faculdade de

Saúde Pública da USP, Luana Carandina (Unesp), Maria Cecília Goi Porto Alvez (Instituto de Saúde), Marilisa Berti de Azevedo Barros (Unicamp) e Moises Goldbaum (USP/Abrasco/SCTIE/MS).

Na Região Metropolitana foram estudados os distritos de saúde do Butantã e uma área formada pelos municípios de Taboão da Serra, Embú e Itapeperica da Serra. No interior foram estudados os municípios de Campinas e de Botucatu. O grupo mantém um site que periodicamente divulga novas análises do banco de dados produzido pela pesquisa e, eventualmente, bancos criados a partir de novas pesquisas. O trabalho foi financiado pelo Programa de Pesquisa em Políticas Públicas, tendo como instituição parceira a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que participou também com recursos financeiros.

Mais informações

Tel. (11) 3066-7108

Fax (11) 3081-2108

Site www.fsp.usp.br/isa-sp

INTERNET

PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES

Portal .periodicos., da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), ligada ao MEC, oferece acesso aos textos completos de artigos de mais de 9.640 revistas internacionais, nacionais e estrangeiras, e a mais de 90 bases de dados com resumos de documentos em todas as áreas do conhecimento, além de seleção de fontes de informação acadêmica com acesso gratuito na internet. Professores, pesquisadores, alunos e funcionários de 163 instituições de ensino superior e de pesquisa em todo o país têm acesso imediato a essa produção. O uso do portal é livre e gratuito para os usuários das instituições participantes, a partir de qualquer terminal ligado à internet localizado nas instituições ou por elas autorizado.

O portal foi vítima de uma avalanche de boatos nos últimos anos dando conta de sua extinção, apesar dos muitos desmentidos da Capes e do MEC. Felizmente, continua em pleno funcionamento.

Site

<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>



PÓS-TUDO

Em casa de ferreiro..

No Ano do Trabalhador da Saúde, uma homenagem aos técnicos dos conselhos e das três esferas de governo que se empenham, de Norte a Sul do Brasil, no encaminhamento desta tão querida quanto exigente agenda da saúde. O artigo foi originalmente publicado na revista Conasems, edição de março/abril de 2006.

Beatriz Figueiredo Bodashi

O movimento da Reforma Sanitária lutou por uma saúde mais justa, direito de cidadania. Conseguiu colocar na Lei Maior dos brasileiros um sistema baseado em princípios sólidos, na pretensão de conjugar universalidade e equidade.

Passados quase 18 anos, ainda se fala em agenda aberta da Reforma, pois há muito a concretizar, como o financiamento equânime, suficiente e efetivo, solidário entre as três instâncias do SUS; como a governabilidade local e o respeito ao comando único em cada esfera de governo; como a superação das desigualdades regionais e das dificuldades de gestão do trabalho e educação na saúde.

Além disso, ainda não se conseguiu a integralidade da atenção, mediante a garantia de acesso em todos os níveis, a intersectorialidade, a adoção de linhas de cuidado e, principalmente, da promoção da saúde e da responsabilização pessoal na busca da qualidade de vida.

Nesse sentido, muitos se esforçam e colocam tal discurso em todas as frentes de trabalho e iniciativas, sejam elas nacionais, regionais, estaduais ou municipais.

Diversas estratégias são lançadas, investimentos indutores, divulgação de experiências exitosas, sensibilização de equipes, entre tantos e tantos mecanismos adotados por todos os que acreditam nesse caminho.

* Coordenadora técnica do Conasems



A.D.

No entanto, se alguém se aproximar de um dos grupos que vêm, bravamente, travando a boa luta verá que "em casa de ferreiro o espeto é de pau".

Em Brasília, capital federal, bela cidade, às vezes muito seca, outras alagada, mas sempre alerta e agitada, militam os técnicos do Ministério da Saúde e aqueles que representam estados e municípios, através do Conass e do Conasems, respectivamente.

São algumas dezenas de pessoas que, muitas vezes, usam mais as asas de um avião que os próprios pés; que já não conseguem andar sem arrastar uma mala; que se relacionam com os amigos e familiares pelo celular; que em algumas manhãs acordam tentando saber onde estão.

Mesmo os que não precisam viajar tanto trabalham horas demais, não realizam nenhuma atividade física, comem mal e vivem estressados.

Férias? Nem pensar! Apenas alguns dias colados nos feriados que acabam por explicitar ainda mais o cansaço.


Reuniões enormes e aos montes. Depois delas, inúmeros encaminhamentos: documentos a elaborar, pessoas a contatar, eventos a organizar e muito mais.

Alguns abandonaram o cigarro; os que não conseguiram convivem diariamente com remorso e prazer nos "fumódromos" improvisados e cada vez mais escassos, pois, afinal, é preciso respeitar a busca por "ambientes livres de tabaco".

No *Cólera* ocorrem disputas diárias para saber quem come pior, menos e mais rápido. O preço é subsidiado e por isso menor; assim como a qualidade. As rígidas regras da Vigilância Sanitária, que afinal fazem parte desse universo, ficam do lado de fora daquele apertado espaço no andar térreo do Anexo.

Muitos estão acima do peso e, para as mulheres, um fator de risco adicional: os contraceptivos. Pois, graças a Deus, ainda sobra um tempinho, já que ninguém é de ferro!

Enfim, é chegada a hora de olhar para essas pessoas e cuidar delas. Apesar de tudo isso, elas adoram o que fazem e o seu trabalho tem feito diferença para que a agenda da Reforma, embora aberta, seja absolutamente vitoriosa!

7 de fevereiro de 2006, vôo A320 da TAM, trecho Brasília/Manaus, a caminho do Congresso da Região Norte. 

CSP

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Cadernos de Saúde Pública é uma publicação mensal editada pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, que se destina a veiculação de artigos técnico-científicos que contribuam ao estudo da Saúde Pública em geral e áreas afins, como epidemiologia, controle de endemias e de vetores, avaliação nutricional, saúde ambiental, planejamento, saúde do trabalhador e ciências sociais em saúde.



ACOMPANHE O QUE HÁ DE MAIS RECENTE NA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA AGORA É MENSAL!

www.ensp.fiocruz.br/csp | cadernos@ensp.fiocruz.br