

NESTA EDIÇÃO

**Rio de Janeiro**

Choque de gestão  
na saúde estadual

**Carta do SUS**

No 1º aniversário,  
ainda desconhecida

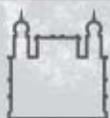
**Bebida alcoólica**

Propaganda abusiva  
tem os dias contados

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 54 ♦ Fevereiro de 2007

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

[www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Impresso  
Especial

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

...CORREIOS...



# Vigilância Sanitária

**3º Simbravisa revela  
a maturidade de uma  
categoria que se empenha  
na proteção da saúde em  
plena sociedade de risco**



# De Brasília, o primeiro apoio financeiro

Entre 1979 e 1984, o secretário-geral do Ministério da Saúde (gestão Waldyr Arcoverde) era o dentista e administrador Mozart de Abreu e Lima, um dos criadores do plano diretor da antiga Central de Medicamentos, da logística do Dia Nacional de Vacinação no Brasil, modelo mundialmente consagrado, e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz). Pois em 1982 este homem de ação percebeu a importância da informação em saúde.



FOTO: BEATRIZ DE ABREU E LIMA

Era o governo Figueiredo, ocaso da ditadura militar, início da abertura política. Mozart queria saber como a saúde estava sendo tratada pela imprensa e vista além dos muros do ministério, comprando então a idéia de criação de um projeto que reunisse, analisasse e difundisse informação em saúde. Surgiu o Programa RADIS, que completa 25 anos neste 2007, com recursos liberados pelo secretário-geral. Aos 68 anos, Mozart coordena hoje grupo de trabalho na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), no tema Demografia e Saúde.

## Quais eram os objetivos do Ministério da Saúde para o RADIS?

O RADIS foi criado num governo que saía da ditadura e entrava em plena abertura política. Precisávamos de algo para nos comunicar com a sociedade civil, precisávamos estar informados e saber como a saúde estava sendo vista fora dos muros do ministério. Essa foi a encomenda que fizemos a Sergio Goes, quando apresentou a idéia de criação do programa. Houve, portanto, uma demanda nossa, e o Sergio, que era um grande amigo, foi a cabeça, o ser pensante do RADIS.

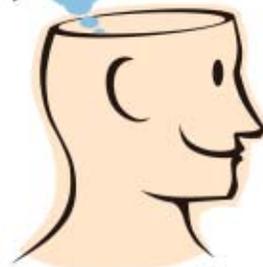
## Numa época em que a política de informação em saúde não tinha destaque, por que investir no programa?

Precisávamos saber como a saúde estava sendo tratada na imprensa, reavivar informações perdidas, retidas nas mãos de técnicos, e criar documentos com certo grau de posição política. O Ministério da Saúde, na nossa gestão, começava a abrir espaços para a compreensão da sociedade civil acerca da saúde, tornando a área menos árida. O RADIS poderia cumprir esse nosso objetivo.

## Houve oposição na época?

Por parte do presidente da República nunca houve pressão. Havia do coronel da "esquina". Isso porque o RADIS começou a mostrar mazelas escondidas. Logicamente eu sustentava todas essas informações.

25 ANOS DE  
PENSAMENTO  
SANITÁRIO



**RADIS**  
1982  
2007

## Havia alguma seleção ou análise das informações divulgadas pelo programa?

Além da equipe que Sergio montou, com pessoas que tinham uma visão mais ampla e uma linguagem menos técnica e mais jornalística, as informações do RADIS passavam pela minha análise e de alguns assessores escolhidos que eu chamava de "equipe interpenetrante". Essa equipe tinha como objetivo dar maior movimentação ao Ministério da Saúde, de tomar as decisões com rapidez, como também dar conta das notícias divulgadas pelo RADIS.

## O que fazia essa equipe?

Eu adotei uma idéia de pesquisadores de Harvard (EUA) que, na época, estudavam como o exército americano, forte e potente, conseguiu ser derrotado pelo exército do Vietnã. Eles concluíram que a derrota se deu pelas respostas rápidas que os vietnamitas tiveram todo o tempo da guerra. Isso bateu no ânimo dos americanos.

Dar respostas rápidas, esse foi o princípio que adotei para o Ministério da Saúde, para reformar o sistema público que tinha uma estrutura formal, paquidérmica. A equipe interpenetrante, como chamei, entrava em todas as estruturas do ministério, identificando e corrigindo tudo que estava frágil.

## O que esperar do RADIS daqui para a frente?

Uma maior articulação com a Ripsa. Acredito numa aproximação do RADIS com o processo estratégico de conduzir relatórios de situação. Ou seja, analisar temas emergentes, ver a sua repercussão nos últimos anos, para criar em conjunto um planejamento estratégico para a saúde e para a intersectorialidade. Exemplo: violência entre jovens de 16 a 24 anos, o que é preciso fazer? A violência traz um custo adicional para a saúde, mas não é um problema somente da área. Para resolvê-lo, precisamos de políticas intersetoriais. O RADIS pode participar do planejamento dessas ações. (K.M.)

## Dilemas e polêmicas

Nascido em plena ditadura militar, como relembra nosso entrevistado da página ao lado, o Programa RADIS sempre foi um espaço de debates dentro do Estado em favor da saúde pública, de discussões entre diferentes visões, e não uma publicação "chapa-branca". Atravessou diversos governos assim. Não censurou temas por mais que desagradassem a gestores de órgãos que eventualmente ajudassem a financiar as publicações, como o Inamps, quando se debatia a sua extinção, ou a secretaria estadual de Saúde do estado de São Paulo, quando se criticou a venda de vacinas contra a meningite.

Nas páginas desta edição, novas polêmicas. Promove-se melhor o direito à saúde com maior divulgação da esquecida *Carta dos direitos dos usuários da saúde* ou com o explícito cumprimento e a publicização de todos os direitos e deveres inscritos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde? Outra questão: proibir totalmente a propaganda de cerveja e bebidas alcoólicas, obrigar a propaganda a advertir sobre o risco de dependência física, psíquica e química, a par do elevado número de doenças e acidentes de trânsito, ou deixar tudo como está? E ainda: como evitar que crianças e adolescentes continuem expostos a todo tipo de violência no Brasil e no mundo?

Na matéria de capa, os muitos dilemas da vigilância sanitária. Como proteger a saúde na sociedade do risco e da desigualdade, unificar e fortalecer o Sistema Nacional de ViSa, priorizar e gerir melhor pessoas e recursos envolvidos com atividades de vigilância? Como regulamentar pesquisas com células-tronco? E mais polêmicas. O sistema de saúde controla a sociedade ou está aberto ao controle público? Quando interditar um estabelecimento irregular e quando obrigá-lo a enquadrar-se ou a uma desativação gradual? O que compete à ViSa, no compromisso de transformar inovações em bens públicos da humanidade? Afinal, Sistema de Vigilância Sanitária ou em Saúde?

Os principais debates da saúde pública serão travados na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, de 14 a 18 de novembro, com as etapas municipais a partir de março. Seja um delegado representando sua comunidade, categoria profissional ou instituição prestadora de serviço.

Confira na seção *Toques da Redação* a diversidade e a cor de imagens da maior exposição a céu aberto do mundo, que impactaram e sensibilizaram quem teve o privilégio de estar em Salvador em janeiro. Axé!

Rogério Lannes Rocha  
 Coordenador do Programa RADIS

### CARTUM



C.P. & A.D.

### Comunicação e Saúde

- ♦ De Brasília, o primeiro apoio financeiro 2

### Editorial

- ♦ Dilemas e polêmicas 3

### Cartum

3

### Cartas

4

### Súmula

5



### Toques da Redação

7

### Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

- ♦ Um ano depois, muito a cumprir 8

### 3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária

- ♦ A difícil proteção da saúde na sociedade de risco 10

### Marketing e legislação

- ♦ A saúde diz não à propaganda do álcool 14

### Radis adverte

15



### Violência contra a criança

- ♦ Um relatório que assusta e pede ação urgente 16

### Serviço

18



### Pós-Tudo

- ♦ Os índios Xikrin e a CVRD 19



## CARTAS

### RADIS Nº 50

Sou assinante da *Radis* há 3 anos e fico muito feliz por fazer parte dessa família. Venho parabenizar a revista pela sua 50ª edição e por tudo que faz pela saúde no nosso Brasil. Espero que eu possa compartilhar de cada comemoração dessa fantástica revista.

♦ Neimar de Ataíde Silva, estudante de Enfermagem, Belo Horizonte

Agradeço o melhor e mais gratificante presente de Natal antecipado que já recebi: o meu exemplar da *Radis* número 50. Obrigada, muito obrigada, de todo o coração. Estou muitíssimo feliz. Parabéns a toda a equipe responsável por essa fabulosa revista. Por favor, continuem a dividir conosco toda a gama de informações preciosas que nos ajudam muito no exercício profissional.

♦ Lucia Gonçalves Dias, assistente social, Ubá, MG

### RADIS AGRADECE

Quero parabenizar os editores da *Radis*. Os temas são expostos de modo conciso e simples. A rotina dos profissionais de saúde é muito agitada, impossibilitando-nos muitas vezes de acompanhar os movimentos de saúde do país, e na leitura da *Radis* nos atualizamos em todos os acontecimentos em pouco tempo, com uma leitura muito agradável.

♦ Aline Tenório, técnica de nível médio, Duque de Caxias, RJ

Seria possível enviarem todas as publicações de 2006? Recebi as duas últimas e, como faço parte do Conselho Municipal de Saúde de minha cidade, as matérias são interessantíssimas.

♦ Aroldo Kulcheski, Telêmaco Borba, PR

■ *As edições praticamente esgotam todos os meses, mas o que tivermos será enviado.*

Quereria tecer infinitos elogios a esta maravilhosa revista que tanto me ajuda e me engrandece como futura

enfermeira e agente transformadora da saúde pública brasileira!

♦ Mônica Cristina de C. M. Barros, Teresina

Sou fisioterapeuta e enfermeiro e gostaria de agradecer por ter recebido as edições 51 e 52 da *Radis*. Fiquei até emocionado, pois há muito tempo tinha o anseio de receber a revista, pela paixão com a saúde pública e por defender os princípios do SUS. Sei que é muita gente em todo o Brasil fascinado por saúde pública e esperando assinatura da *Radis*, mas nós do Nordeste somos muito carentes de informações. Não pensem que todos por aqui têm internet: os salários dos profissionais não-médicos são baixos.

♦ Diógenes Oliveira Batista, João Pessoa

É com imenso prazer que lhes envio este e-mail. Aqui em minha cidade, Buritama, a 560 quilômetros de São Paulo, vocês são bem lidos, a revista é muito importante para quem gosta de saúde, pois sem saúde não somos nada. Abraços e continuem enviando.

♦ Adalberto Luiz dos Santos, funcionário público municipal, Buritama, SP

Gosto muito da qualidade dessa revista, pois sempre nos traz temas importantes e nos faz refletir sobre qualidade de vida e saúde para os profissionais e usuários do SUS.

♦ Tânia Gomes de Carvalho, veterinária, Recife

Vocês estão de parabéns. Conheci a revista *Radis* na Universidade Estácio de Sá: nossos professores citam muito seus artigos, principalmente os de Sociologia e Saúde Pública. Parabéns pelo excelente trabalho.

♦ Lítian Torquato, estudante e técnica de enfermagem, Niterói, RJ

## 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 56.000 exemplares  
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

Ouvidoria Fiocruz  
Telefax (21) 3885-1762  
Site [www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

### PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco

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

### Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),  
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha Dominguez

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira,  
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas, Cícero Carneiro e Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Oswaldo 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](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

### Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

responsáveis 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.

### 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

## DENÚNCIAS AUMENTAM NO DISQUE 100

O serviço Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes, o Disque 100, registrou média de 40 denúncias por dia na primeira semana de janeiro, contra 37 em 2006, informa o site do serviço ([www.presidencia.gov.br/sedh](http://www.presidencia.gov.br/sedh)). Para a coordenadora de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, Cristina Albuquerque, o aumento se deve ao engajamento espontâneo da sociedade na divulgação do Disque 100. Segundo Cristina, o Disque 100 é hoje um telefone de "domínio público e não do governo".

## SURPRESAS NOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO RJ



Há 3.518 leitos nas 28 unidades da rede pública do Estado do Rio, com 16 hospitais, dois postos de atendimento, um laboratório, um centro psiquiátrico e um centro de tratamento de usuários de drogas; são 22.400 servidores, dos quais 9.600 terceirizados; a despesa anual das 28 unidades é R\$ 2 bilhões; a folha mensal de pagamento é de R\$ 40 milhões.

Estes são os números apresentados pelo novo secretário de Saúde do Estado do Rio, Sergio Côrtes, 23 dias após a posse. O que ele não conseguiu apresentar: a qualificação dos servidores terceirizados — não há currículo de nenhum deles na secretaria —, os contratos com os fornecedores, com a devida explicação para uma dívida acumulada de R\$ 400 milhões, e o destino dos R\$ 116 milhões que as 28 unidades receberam no ano passado a título de verba de emergência.

"Qual a qualificação desses profissionais? "Eu não sei se têm diploma de

médico, se têm diploma de enfermeiro", disse. "Não sei quem são essas pessoas, quem está atendendo nossa população?". Para a reconstrução emergencial, Côrtes criou um sistema de pontos que valoriza experiência e qualificação e prioriza os já aprovados em concurso. Com isso, pretende eliminar as indicações políticas.

Mais de 90% de serviços como limpeza, lavanderia, alimentação e vigilância vinham sendo feitos sem contratos. "Nos hospitais federais, que são de muito maior complexidade, o diretor tem R\$ 8 mil por mês para usar no conserto de um teto, na compra de um medicamento", contou. "Enquanto isso, os hospitais estaduais recebiam até R\$ 800 mil para gastar como quisessem". Ele já suspendeu as verbas descentralizadas.

"Troquei uma embaixada em Washington pela prefeitura de Bagdá", brincou o secretário em entrevista ao *Estado de S. Paulo* no dia 23/1. Ele foi diretor por quatro anos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), que saneou apesar das dificuldades. Agora, pretende repetir no estado em seis meses o que fez na unidade federal: acabar com ingerências políticas, desmontar as máfias e corrigir vícios de gestão. Já ameaçado de morte, tem proteção da polícia 24 horas.

O secretário disse que estatística é coisa rara na secretaria. Não há dados como taxa de mortalidade, de infecção hospitalar ou do tempo médio de internação por unidade. Ele não pediu mais recursos para a pasta: com o orçamento atual, de R\$ 162 milhões mensais, quer mostrar resultados no segundo semestre.

O governo fará contrato emergencial para obras de infra-estrutura nos 28 hospitais. Nas primeiras semanas após a posse, o governador Sergio Cabral (PMDB) e Côrtes visitaram várias unidades. No Hospital Albert Schweitzer, em Realengo, a situação era de caos: superlotação, pacientes nos corredores e problemas com elevadores. Na radiologia, aparelhos quebrados e um tomógrafo encaixotado há quase um ano, 80 leitos vazios em enfermarias desativadas e quatro andares inteiros com obras paralisadas há seis meses.

Em 10/1, no Hospital Getúlio Vargas, na Penha, o secretário encontrou emergências lotadas. O diretor interino, Carlos Carvalho — no posto desde 5/1, após a exoneração-relâmpago de Sebastião Neves pelo próprio governador — mostrou uma ala inteira

do hospital com 60 leitos, descoberta ao mandar quebrar cadeados que travavam tapumes. Num corredor repleto de camas quebradas, 18 respiradores portáteis ainda encaixotados. Mas 150 funcionários de licença se reapresentaram, reforçando a emergência.

A criação de uma central de regulação dos leitos é prioridade do secretário, para redução da procura de atendimento ambulatorial nas unidades de emergência. Quando geriu a crise da saúde no Rio em 2005 (*Radis* 33), Côrtes percebeu que uma das principais lacunas era a atenção básica.

Côrtes anunciou a transferência ao SUS do hospital do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado (Iaserj), que hoje atende apenas servidores, o que permitirá novos investimentos. Lá, o único CTI está fechado há dois anos, dois dos três elevadores não funcionam, doentes vão embora sem atendimento, pacientes não conseguem cirurgia, as prateleiras da farmácia estão vazias e nas 11 salas de raio-X há aparelhos quebrados.

## PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA É PREMIADO

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil, lançado em março de 2004 pelo governo, recebeu da ONU em dezembro de 2006, em Nova York, o prêmio "Destaque Internacional na Mobilização e Diálogo Social para Promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio". A iniciativa foi elogiada pelas Nações Unidas em dois momentos anteriores: na Terceira Mesa-Redonda Internacional, em janeiro de 2006, no Distrito Federal, e na 1ª Conferência da ONU sobre Metas do Milênio, em dezembro de 2004, no Paquistão.

O pacto está pautado nas ações das Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Jovem, da Política Nacional de Humanização, da Secretaria de Atenção à Saúde, da Coordenação Nacional de DST/Aids e da Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Articula-se ainda com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Secretaria Especial de Políticas para

as Mulheres, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da sociedade civil, além do apoio do Congresso Nacional por meio da Comissão da Família e Seguridade Social da Câmara dos Deputados.

Entre as estratégias desenvolvidas em dois anos para a efetivação do pacto, destacam-se a adesão de 26 estados a seminários estaduais com participação de gestores, profissionais de saúde e representações da sociedade civil, a realização de 211 eventos sobre o tema e de 18 seminários municipais, regionais e conferências para elaboração de planos de redução da mortalidade materna e neonatal.

---

#### MORTALIDADE INFANTIL AINDA ALTA

O Estado de S. Paulo publicou em dezembro matéria sobre o relatório anual "Situação Mundial da Infância", do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O Brasil ficou em 86º lugar numa lista de 190 nações segundo a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Para cada grupo de 1.000 crianças brasileiras nascidas vivas, 33 morrem antes de completar 5 anos. No ranking anterior, o índice era de 34 para cada grupo de 1.000. Pelos critérios do Unicef, o país de melhor desempenho, San Marino, figura na 190ª posição. No ano passado, o Brasil era o 88º colocado. Em 2003, era o 93º. Na América Latina, entre 21 países, o Brasil é o 15º, atrás de El Salvador e República Dominicana, longe de Argentina, Uruguai e Chile.

A queda é explicada pelo avanço de dois pequenos países. Belize, na América Central, deu um salto: aparecia atrás do Brasil, na 81ª posição, e pulou para a 125ª. As Ilhas Salomão, hoje na posição que era do Brasil há três anos, ainda estavam no 70º lugar no ano passado. Para a coordenadora do Unicef no Brasil, Marie-Pierre Poirier, é sempre mais fácil partir de um patamar muito alto de mortalidade infantil para um médio, como o Brasil já fez: em 10 anos, o país reduziu 40% no seu índice, mas deu uma desacelerada.

---

#### PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Comissão de Seguridade Social e Família do Senado foi ágil e aprovou ainda em dezembro de 2006 o Projeto de Lei 7.495/06, do senador Rodolpho Tourinho (PFL-BA), que regulamenta as atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate

às endemias. A proposta modifica dispositivos da Lei 11.350/06, originária da Medida Provisória 297/06, conforme informou a Agência Senado.

O projeto descreve as atividades em questão, determina que seu exercício ocorra exclusivamente no âmbito do SUS, estabelece requisitos para a investidura no cargo, inclusive a obrigatoriedade de processo seletivo público, e cria 5.365 empregos públicos de Agente de Combate às Endemias em quadro suplementar da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), onde serão enquadrados os atuais agentes comunitários de saúde e de combate às endemias que cumpram os pré-requisitos especificados.

O projeto tramita em regime de prioridade e será analisado ainda pelas comissões de Trabalho, de Administração e Serviço Público; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. A matéria será submetida ao Plenário. Íntegra do PL-7.495/2006: [www.camara.gov.br/sileg/MostrarIntegra.asp?CodTeor=420130/](http://www.camara.gov.br/sileg/MostrarIntegra.asp?CodTeor=420130/)

---

#### BAHIA TEM SURTO DE SARAMPO

A Bahia registrou 43 casos de sarampo entre 16 de novembro do ano passado e 10 de janeiro deste ano — todos contraídos em 2006. Ainda há 54 pessoas em observação com sintomas da doença. É o maior surto de sarampo no Brasil nos últimos seis anos — em 2001, a doença foi considerada erradicada no país. Análise do Laboratório de Sarampo e Vírus Respiratórios do Instituto Oswaldo Cruz, da Fiocruz, identificou que o vírus que está circulando na região é do tipo D4, vindo do exterior.

---

#### DIA MUNDIAL DA SAÚDE 2007

"Saúde e segurança: surtos e crises" é o tema do Dia Mundial da Saúde 2007. A OMS pretende incentivar entre os Estados-membros o planejamento de crises nos sistemas de saúde para que seja amenizado o impacto, nas populações, de conflitos políticos, desastres naturais e surtos de doenças. Motivo não falta: há 47 países mergulhados atualmente em crises políticas.

---

#### "CONTRABANDO" TRANSGÊNICO

Era 21 de dezembro, quase véspera de Natal, mas a bancada ruralista não boiou: a Câmara dos Deputados aproveitou a votação de uma medida provisória que determinava a zona de segurança entre lavouras geneticamente modifi-

cadas e unidades de conservação e não somente reduziu essa distância mínima de 10 km para 500 metros, como também autorizou a venda de 150 mil hectares de algodão transgênico irregularmente plantados, como aconteceu com a soja, e baixou o quórum da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) de 18 para 14 votos dos 27 integrantes.

O Estado de S. Paulo, notório defensor dos transgênicos, escreveu que "as medidas vieram de *contrabando* no relatório preparado pelo deputado Paulo Pimenta (PT-RS)", com vitória folgada: 247 votos favoráveis e 103 contrários — de PT, PSOL, PC do B e PV. O projeto agora será votado no plenário do Senado. Se não houver alteração, segue para sanção presidencial. O secretário de Biodiversidade e Florestas do Ministério do Meio Ambiente, João Paulo Capobianco, procurou não demonstrar abatimento, segundo o *Estadão*. "Vamos tentar mudar esse resultado no Senado", afirmou.

---

#### CONFLITOS DE INTERESSE NA PESQUISA

O *Financial Times*, de Londres, divulgou o alerta de um grupo de médicos sobre a necessidade de recursos independentes para pesquisas na área de nutrição. Segundo constatou a revista científica americana *PLoS Medicine*, os trabalhos financiados pela indústria alimentícia lhe são geralmente favoráveis. Os artigos bancados pelo setor de sucos, refrigerantes e bebidas lácteas publicados de 1999 a 2003 foram oito vezes mais favoráveis às empresas financiadoras do que os trabalhos que receberam dinheiro público, informou a *Folha de S. Paulo* de 9/1. "Esses dados indicam que o conflito de interesses pode produzir um impacto negativo na saúde pública", disse David Ludwig, professor do Hospital da Criança em Boston, EUA.

Esses levantamentos são feitos há tempos na área farmacêutica, mas agora é a indústria alimentícia que está sob ataque, responsabilizada pelo alastramento da obesidade no mundo. "As distorções na indústria farmacêutica atingem os milhões que tomam remédios, mas o setor alimentício atinge a todos", lembrou Ludwig. "Muitos pesquisadores são dedicados e éticos", ressaltou. "Mas quando o governo reduz as verbas para a pesquisa, fica muito difícil resistir ao dinheiro da indústria." 

---

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

---

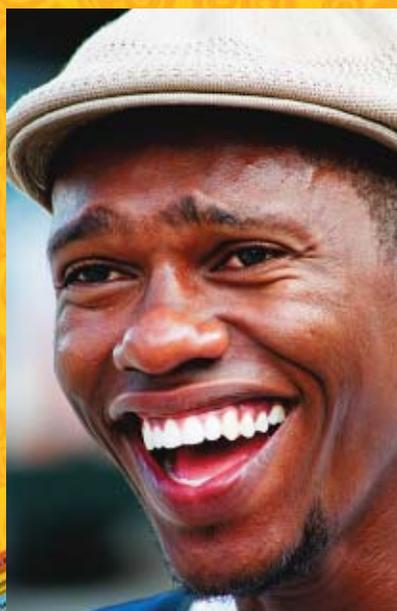


## toques da redação

**ORGULHO AFRO** — Movimentos sociais, empresas e governo se uniram em torno do projeto Salvador Negroamor, lançado em janeiro com a maior exposição fotográfica a céu aberto do mundo: espalhados por ruas, avenidas, monumentos e praças da cidade, 1.501 painéis com fotos de pessoas anônimas, lideranças religiosas e mestres da cultura popular mostram os representantes do povo negro da capital baiana. Ao todo, serão mais de 9.073 m<sup>2</sup> de arte em painéis distribuídos pela cidade até 16 de fevereiro, escolhidos num acervo de 16 mil fotos tiradas em 2006 pelo fotógrafo Sérgio Guerra. O projeto une arte, cultura e cidadania. A partir dele, Salvador quer ser legitimada como capital mundial da diáspora africana, num grande movimento de valorização da identidade afro-descendente. A meta final é que o movimento culmine na criação de um fórum mundial africanista permanente com sede em Salvador, a partir de 2009.

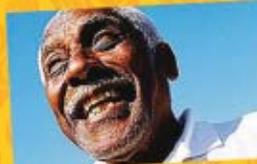


**CONGRESSO OMISSO** — Vange Leonel, colunista da *Revista da Folha*, observou em dezembro que o Judiciário brasileiro tem cumprido papel que caberia ao Congresso no que se refere a casais homossexuais, abrindo jurisprudência em questões de casamento, pensões, adoção e planos de saúde. O Ministério Público Federal autorizou os cartórios do estado de São Paulo a registrarem documentos referentes à união civil entre pessoas do mesmo sexo. “Os cães da intolerância podem até latir, mas a caravana do bom senso segue seu caminho”, disse o colunista no texto intitulado “Tarda, mas não falha”. No Congresso, dormem nas gavetas vários projetos sobre o tema.



FOTOS: SÉRGIO GUERRA

**DIVERSIDADE IGNORADA** — O pesquisador José Albertino Rafael, do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (Inpa), estimou em 180 mil o número de espécies de insetos desconhecidas na floresta. Somente 60 mil já foram descritas. Com apenas 20 entomólogos trabalhando na região, o Brasil levaria 3.300 anos para conhecer a totalidade. A informação foi dada no 2º Simpósio Biotá Amazonica, em dezembro.



# Um ano depois, muito a cumprir

Adriano De Lavour

O Conselho Nacional de Saúde festeja: a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, que completa um ano em março, já está distribuída a todos os estados. Espécie de compensação ao arquivamento do anteprojeto da Lei de Responsabilidade Sanitária — enviada ao Congresso pelo ex-ministro Humberto Costa e descartada na gestão Saraiva Felipe por ser “excessivamente policialesca” nas punições —, a carta definiria as obrigações do gestor e seria mais uma garantia do direito à saúde dos usuários do SUS e uma forma de prepará-los para o exercício do controle social.

Passados quase 12 meses de seu lançamento, a carta tem defensores e críticos. De um lado, muitos a vêem como instrumento de democratização da informação; de outro, há os que a consideram “oportunistas”. Divulgada em março de 2006 pelo Ministério da Saúde, em iniciativa com governos estaduais, prefeituras e o Conselho Nacional de Saúde, a carta tinha ainda o propósito de ampliar a divulgação da legislação em saúde e “contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros”, segun-

do release publicado pelo ministério em seu site na internet (<http://portal.saude.gov.br/saude/>). Na página, a carta tem destaque permanente.

A falta de divulgação é o grande problema da carta na opinião de Júlio César Figueiredo Caetano, atual presidente do Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, interior de São Paulo. “Depois do lançamento, a carta caiu no esquecimento”, diz ele, acreditando que o maior desafio, hoje, é massificar seu conteúdo para que o maior número de pessoas tenha acesso a informações sobre seus direitos, numa estratégia de divulgação contínua. Júlio esclarece que o conteúdo da carta não é novidade para os conselheiros de São Paulo. “Na realidade, temos uma experiência anterior, uma lei estadual que garante os direitos dos usuários do SUS”. Mas o instrumento tem sido útil na prática. “Ela é usada diariamente pelos conselheiros locais como um documento do ministério que reforça as suas reivindicações”.

O documento tem formato de cartilha — também disponível em versão ilustrada — e resume, em linguagem simples e direta, os direitos já assegurados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), divididos em seis tópicos denominados “princípios básicos de cidadania”.

Quando foi anunciada, logo mereceu críticas de defensores da Lei de Responsabilidade Sanitária, entre eles a advogada Maria Célia Delduque, coordenadora do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília. Para ela, a carta restringe direitos, não os amplia. “Os direitos dos usuários do SUS estão constitucionalmente garantidos”, afir-

## Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990

### TÍTULO I – Das Disposições Gerais

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

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

Fonte: Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>)



A carta tem duas versões, uma completa e outra ilustrada.

*Carta completa:* [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_integra\\_direitos\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf)

*Carta ilustrada:* [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_ilustrada\\_direitos\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_ilustrada_direitos_2006.pdf)

## Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

### Seção II – DA SAÚDE

**Art. 196.** 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.

Fonte: Casa Civil da Presidência da República ([www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm))

mou. “Saúde é direito de todos e dever do Estado (Artigo 196 da Constituição). Ponto”, disse à *Radis* (nº 37).

Suas críticas são endossadas, um ano depois, pelo sanitarista Mário Scheffer, que na época do lançamento era conselheiro nacional de saúde. Ele acredita que o conteúdo da carta é redundante, na medida em que os direitos “já haviam sido garantidos em instâncias muito mais legítimas de controle social, como a Constituição Federal, a Lei 8.080 e os relatórios das conferências nacionais de saúde”. Em sua opinião, o documento não constitui instrumento de controle social, mas uma “jogada oportunista” de marketing.

Hoje na diretoria do Centro Brasileiro dos Estudos de Saúde (Cebes), Mário Scheffer acha que a carta foi elaborada para se criar uma agenda positiva, pois logo em seguida viriam as repercussões políticas da chamada Operação Sangue-suga – esquema fraudulento, desmontado pela Polícia Federal, baseado na venda irregular de ambulâncias em pelo menos 11 estados, que envolveu o nome de 64 parlamentares. “Já se sabia de tudo, nos bastidores”, afirma ele.

Ex-conselheira e atual suplente – como representante dos usuários – no Conselho Municipal de Saúde de Guarapari, no Espírito Santo, Hélia Mara de Deus concorda: “Foi uma jogada oportunista bem clara, só transformaram em cartilha os direitos que já existiam”, diz ela, para quem a idéia poderia ter sido bem aproveitada se a divulgação do documento tivesse sido mais eficiente. “A carta não se tornou acessível; depois do lançamento, falou-se pouco nela na TV e no rádio, pouca gente conhece”.

No Norte do país, o conselheiro estadual do Pará Francisco Rodrigues dos Santos também defende a carta, pela possibilidade de “aproximar os usuários

do SUS dos seus direitos”, e acredita que a idéia possa democratizar a informação. “Muitas vezes uma lei é vazia, e esta carta possibilita que o usuário entenda melhor o que diz a lei e exerça, com mais segurança, a sua cidadania”.

Francisco reforça o coro dos que sentem falta de uma divulgação mais maciça e sugere mudanças: “A carta poderia ser mais divulgada e ampliada com outras discussões, como a própria Lei de Responsabilidade Sanitária e o Pacto de Gestão pela Saúde, que são assuntos mais atuais”, diz ele, lembrando que seria importante que o documento estivesse disponível nos serviços de saúde e que sua discussão chegasse aos bancos escolares, como acontece com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Esta opinião é reforçada pela capixaba Hélia Mara: “O MEC deveria levar estas cartilhas para a escola”, defende. “Assim as crianças poderiam conhecer seu direito à saúde para, em seguida, repassar aos pais”. Hélia acha que isso facilitaria a divulgação entre os adultos que não sabem ler, enfatizando a parceria educação e saúde.

Em Santa Catarina, o vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde de Joinville Antônio Coelho, levanta outro ponto. Em sua opinião, a carta em nada ajuda “a diminuir a precariedade do sistema”, visto que ela não traz nada de novo, a não ser a “responsabilização quase unilateral” dos conselheiros. “O texto joga a responsabilidade para os conselheiros e não obriga, em nada, os gestores a respeitarem os direitos dos usuários”, reclama. “Estas informações só refletem o que a lei já determina, e, para quem não tem nenhum conhecimento, ajuda pouco”.

O sanitarista Rubens Kon, diretor-técnico do Centro de Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, aponta um caminho que pode clarear a discussão em torno da carta, vista por ele como apenas um “elemento de um processo, longo e acidentado, de afirmação de direitos do cidadão no SUS, que é muito dependente das



condições gerais de desenvolvimento da cidadania no país e, portanto, sujeito às vicissitudes próprias de nossa situação de imensa desigualdade e injustiça social”.

Para ele, não se pode atribuir qualquer resultado à carta em si. “Penso que há um longo caminho a percorrer neste campo, já que não raro os gestores da saúde se mobilizam em torno de interesses políticos particulares e imediatistas e frustram a dimensão social transformadora desta política social pela qual são responsáveis”. Mesmo assim, ele não acredita que a cartilha restrinja direitos já assegurados: “Concordo em que a carta é insuficiente, embora ache um exagero considerá-la uma forma de restrição de direitos”, disse. “Ela tem sua importância enquanto afirmação política de um compromisso dos gestores do SUS, que precisa ser complementada por medidas mais profundas de responsabilização do administrador público, como as previstas na LRS”.

Mário Scheffer acrescenta que ninguém discorda do conteúdo: o que não falta são leis que assegurem o que diz o texto. “O nosso problema é a discrepância entre o que foi dito e escrito e aquilo que é, verdadeiramente, assegurado ao cidadão”, ressalva. “Existe, no Brasil, um abismo entre o direito vigente e o direito vivido”. Para ele, não é a carta que está movendo o compromisso dos gestores em saúde no país e assegurando aos cidadãos brasileiros que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Lá no litoral capixaba, a ex-conselheira Hélia concorda. “A saúde, no Brasil, é inconstitucional: não se cumpre, em momento algum, o que está escrito em qualquer carta ou mesmo na Constituição”.

## CNS começa a definir a 13ª

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi uma das principais pautas da primeira reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 2007, realizada nos dias 17 e 18 de janeiro, no auditório do CNS, em Brasília. Houve discordância quanto ao tema e à formação da comissão organizadora, mas local e data estão definidos:

Brasília, entre 14 e 18 de novembro – da noite de quarta-feira a domingo, incluindo um feriado (Proclamação da República, em 15/11) e um fim de semana, para que trabalhadores possam participar. As etapas municipais estão previstas para o período de 1º de março a 15 de agosto. As estaduais, de 15 de agosto a 30 de outubro.

# A difícil proteção da saúde na sociedade de risco



Bruno Camarinha Dominguez

Em meio à crise aérea em fins do ano passado, dois mil profissionais de Vigilância Sanitária se reuniram em Florianópolis para refletir sobre os desafios e os dilemas do setor, no 3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa). Atrasos e cancelamentos de vôos impediram que parte dos participantes chegasse a tempo para a cerimônia de abertura, na noite de 26 de novembro, que começou uma hora depois do previsto. O transtorno nos aeroportos do país não impediu, contudo, que o encontro fosse marcado pela defesa do fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e por discussões sobre as *fronteiras* da Vigilância Sanitária, a ViSa.

Organizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e apoiado por diversas instituições de ensino, pesquisa e serviço, o simpósio teve como tema central *Vigilância Sanitária, risco e desigualdade: quem se importa?*. No auditório do CentroSul, logo na abertura, o diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Dirceu Raposo de Mello, destacou que a prática de ViSa está diretamente relacionada à proteção da saúde da população.

Legalmente, Vigilância Sanitária é “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”, como lembrou o vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz, Paulo Gadelha, na conferência pós-abertura — *A Vigilância Sanitária na Saúde Coletiva*.

“Mas que risco é este, se vivemos na chamada ‘sociedade de risco?’”, questionou Dirceu Mello — na primeira de muitas perguntas que se seguiriam. É necessário superar o paradigma do risco epidemiológico e incorporar outras abordagens, como riscos sociais, aspectos da bioética e o princípio da precaução, foi a resposta. Na mesa-redonda *Quem a Vigilância Sanitária protege na sociedade desigual?*, na tarde do dia seguinte, a professora Ediná Alves Costa, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, completou: a “sociedade de risco” conceituada pelo sociólogo alemão Ulrich Beck se desenvolveu com o capitalismo e se mesclou à sociedade de consumo. “Mas nem os riscos, nem o consumo, tampouco os mecanismos de proteção social, se espalham pela sociedade por igual”, disse. Sua

distribuição encobre a desigualdade no acesso às riquezas, como havia frisado Gadelha.

“E quem se importa?”, quis saber a secretária de Saúde de Santa Catarina, Carmem Zanoto. “Nós, trabalhadores da saúde, com certeza estamos comprometidos, nos importamos nas 24 horas do dia”, atestou. Para Dirceu, a questão é avaliar de que forma o Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária têm garantido a proteção da saúde e a qualidade de vida da população.

O diretor-presidente da Anvisa lembrou que a agência foi criada há apenas sete anos, num momento em que a população brasileira não tinha mais confiança nos medicamentos disponíveis no país. Neste período, avaliou, foram registrados avanços na atualização do marco regulatório e no fortalecimento da inspeção e da fiscalização. Mas há muitos desafios. O ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, salientou que a Vigilância Sanitária é parte indissolúvel do sistema de saúde brasileiro — uma frase que seria repetida inúmeras vezes no evento — e precisa ser encarada como instrumento para a integralidade e a justiça social.



Reivindicação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), é resultado de um processo de discussão entre as três esferas de governo, profissionais da saúde e conselheiros. Fechado no fim do ano passado, o documento define as prioridades de ViSa, como a consolidação do SNVS.

O ministro aproveitou para pedir que as esferas de governo se articulem e garantam efetividade ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: "Temos que desenvolver a intersectorialidade e a interinstitucionalidade, unir economia e saúde, esfera pública e sociedade civil, técnico e político, pois proteger e promover a saúde ultrapassa o âmbito setorial". Dirceu apontou como desafio a reorientação do trabalho de forma que contribua para uma sociedade menos desigual e com menos riscos, como prega o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVISA. "A ViSa deve, portanto, ir além de seu papel de polícia", defendeu.

### COMBATE À DESIGUALDADE

O outro tema do simpósio, a desigualdade, foi analisado na conferência proferida pela socióloga e pesquisadora Amélia Cohn, professora da USP, na manhã do dia 27 — *Desigualdade e saúde: quem se importa?*. Amélia recordou que, até a década de 80, a desigualdade era vista como algo próprio do sistema capitalista, e seu combate ficava a cargo dos Estados nacionais, com desenvolvimento e inclusão via trabalho. Hoje, não se fala mais nisso. "A questão é crescimento, como se isso promovesse a inclusão", criticou. "E o que vemos é que, ao contrário, ele produz a exclusão social".

Outra mudança significativa: o combate à desigualdade deixou de ser responsabilidade nacional e sofre a regulação de instituições multilaterais, como o Banco Mundial. "E aí se inventou a teoria do capital humano, pela qual se investe nas pessoas para que elas possam competir no mercado". De acordo com ela, a saúde perdeu seu status de direito, virando um investimento na qualificação do indivíduo. "Isso gera um conflito: o governo tem que decidir se investe em mim, o Brasil do passado, ou nos jovens, o Brasil do futuro", ironizou.



Presidente do 3º Simbravisa, Diana Carmem de Almeida (no púlpito) festeja o crescimento do evento

Essa decisão, segundo Amélia, acaba sendo tomada de forma arbitrária. Diretora de Monitoramento e Avaliação do Bolsa-Família desde 2004, a socióloga contou que, trabalhando em Brasília, percebeu que nem sequer se conhece "o vasto mundo da desigualdade e da pobreza". Amélia afirmou que, em vez dos protocolos padronizados a preencher, "que podem ser muito funcionais, mas nos quais as pessoas não se reconhecem", é preciso diagnosticar quem são, onde estão e como realmente vivem os pobres. Ela pediu humildade para reconhecermos que "formulamos programas de saúde às cegas, a partir de uma realidade que sabemos catalogar, mas não sabemos o que verdadeiramente é".

Amélia sustentou a tese de que há um fenômeno novo nos países periféricos, que classifica de "a terceira geração de privatização das políticas sociais". A primeira foi a do Inamps, para fomentar o setor privado; a segunda, o transplante da racionalidade econômica para a administração pública; e a terceira é uma rede de programas sociais de combate à pobreza com capilaridade social inédita. "São esses programas que a gente adora, de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, de condicionalidades do Bolsa-Família".

Numa autocrítica, afirmou que o problema do setor é acreditar que se promove a igualdade apenas melhorando o acesso aos serviços de saúde. A socióloga reconheceu que os programas citados representam avanços, mas alertou que a esfera estatal nunca invadiu tanto a esfera privada. "O agente comunitário entra na casa das pessoas chamando a dona de tia", criticou. "E daqui a pouco qualquer um de vocês vai poder prender alguém que deixou o pratinho da planta cheio de água".

Segundo Amélia, não é à toa que instituições como Banco Mundial e

Banco Interamericano de Desenvolvimento gostam tanto desse tipo de ação. "Criticamos esses organismos internacionais, mas seguimos a lógica deles", condenou. "Se somos nós quem nos importamos com a desigualdade, temos que estar atentos para não substituir as políticas dos cidadãos pelas dos técnicos". Amélia sugeriu que a população se aproprie das políticas, exercendo controle público — "não controle social, que é o que o PSF está fazendo com as famílias", polemizou. "A sociedade deve perceber que, sem um Estado democrático, não há como se combater a desigualdade".

### DILEMAS DA PRÁTICA

Na mesa-redonda *Construção do Sistema Nacional Visa: desafios da universalidade e da equidade*, na tarde do dia 29, Maria Cecília Brito, diretora da Anvisa, fez dura constatação: "Estamos fazendo Vigilância Sanitária para os ricos". Citou como exemplo a inspeção na merenda de uma escola. "Dizemos que a comida é razoável do ponto de vista da higiene, mas não nos preocupamos com a qualidade nutricional". Os dilemas das ações de ViSa, aliás, foram intensamente debatidos no Simbravisa.

Na tarde do dia anterior, na mesa-redonda *Risco e norma: desafios ao exercício do poder em Vigilância Sanitária*, a fiscal sanitária da secretaria de Saúde de Santa Catarina Corina Charlotte Keller contou que, numa visita a uma comunidade terapêutica no município de São Francisco, encontrou diversas irregularidades. "Diante daquela situação, o que fazer?", perguntou. Se seguisse a Resolução 101, que regula o funcionamento desse tipo de abrigo, teria que interditar o local. "Mas, se eu fecho, os internos vão para onde?". Corina decidiu compartilhar a decisão com outros trabalhadores de ViSa, órgãos do



Boa idéia dos gaúchos: criativos e práticos os caderninhos de bolso com dicas aos cidadãos sobre temas básicos da Vigilância Sanitária.

governo e o Ministério Público. O abrigo ficou proibido de receber novos internos e a Secretaria de Assistência Social se comprometeu a acompanhar — e, se possível, transferir — as pessoas.

“A norma pode ser perfeita, mas muitas vezes corta nossos braços e pernas”, ressaltou. Se a Vigilância Sanitária protegesse tudo de acordo com a lei, teria que impedir as baianas de preparar acarajé na rua e proibir até beijo de língua, brincou. Na mesa, Sônia Gil Costa, da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, apontou outra dificuldade para o exercício de ViSa: a falta de teoria que fundamente a prática. Ela confessou ter se assustado ao ouvir, numa discussão temática anterior, um palestrante falar da regulamentação de pesquisas com células-tronco. “Ficou todo mundo de cabelo em pé: como fiscalizar isso?”.

A discussão sobre os direitos de propriedade intelectual sobre medicamentos — no grande encontro *Pesquisa, desenvolvimento e necessidade social: acesso à inovação*, na manhã do dia 27 — também surpreendeu parte da platéia. Tanto que, ao fim, os participantes bombardearam os palestrantes com perguntas. O coordenador de Propriedade Intelectual da Anvisa, Luis Carlos Wanderley Lima, começou explicando que à agência cabe analisar os pedidos de patentes de remédios. “E desde então sofremos críticas, porque o país foi o único que associou a saúde a esse processo”.

Luis reconheceu que o tema é pouco debatido no próprio meio da ViSa e pouca gente sabe que um pesquisador ou uma empresa, ao inventar um medicamento, tem o direito de pedir 20 anos de monopólio sobre o estudo (teoricamente, para recuperar o investimento na pesquisa). “Ao conceder, digo que pode pôr o produto no mercado sem concorrência e sem discussão de preço”, revelou. “Quem precisa, ou compra ou

não tem acesso”. Para o coordenador, esta é uma contradição na própria lógica capitalista, que defende a livre concorrência. O presidente da Abrasco, José da Rocha Carvalheiro, reprovou o monopólio: “Uma vacina contra o HPV (o papilomavírus humano) a US\$ 40 a dose, sendo necessárias três doses, leva a pensar: que inovação é essa?”

No Brasil, os pedidos de patentes são decididos pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI). Apesar dos critérios bem definidos de aprovação ou não (novidade e aplicabilidade, por exemplo), muitas vezes os dois órgãos divergem, segundo o representante da Anvisa. “Examinamos com rigor, levando em conta o interesse público, mas eles seguem a lógica internacional”, alfinetou. Pesquisas do Banco Mundial e do Banco Central apresentadas por Luis Carlos mostram que os maiores beneficiários da transferência líquida de capital a título de direitos de propriedade intelectual são os Estados Unidos (US\$ 19 bilhões), a Alemanha (US\$ 6 bilhões) e o Japão (US\$ 5,6 bilhões). Só o Brasil remeteu em 2004 ao exterior US\$ 1,6 bilhão. Em 1993, enviava apenas US\$ 146 milhões.

“Com essa obsessão em proteger, proteger, proteger, estamos protegendo o conhecimento humano sem democratizá-lo”, avaliou Luis Carlos. Mas a não-proteção da produção científica não frearia os investimentos em pesquisa? “Antes não existia isso e o conhecimento era criado”, respondeu. De acordo com Carvalheiro, é preciso discutir a possibilidade de que essas inovações sejam transformadas em bens públicos da humanidade, proibindo-se que descobertas sejam patenteadas pelo menos quando estiverem relacionadas a doenças negligenciadas pela “big farma”, como a malária e a tuberculose.

### GESTÃO DO TRABALHO DE VISA

“O material humano é o nosso maior patrimônio”, garantiu Maria Cecília Brito, diretora da Anvisa, no painel *Vigilância Sanitária: da precarização e dos desafios de gestão do trabalho*, na tarde do dia 27. “Podemos trabalhar com lápis, papel e um bom compêndio”. O problema é que os trabalhadores de ViSa — que, hoje, são 31.135 — sofrem sob os vínculos precários. Esta e outras dificuldades — como a alta rotatividade, a carência de profissionais qualificados (67,2% têm nível médio, e 32,5%, superior), a desmotivação, a baixa qualificação gerencial e a baixa remuneração — foram detectadas nas discussões de elaboração do PDVISA. A concentração de profissionais também é questão grave na área. Enquanto no

Sudeste há um fiscal para 4.700 habitantes, no Norte a relação é de 1 para 6.293. “Alguns podem dizer que isso faz sentido, já que as indústrias e os serviços de saúde se concentram nessa região, mas e a circulação?”, questionou a professora Ediná Alves Costa, da Bahia, em mesa anterior.

Em todo o setor saúde há 2.566.694 trabalhadores, de acordo com o coordenador-geral de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Henrique Antunes Vitalino. Destes, 30% têm vínculos precários, informou. Ainda assim, foram responsáveis por 2,4 bilhões de procedimentos em 2005, dado apresentado — e festejado — pelo pediatra-sanitarista Gilson Carvalho. Foram 600 milhões de consultas, 2,6 milhões de partos, 3 milhões de cirurgias, 11 milhões de internações, 24 milhões de ações de Vigilância Sanitária básica, enumerou. “Nós temos uma visão pessimista, mas trabalhamos num sistema altamente eficiente”, frisou, para depois ressaltar que os problemas são inegáveis.

### UMA SÓ ANVISA

Ao participar de outro momento do evento, a mesa-redonda *Construção do Sistema Nacional Visa: desafios da universalidade e da equidade*, a diretora da Anvisa foi alvo de leves provocações. Maria Cecília contou que a agência contabilizou 91 sistemas de informações de Vigilância Sanitária no país e pediu sugestões para unificá-los. Maria Conceição Riccio, da Vigilância Sanitária da Bahia, quis dar a sua: “Juntar as *anvisas* dentro da Anvisa”. Foi fortemente aplaudida. Uma participante do evento também reclamou: “Parece que a agência está mais próxima do setor regulado do que de nós, das ViSas municipais”.

Cecília respondeu às críticas com bom humor, garantindo que gosta de ser provocada e lembrando que também já provocou. “Hoje meu trabalho é fazer o governo federal entender a importância do trabalho que as ViSas fazem na ponta”, argumentou. Tema da mesa, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária geraria a *Carta de Florianópolis*, assinada pelos integrantes do Grupo de Trabalho de Vigilância Sanitária da Abrasco e aprovado na plenária de encerramento do 3º Simbravisa.

O documento contesta proposta discutida em oficina de trabalho realizada em Brasília sobre a criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Sinves), alegando que o projeto desconsidera a existência do Sistema



## Pôsteres em destaque



Preocupada em fomentar a produção de conhecimento baseado na prática de ViSa, a Abrasco desenvolveu novo modelo de apresentação de trabalhos no 3º Simbravisa. "Pensamos que deveríamos valorizar o participante, dando a ele status de cientista", explicou Diana Carmem de Almeida, presidente do simpósio.

Em vez da savana de pôsteres como a do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Abrascão, os participantes encontraram 1.192 trabalhos organizados

em 18 ilhas temáticas. Distribuídas ao redor do estande da Vigilância Sanitária de Santa Catarina no espaço para exposições do CentroSul, cada uma recebeu uma faixa de identificação e um poema.

Os organizadores ainda destinaram uma hora – entre 15h30 e 16h30 – de dois dias da programação a um "Café com Pôster", de modo a incentivar a visitação. E conseguiram: o movimento foi intenso.

A grande novidade foram as Discussões Temáticas (DTs), nas quais os autores dos trabalhos podiam apresentá-los. "A intenção não era só organizar os pôsteres, mas sistematizar a produção e propiciar uma reflexão coletiva sobre eles", disse Diana.

A Radis acompanhou a DT 14, que reuniu 60 trabalhos sobre políticas de ViSa, na manhã do dia 28, na superlotada sala Cacupé: 25 pessoas falaram brevemente sobre seus trabalhos – da organização de uma mostra ao uso de computadores de mão em visitas. Ao fim da apresentação, os participantes ainda discutiram questões como a relevância dos roteiros de inspeção.

Presente à DT 13, na manhã do dia 27, a auditora fiscal de Mossoró (RN) Ana Isaura de Almeida aprovou a maior visibilidade dada aos pôsteres, mas ressaltou que faltou tempo para uma discussão mais profunda com os colegas. "No meu DT tinha muita gente para falar – chegou a faltar cadeira – e, por isso, praticamente não houve debate", disse.

O problema foi detectado pela própria organização do evento. "Já identificamos coisas a melhorar, como diminuir o número de participantes de cada DT", afirmou Diana. O modelo recebeu aprovação da maior parte do público e deve ser aproveitado em outros congressos, inclusive no Abrascão, segundo o presidente da Abrasco, José da Rocha Carneiro.



Nacional de Vigilância Sanitária, integrado pelos serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo e por outros órgãos relacionados, inclusive instituições científicas.

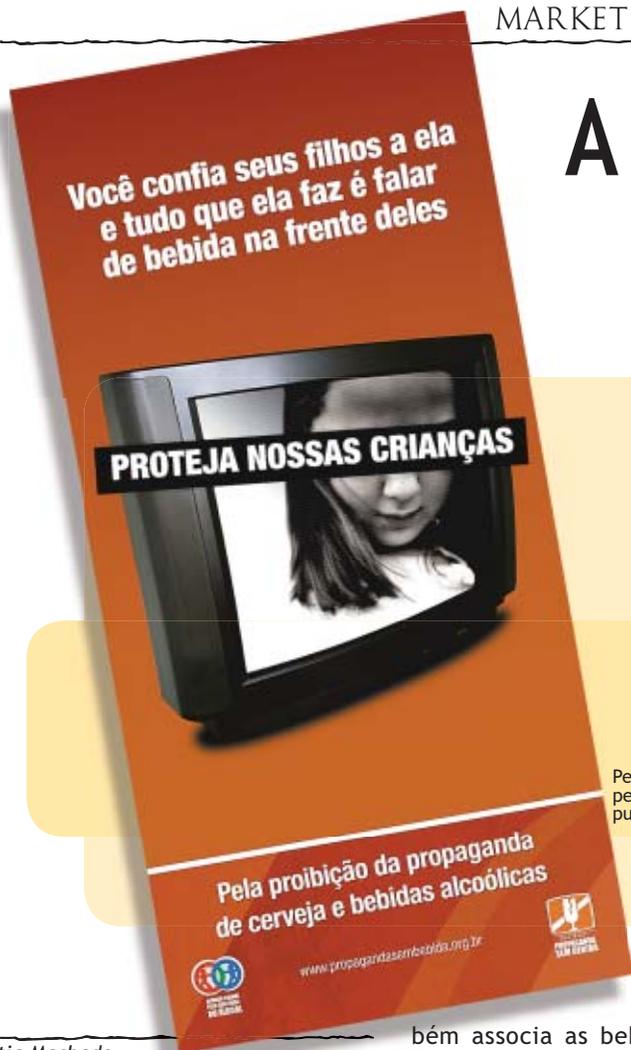
"Como sanitaristas brasileiros, não podemos permitir que mudanças no marco legal da Saúde Coletiva sejam realizadas em processos de discussão restritos e apressados que podem resultar em retrocesso e destruição de conquistas que não se restringem apenas ao campo da saú-

de, com desdobramentos na própria restrição aos direitos individuais e da cidadania", diz o texto. A carta ainda pede a convocação da 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. A plenária de encerramento também aprovou o *Manifesto pela efetivação do Plano Diretor da Vigilância Sanitária*, que solicita a apreciação do PDVISA pelo Conselho Nacional de Saúde e demais instâncias deliberativas do SUS para sua efetiva implementação.

Num balanço final do 3º Simbravisa, a coordenadora da comissão de organização, Raquel Ribeiro Bittencourt, afirmou que a terceira edição do simpósio consolidou o evento como um espaço de reflexão da Vigilância Sanitária. E aproveitou para anunciar o 4º Simbravisa em novembro de 2008, provavelmente no Nordeste. A notícia agradou aos participantes, na esperança de que, até lá, o caos na aviação seja uma história do passado. 



# A saúde diz não à propaganda do álcool



Peça da campanha pela limitação da publicidade do álcool

Katia Machado

A propaganda de bebidas alcoólicas encoraja as pessoas, sobretudo os jovens, a beber cada vez mais cedo e intensamente. Disso ninguém duvida. O alerta parte de especialistas do mundo inteiro. No Brasil, um exemplo é o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (Projad), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Segundo o coordenador do programa, Marcelo Cruz, pesquisas consistentes mostram que a propaganda de bebidas alcoólicas é muito eficiente em aumentar o consumo. "A propaganda não visa motivar quem assiste a imediatamente abrir uma lata de cerveja, mas reforça a cultura de que as confraternizações devem ser regadas a álcool", salienta. "E ainda promove a ligação da sexualidade e da virilidade com a bebida".

Para tanto, a indústria usa modelos jovens para vender seus produtos e desenvolve novas bebidas claramente voltadas para o público jovem. Tam-

bém associa as bebidas a eventos esportivos, musicais e culturais, com promoções baseadas na internet e outros esforços para apresentar o álcool como parte natural de suas vidas.

## O PERIGO MORA PERTO

Os jovens são os que mais respondem a esse marketing agressivo, mudando crenças e expectativas em relação ao beber. A exposição e a apreciação que desenvolvem a partir da propaganda do álcool antecipam um beber mais frequente e pesado. A psicóloga Ilana Pinsky, no artigo "A propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil", afirma: "Os números de problemas associados ao álcool no Brasil não deixam dúvida de seu poder devastador, principalmente junto aos jovens". Isso fica claro em acidentes com motoristas alcoolizados, em episódios de violência relacionados ao álcool e à intoxicação alcoólica.

Em todos esses casos, os jovens têm participação importante e início cada vez mais precoce, alerta Ilana, pós-doutorada na Robert Wood Johnson Medical School (EUA) e coordenadora do ambulatório de adolescentes da

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal de São Paulo. O Uniad/Unifesp, outro exemplo de iniciativa acadêmica comprometida, entre outras ações, com a prevenção do uso indevido de álcool e drogas, foi uma das instituições responsáveis pelo monitoramento da chamada "lei seca" de Diadema (SP) – um controle social do ambiente em que o álcool é consumido na cidade (*Radis 50*). O programa reduziu os índices de violência e elevou a qualidade de vida da população.

Marcelo acrescenta à lista outros prejuízos – físicos, psicológicos e sociais – provocados pelo álcool. "As bebidas constituem um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil", ressalta. Além de danos agudos como acidentes, violência e emergências clínicas, produz danos crônicos como a dependência e a cirrose, e ainda físicos, seja neurológicos ou cardiovasculares, fora os problemas no trabalho". Tais danos custam muito ao país, pois são responsáveis por internações psiquiátricas e gerais, acidentes e ausências no trabalho.

Ilana ressalta que a propaganda e o marketing das bebidas alcoólicas no Brasil são parte de um clima normatizador, sempre associados a momentos gloriosos, à sexualidade e a ser brasileiro, deixando de lado os problemas.

No Brasil, a luta pela limitação da propaganda de bebida alcoólica é intensa. O Movimento Propaganda Sem Bebida, iniciativa da Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool, liderado pela Uniad/Unifesp e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), busca a aprovação de uma legislação que limite a publicidade do álcool nos meios de comunicação e em eventos esportivos, culturais e sociais. O manifesto pela proibição de propaganda de cerveja e outras bebidas alcoólicas está em seu site ([www.propagandasembebida.org.br](http://www.propagandasembebida.org.br)).

## O que diz a lei (ainda) vigente

A propaganda de bebida alcoólica é regulada pela Lei nº 9.294, de 1996. Segundo essa lei, bebida alcoólica é somente aquela com mais de 13 graus Gay-Lussac (GL), um critério que exclui cervejas e vinhos. A principal restrição que apresenta é a redução do horário de propaganda na televisão e no rádio, permitindo anúncios de bebidas alcoólicas entre 21h e 6h. No entanto, as chamadas de poucos segundos são permitidas em qualquer horário.

No início de 2003, o governo percebeu a importância de se introdu-

zirem restrições mais profundas para a redução dos problemas relacionados ao consumo de álcool. No que diz respeito à propaganda, o ministro da Saúde propôs a inclusão das cervejas na restrição de horário de veiculação. Afinal, em 2001 ela já representava 80% dos gastos em propaganda de álcool na mídia.

Mudança mais radical nas regras da propaganda está para acontecer. Em dezembro de 2006 foi discutido o texto final de resolução da Anvisa que restringe a propaganda de bebidas a partir de 0,5 grau GL. Anúncios de bebidas acima de

13 graus GL continuam permitidas entre 21h e 6h, mas não será mais permitido que se associe seu consumo à prática de esportes, a celebrações ou à condução de veículos. Em toda propaganda será obrigatória mensagem advertindo sobre o risco de dependência física, psíquica e química que o álcool traz, como também a informação de que o álcool causa, entre outros males, doenças e acidentes de trânsito.

Há vários projetos de lei sobre o tema no Congresso Nacional à espera de exame pelos parlamentares.

A luta parece avançar. Em dezembro passado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) promoveu audiência pública para discussão do texto final da resolução que institui novas regras para a propaganda comercial de bebidas alcoólicas. Pela proposta, os anúncios de bebidas a partir de 0,5 grau Gay Lussac (GL), como a cerveja, não poderão sugerir o consumo com cena, ilustração, áudio ou vídeo que apresente a ingestão do produto, nem associar o efeito do consumo a estereótipos de sucesso e integração social. Além disso, não poderão usar recursos gráficos e audiovisuais do universo infanto-juvenil (*Radis* 53).

A Organização Mundial de Saúde se preocupa com os efeitos do consumo cada vez maior de bebidas alcoólicas. Em maio de 2006, a OMS reuniu em Valência (Espanha) 50 pessoas de 22 países, incluindo o Brasil, para analisar a situação do marketing e da promoção de bebidas alcoólicas voltadas aos jovens. Participaram dessa reunião, entre especialistas em marketing, saúde pública e comunitária, jovens dedicados à prevenção de abuso de substâncias, que discutiram as evidências dos efeitos da propaganda, as práticas em comum da indústria de álcool para promover seus produtos, o uso da internet como instrumento de marketing e o impacto dos acordos de comércio globais na regulamentação da propaganda.

### A EXEMPLO DO CIGARRO

O que todos buscam é regulamentar a propaganda de bebidas alcoólicas, a exemplo do que aconteceu com o marketing do cigarro. Depois de árdua luta entre interesses econômicos e a saúde, o governo brasileiro proibiu, com a Lei 10.167, de 2000, a propaganda do cigarro nos meios de comunicação (inclusive internet), anúncios em outdoors,

placas e cartazes luminosos, assim como a distribuição de qualquer amostra ou brinde, a venda de cigarros em estabelecimentos de saúde, o consumo de cigarros em aviões, independentemente da duração do voo, a venda do produto por via postal, a realização de visita promocional ou distribuição gratuita em estabelecimento de ensino ou local público e a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising. Já era tempo de acabar com o incentivo ao fumo; afinal, constatava a OMS, morriam três milhões de pessoas por ano em função do cigarro.

Para Marcelo, essa foi uma estratégia importante na redução dos problemas relacionados ao tabaco e que deveria ser reproduzida na bebida alcoólica. Segundo ele, é incompreensível que os esforços dos órgãos governamentais sejam tão tímidos em prol de uma lei com tais fins. "O caso do tabaco é um bom exemplo de como o Brasil conseguiu restringir a propaganda sem proibir a produção, a venda ou o consumo de um produto com grande poder econômico", afirma.

Em sua opinião, o argumento de que o governo não se interessa pela diminuição do consumo porque teria redução na receita de impostos sobre

bebidas é enganoso. Afinal, a economia seria muito maior se caíssem os gastos com os danos provocados pelo álcool.

Outro problema para Marcelo diz respeito à legislação brasileira (ver box), que define como bebida alcoólica apenas a que tem mais de 13 graus GL. "Por esse critério descabido, a cerveja não é considerada bebida alcoólica, e por isso não está sujeita às restrições de propaganda que controlam os anúncios dos destilados", reclama. Isto, segundo o especialista, é o motivo principal pelo qual há propaganda de cerveja na TV, e não de cachaça ou uísque.

E, no entanto, o consumo da cerveja no Brasil é bem maior, representando 85% das bebidas alcoólicas consumidas. Igualmente o gasto com a propaganda: dos cerca de 106 milhões de dólares gastos em marketing de álcool na mídia em 2001, 80% couberam à cerveja. O absurdo, destaca Marcelo, é que a diferença entre as cervejas e os destilados está apenas na concentração de álcool. Como o volume que cada indivíduo consome de cerveja é muito maior do que o de destilado, a quantidade de álcool ingerida pode ser igual ou bem maior – e os riscos e os danos também. 



### Radis adverte

Denunciar abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes é dever da sociedade. A ligação é gratuita.

**Disque 100**

## VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

# Um relatório que assusta e pede ação urgente



**K**ofi Annan ainda era secretário-geral da ONU quando lançou, em 20 de novembro, o "Relatório mundial sobre violência contra crianças". Nas 384 páginas, um levantamento que Annan assim resumiu em sua apresentação: a violência contra a criança não respeita barreiras geográficas, de raça, classe, religião e cultura, ocorrendo em casa, na escola, na rua, no trabalho ou em instituições de correção, quase sempre com conseqüências irreversíveis. "Acima de tudo ela pode resultar em mortes precoces", disse.

Na edição de dezembro, a Revista Fapesp publicou entrevista de Mariluce Moura, feita em Nova York, com o responsável pelo relatório e pela pesquisa que lhe deu origem, o sociólogo **Paulo Sérgio Pinheiro**, professor



FOTO: NAÇÕES UNIDAS

aposentado da USP nomeado em fevereiro de 2003 expert independente das Nações Unidas para a feitura do estudo. O tema não é novo para Paulo Sérgio, o que mudou foi a escala.

"Acho que fomos os primeiros a chamar atenção para execuções sumárias de adolescentes em São Paulo e no Rio de Janeiro", disse ele

na entrevista, cujos principais trechos a Radis reproduz abaixo. Paulo Sérgio criou em 1987, com o sociólogo Sérgio Adorno, o Núcleo de Estudos da Violência da USP, que em 2002 se transformou no Centro de Estudos da Violência. Por conta do trabalho na ONU, tem passado mais tempo no exterior do que no Brasil.

♦ A ONU encomendou relatório padrão, 35 páginas, que apresentei na Assembléia Geral em 10 de outubro passado. Mas seria desperdício de recursos não fazer um livro. O secretário-geral pediu um relatório em profundidade global. Não é um relatório por país. Não tem classificação nem ranking. Jornalista gosta de perguntar: "Qual é o país mais violento do mundo?". Eu não sei.

♦ Mandamos um questionário aos Estados-membros, tivemos um número recorde de respostas. Muita gente acha que ciências humanas não fazem pesquisa... Esse é um relatório metodologicamente controlado. Tivemos 139 respostas [em 192 países-membros], um recorde, porque na ONU os governos não agüentam mais questionário, então uns 30 países em média respondem. A resposta americana tem 400

páginas, a brasileira, umas 200, vários países apresentaram relatórios muito transparentes; as pessoas pensam, "ah, no governo ninguém vai contar nada". Não, muitos relatórios são bastante transparentes. Estavam representados todos os grupos regionais: Ásia, África, Europa Central, América Latina e países do Ocidente.

♦ A principal decisão estratégica foi realizar nove consultas regionais: Buenos Aires (Argentina), Toronto (Canadá), Trinidad e Tobago (Caribe), Islamabad (Paquistão), Bamako (Mali), Bangcoc (Tailândia), Liubliana (Eslovênia) e Cairo (Egito). Cada consulta teve, em média, 600 representantes de governos, ONGs, especialistas e, o mais importante, crianças e adolescentes. Todo o papo com as crianças, as conversas informais com elas, está num site do Child Rights Information Network ([www.crin.org/](http://www.crin.org/)).

♦ Um dos problemas das políticas públicas em relação à criança e ao adolescente é que eles não são ouvidos. São tratados como minicidadãos, que não precisam ser consultados. E essa é uma das falências que apontamos. Em Islamabad, um dos relatores foi uma criança de 14 anos. E ela se houve magnificamente. Eles tinham o direito de intervir nas discussões igualzinho aos adultos, foi fascinante.

♦ O livro aponta a violência contra a criança como prática generalizada, independentemente de situação socioeconômica e cultural dos países. Norte e Sul. A mutilação genital feminina não é praticada na América Latina, mas é presente na África e na Ásia. O nível de homicídios de jovens na América Latina não se compara ao de outros lugares. Então cada região tem problemas específicos, mas hoje temos no Norte problemas do Sul. E, apesar de 14 países

terem proibido o castigo corporal, isso não quer dizer que ele tenha sumido.

♦ As campeãs em direitos violados são as meninas: violência sexual, tráfico, exploração, trabalho doméstico. Mas os meninos, que às vezes não estão tão visíveis no debate público, também são explorados, traficados. O trabalho doméstico é uma praga na América Latina, Ásia ou África. Sabe a velha prática brasileira, em que as famílias tradicionais pegavam crianças negras para criar? Na verdade era para serem escravas... Mal dormiam, tinham que atender à família o tempo inteiro, e isso continua vivo em várias partes do mundo, o relatório dá muita atenção a isso. Outro aspecto é o do trabalho infantil perigoso, como desfiar sisal, cortar madeira, carregar pedra, tecelegem etc. As crianças não vão à escola e trabalham 12 horas por dia.

♦ Os cinco contextos em que se dá a violência contra a criança: família, escola, instituições como asilos, orfanatos ou prisões, o lugar de trabalho e a comunidade. O maior desastre é o das crianças e adolescentes em conflito com a lei. Aí é a tragédia. Os Estados não sabem quantos são os adolescentes detidos, tem país em que as crianças vivem em jaula. Na comunidade, a rua, os espaços comuns, a praça, os transportes, enfim, em todos os lugares em que as crianças estão expostas.

♦ Há conseqüências para a saúde mental, física, é um desastre total. O Estado vai gastar com o tratamento de cidadãos totalmente lesados. No resumo do relatório está dito que a violência pode provocar maior suscetibilidade a problemas sociais, emocionais e cognitivos durante toda a vida. Nos Estados Unidos, em 1996, os custos ligados a maus-tratos e abandono de crianças foram de US\$ 12,4 bilhões.

♦ O Estado é responsável por assegurar os direitos da criança. E não falo só do Executivo, mas do Parlamento, que tem que fazer leis. As leis não são varinha mágica, mas sem lei não se muda a realidade, não se mobiliza, a sociedade civil não se organiza, não se defendem direitos, é só convenção internacional. Então, isso não custa dinheiro. Os parlamentares são pagos para fazer leis. Temos um estatuto [o da Criança e do Adolescente] maravilhoso, mas entre o estatuto e sua aplicação há um abismo. Então o Estado precisa fazer seu dever de casa. Não dá para continuar tolerando criança e adolescente em conflito com a lei, vivendo em jaula, em condições subumanas, mais maltratados do que cachorros e gatos da Sociedade Protetora de Animais. Está na responsa-

bilidade do Executivo, do Parlamento, do Judiciário e do Ministério Público. Esses são os atores principais. Quanto à família, toda revolução cultural é complicada, mas o Estado tem papel pedagógico: demonstrar às famílias que a violência não compensa.

♦ Hoje não dá para marido bater em mulher. Mas em criança se pode bater na rua, à vista de todos. Em algumas cidades do mundo, se eu der um chute num gato vou preso. Agora, as mães podem puxar orelha, dar chute, beliscão em criança em público... Ninguém faz nada. Por quê? Acho que as crianças, primeiro, não são consideradas sujeitos de direito, cidadãos; elas são consideradas propriedade dos pais — não devem ser ouvidas, assim como as mulheres antigamente, que se achava que não tinham racionalidade suficiente para votar, por exemplo. É o mesmo raciocínio. Quando, no Brasil, se propôs o voto para os jovens de 16 anos foi um deus-nos-acuda. Depois foi uma beleza. É um exemplo que o Brasil dá ao mundo. Então, a emancipação da criança ainda está por vir. Há um representante especial do secretário-geral da ONU para o tema do envolvimento de crianças em conflitos armados, que se reporta ao Conselho de Segurança. Agora, o que se chama em inglês *bullying*, quer dizer, a provocação entre coleguinhas na escola, terrível, a estigmatização, a discriminação, isso não está na agenda do debate. Os professores, muitas vezes, nem querem se meter nisso. Ninguém protege as crianças disso.

♦ A Comissão de Direitos Humanos da ONU foi criada em 1948. O único relatório que houve antes foi em 1996, o de Graça Machel [viúva do líder moçambicano Samora Machel, hoje casada com o sul-africano Nelson Mandela] sobre meninos-soldados. Portanto, na ONU nunca houve antes um relatório sobre violência contra a criança.

♦ Tem-se muito estudo histórico sobre a dominação, por exemplo, dos pais sobre as filhas: a escolha do marido, o casamento precoce... Isso, historicamente, tem estudo à vontade. Mas não é percebido como violência, e sim como prática tradicional, o não-exercício do direito da mulher.

♦ Não importa o regime, não importa o país, o apoio a este trabalho não veio só dos países desenvolvidos do Norte: o Sul assumiu a temática. A consulta de Buenos Aires foi uma maravilha, houve uma declaração magnífica dos ministros se comprometendo a acabar com o castigo corporal. Então, o livro não é um catálogo de horrores. Na verdade é um retrato, acho que razoável e com

esperança. E tem muito boas práticas. Do Norte e do Sul.

♦ Os Estados estão preparados para dar o salto. As crianças e os adolescentes são os melhores *experts*. Se os governos não os ouvirem não será possível caminhar na emancipação deles. Temos que integrá-los ao processo. O que mais choca é a situação das crianças em conflito com a lei, atrás das grades no mundo inteiro, cumprindo pena, misturadas com adultos. E meninas misturadas com meninos e adultos. Visito tudo, todo lugar. É penoso, mas tenho que ir. Se você não vai, você não vê. Não adianta ficar trocando e-mail com colega.

♦ A Secretaria Especial de Direitos Humanos vai publicar o livro em português, no Brasil, no início de 2007. O relatório à Assembléia Geral já está traduzido em português pelo Unicef. Além disso, tem uma versão para crianças, que a Alemanha, por exemplo, vai traduzir e distribuir em 10 mil escolas do país. A França também.

♦ Não há um âmbito da violência a ser extinto primeiro. Temos um kit básico que esperamos que se faça já em 2007. Primeiro, a tradução da legislação internacional, adequada a cada país, inspirada pelas recomendações da ONU. Depois, melhorar os dados, porque muitos países não têm a mais pálida idéia nem de quantos adolescentes estão encarcerados. E não é possível ter uma política de mudança sem números claros.

♦ Pode-se melhorar também os serviços de recebimento de denúncias, as *child help line*, como o SOS Criança em São Paulo, que hoje existem nuns 100 países. Também sugerimos a criação dos *ombudsperson*, ouvidores que concentrem a defesa dos direitos das crianças. A França tem um *défenseur*, a Noruega também. Outra proposta é que os governos assumam seu papel pedagógico de transformação de práticas. A começar pelo apoio aos pais para que aprendam a educar e disciplinar os filhos sem uso da violência.

♦ Ah, a última coisa, muito na linha do que a OMS já está fazendo, e aliás ela acabou de publicar um guia: prevenção da violência. É melhor prevenir do que tentar consertar as lesões depois. 

#### Mais informações

*Íntegra da entrevista:* [www.agencia.fapesp.br/boletim\\_dentro.php?data%5Bid\\_materia\\_boletim%5D=6472](http://www.agencia.fapesp.br/boletim_dentro.php?data%5Bid_materia_boletim%5D=6472)

*Respostas dos países-membros e relatório final (em inglês, francês e espanhol):* [www.ohchr.org/english/bodies/crc/study.htm](http://www.ohchr.org/english/bodies/crc/study.htm)

## SERVIÇO

## EVENTOS

**NANOBIOTECNOLOGIA, FARMACOGENÉTICA E TERAPIA GÊNICA — AVANÇOS E IMPACTOS PARA SAÚDE**

Para debater benefícios e riscos das novas tecnologias aplicadas a genética humana, o Projeto Ghente (Estudos Sociais, Éticos e Jurídicos sobre Acesso e Uso de Genomas em Saúde) organizará seminário em março, com apoio do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). São 350 vagas, e as inscrições gratuitas serão limitadas à capacidade do auditório.

Data 22 e 23 de março de 2007

Local Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro

**Mais informações**

Tel. (21) 3885-1721

E-mail [ghente@ghente.org](mailto:ghente@ghente.org)

Site [www.ghente.org/](http://www.ghente.org/)

**2º CONGRESSO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA — ISAAC BRASIL**

Organizado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Gabriel Porto, pela Faculdade de Ciências Médicas e pelo Instituto de Estudos da Linguagem, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a segunda edição do congresso traz ao debate o tema *Caminhos da comunicação alternativa no Brasil: usuário, família, profissional e pesquisado*. A proposta é reunir profissionais de diversas áreas do conhecimento, entre elas fonoaudiologia, fisioterapia, engenharia, informática e psicologia, que se dedicam à educação e ao atendimento de pessoas com deficiência.

Data 15 a 19 de maio

Local Unicamp, Campinas, São Paulo

**Mais informações**

Site

[www.fee.unicamp.br/isaacBrasil2007/](http://www.fee.unicamp.br/isaacBrasil2007/)

E-mail [isaacbrasil2007@gmail.com](mailto:isaacbrasil2007@gmail.com)

**19º CONFERÊNCIA MUNDIAL DE UIPEs DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Organizado pela União Internacional de Promoção de Saúde e Educação, o evento tem como obje-

tivo conferir os avanços da promoção de saúde desde a Carta de Ottawa (novembro de 1986). Para tanto traz como tema *Ciência, política e prática para o século 21*. Serão debatidos os seguintes temas: redução das desigualdades em matéria de saúde; vantagens do enfoque saúde e desenvolvimento; efetividade da promoção de saúde; e transformações.

Data 10 a 15 de junho

Local Vancouver, Canadá

**Mais informações**

Site [iuheconference.org/en/index.htm](http://iuheconference.org/en/index.htm)

E-mail [canada2007@iuheconference.org](mailto:canada2007@iuheconference.org)

**3º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o evento apresenta o tema *Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização*. O objetivo é reunir docentes e pesquisadores da área de ciências sociais e humanas em saúde, da medicina social e de políticas de saúde, como também profissionais atuantes nos campos de prevenção, cuidado, atenção e gestão em saúde.

O prazo para envio de trabalhos estará encerrado em 16 de fevereiro (correio) e 23 de fevereiro (internet).

Data 7 a 18 de julho

Local Salvador, Bahia

**Mais informações**

Tel. (48) 3248-5838

Site [www.congressosalvador2007.com.br](http://www.congressosalvador2007.com.br)

E-mail [abrasco2005@acorianaeventos.com.br](mailto:abrasco2005@acorianaeventos.com.br)

## INTERNET

**CADERNO MÍDIA E SAÚDE PÚBLICA**

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais lançou em dezembro de 2006 o *Caderno Mídia e Saúde Pública*, como parte das comemorações de seus 60 anos, completado em junho. A publicação reúne artigos apresentados no seminário "Mídia e Saúde

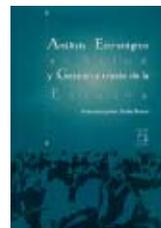
Pública", em dezembro de 2006, que teve como objetivo promover a reflexão sobre o papel da mídia no sistema de defesa sanitária. Debate ainda a situação ética que envolve o papel do jornalista e da mídia na divulgação da saúde e do seu relacionamento com a área médica, como também o papel das mídias em sua relação com o conceito ampliado de saúde, a importância da comunicação no controle social, o papel da comunicação estratégica, a comunicação como ferramenta para a mobilização social e as possibilidades de difusão de conteúdos educativos no campo da saúde no ambiente *web*.

A publicação está disponível no site da ESP-MG: [www.esp.mg.gov.br](http://www.esp.mg.gov.br)

## LANÇAMENTO

**GESTÃO EM SAÚDE**

*Análisis Estratégico em Salud y Gestión a través de la Escucha*, do professor Francisco Javier Uribe Rivera, faz parte da coleção da Editora Fiocruz em língua espanhola.



O objetivo dessa iniciativa é difundir os livros sobre Saúde Pública e Coletiva editados em português nos países latino-americanos e em outras regiões do mundo. Este livro, um desdobramento da tese de doutorado do autor, defendida em 1991 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), trata de uma proposta teórico-metodológica da gestão em saúde. O autor se debruça sobre a obra de vários autores contemporâneos que, de alguma forma, contribuíram na construção de novas possibilidades de gestão visando a ação comunicativa. 

## ENDEREÇOS

**Editora Fiocruz**

Av. Brasil, 4.036, sala 112  
Manguinhos

CEP 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail [editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)

Site [www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)



## PÓS-TUDO

## Os índios Xikrin e a CVRD

Cesar Gordon

Nas últimas semanas, os principais jornais do país noticiaram o imbróglcio entre os índios Xikrin e a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), em Carajás, no Pará.

Os Xikrin são cerca de 900 índios, 80% dos quais com menos de 30 anos. Pequena parcela fala fluentemente o português. Foram contatados nos anos 1950, sofreram perdas demográficas na década seguinte e viram-se reduzidos a menos de 100 pessoas. Recuperaram-se custosamente e agora enfrentam-se enormes desafios — econômicos, políticos, culturais e existenciais — de viver na Amazônia em tempos de globalização.

Em 1º/11/2006, a CVRD anunciou a suspensão do apoio financeiro aos Xikrin em virtude da ocupação de suas instalações pelos índios, dias antes. O auxílio está previsto desde 1989, quando a CVRD, atendendo à resolução 0331/86 do Senado, firmou com os Xikrin e a Funai o Convênio 453/89. Este prevê assistência à comunidade como forma de minorar os impactos ambientais causados pelas operações minerárias da empresa na área que é hoje a Floresta Nacional de Carajás, limite à terra indígena. (...)

A obrigatoriedade do repasse parece ser também o entendimento da Justiça, conforme recente liminar (...) deferindo a ação do Ministério Público e da Funai e determinando que a CVRD restabeleça o pagamento.

À parte questões legais, deve-se considerar que existe uma brutal desproporção de forças entre a CVRD

e os índios. Soa absurda a tentativa da companhia de incriminar a comunidade. Mais absurda ainda, e exagerada, foi sua decisão de denunciar o caso à Organização dos Estados Americanos. A empresa sabe perfeitamente que os Xikrin não representam a ameaça alegada.

As discordâncias são antigas e giram em torno do dinheiro. Os índios consideram insuficientes os repasses, afirmam que a mineradora não cumpre fielmente os acordos firmados, e sustentam que só são ouvidos quando promovem atos de protesto. A CVRD vem ultimamente desqualificando as demandas indígenas e diz que não negocia sob pressão.

Em todo caso, é fundamental entender que as reivindicações dos índios por dinheiro e bens não são resultado de aculturação. Os Xikrin não são índios capitalistas, oportunistas ou degenerados. Sua busca por mercadorias obedece a uma lógica cultural própria. Ela está em continuidade com a forma tradicional pela qual os Xikrin se relacionam com não-indígenas e estrangeiros: incorporando de fora novos conhecimentos e capacidades técnicas e estéticas, e convertendo-os internamente em valor, por meio de uma sofisticada economia ritual e simbólica.

Não procedem os repetidos argumentos de que os Xikrin não sabem gerir adequadamente os recursos. Não se pode pensar, de maneira simplista, que a economia indígena opera com base nos mesmos princípios que nossa economia capitalista. Os Xikrin têm várias idéias de como usar o dinheiro de maneira altamente satisfatória a seus próprios propósitos, de maneira criativa e produtiva. Por exemplo, nos últimos anos, eles incrementaram vivamente as atividades

rituais, agregando todo um conjunto de bens industrializados e facilidades técnicas. E isso é muito importante, pois o ideal da pessoa xikrin está intrinsecamente ligado aos rituais.

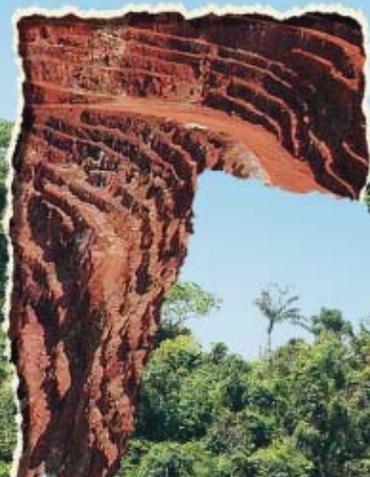
No entanto, quando essa dinâmica sociocultural se depara com um universo de mercadorias e objetos produzidos em escala industrial, surgem efeitos complexos e inesperados, até para os índios. O principal deles é o que poderíamos ver como uma espécie de "inflação" indígena: a rápida depreciação do valor dos objetos na sociedade xikrin, criando novas demandas em espiral. Assim, apesar de perfeitamente legítimo, o consumo crescente que se vê entre eles tem resultados *colaterais*, por vezes desvantajosos. O aumento da ingestão de alimentos industrializados, por exemplo, tem favorecido o surgimento de algumas doenças como diabetes e hipertensão.

Os Xikrin passam por um momento crucial e delicado. A grande questão diante deles é: como garantir a sustentabilidade do modo de vida xikrin na presente situação histórica. É preciso construir essa resposta devagar, cautelosamente, sem jamais deixar de considerar o ponto de vista dos próprios índios.

Os responsáveis pelos assuntos indígenas da CVRD deveriam ter inteligência e sensibilidade para perceber que não estão em jogo apenas toneladas de minério ou alguns milhões de dólares, mas a vida de uma população humana, minoritária, que luta para sobreviver e manter seus valores e expectativas em um contexto histórico de mudanças rápidas e grande impacto.

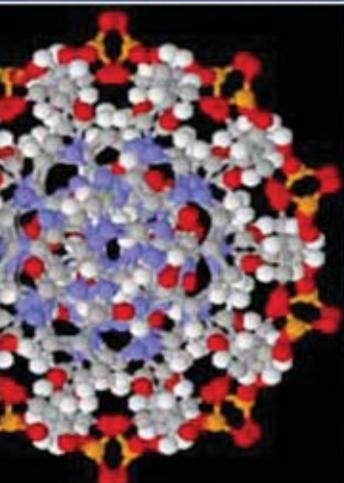
A CVRD não é vítima dos Xikrin. Tampouco eles são vítimas da companhia. Mas é preciso um grande esforço para superar os mal-entendidos culturais e fazer com que a relação não seja de confronto, mas de cooperação. Para tanto, a companhia precisa sair de sua passividade cômoda, assumindo responsabilidades proporcionais ao seu tamanho. 

\*Antropólogo e etnógrafo, doutor pelo Museu Nacional da UFRJ, professor do Instituto Multidisciplinar da UFRRJ; pesquisa os xikrin desde 1998; autor de *Economia selvagem: ritual e mercadoria entre os índios Xikrin-Mebêngokrê* (Editora Unesp). Publicado em 16/12/06 na Agência Carta Maior (<http://agenciacartamaior.uol.com.br>).



# SEMINÁRIO

## NOVAS TECNOLOGIAS DA GENÉTICA HUMANA: AVANÇOS E IMPACTOS PARA A SAÚDE



### NANOBIOTECNOLOGIA



### FARMACOGENÔMICA

Inscrições gratuitas através do site  
[www.ghente.org](http://www.ghente.org)



### TERAPIA GÊNICA

No Rio de Janeiro, dias 22 e 23 de março  
Auditório da Escola Nacional de Saúde Pública  
ENSP | Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz



APOIO:

Ministério da Saúde

FIUCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Departamento de Ciência  
e Tecnologia