

NA SÚMULA

Saúde LGBT

CNS
aprova política
nacional para essa
população, vitória
do movimento
social que pode
reivindicar agora
atendimento
humanizado
no SUS

RADIS
comunicação em saúde

DESDE 1982

N° 89 • Janeiro de 2010

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



9º ABRASCÃO

A saúde coletiva, coesa e consciente,
aponta riscos e reitera o compromisso
com o SUS público e transformador



O material informativo sobre hanseníase produzido no Brasil nos últimos 36 anos (1975-2008) foi marcado pela comunicação vertical e genérica sobre a doença. Os processos comunicativos de programas de controle, em geral, são fragmentados e privilegiam o saber técnico, excluindo o destinatário das etapas de produção e avaliação dos materiais. O modelo, seguido pelo governo federal, os estados e os municípios, prioriza a distribuição de material durante as campanhas de hanseníase ou nas atividades educativas dos serviços de saúde.

A constatação está na tese de doutorado "A palavra & as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase", defendida na Ensp/Fiocruz em 2009 pela psicóloga Adriana Kelly Santos, orientada por Simone Monteiro (IOC/Fiocruz). Adriana, que é assessora técnica da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Hanseníase, adotou no estudo o referencial teórico-metodológico da produção social de sentidos para contextualizar representações e práticas no cotidiano dos programas de hanseníase. A pesquisa resultou num acervo eletrônico com 276 materiais educativos, contendo análise descritiva e temática, que ficará disponível no Portal da Fiocruz e, impresso, na Biblioteca da Ensp.

O núcleo central na representação da doença está geralmente nas frases "Hanseníase tem tratamento e cura"; "Procure um

serviço de saúde"; "Manchas brancas ou avermelhadas dormentes em qualquer parte do corpo". O foco majoritário é o "público em geral" (75%), com folhetos e panfletos sobre autossuspeição e detecção de casos na população.

A categoria "profissionais de saúde" está representada em 12% dos materiais: cartilhas e álbuns são usados em treinamento técnico, enquanto folhetos e cartazes, nas atividades externas. Apenas 3% do material é destinado aos "portadores de hanseníase", distribuídos nas consultas individuais ou em atividades de grupo.

Profissionais de saúde e pacientes entrevistados consideraram a cartilha o formato mais adequado de material educativo, por favorecer a abordagem de pontos críticos na comunicação, como os sintomas neurológicos, as complicações da doença (reações imunológicas, incapacidades físicas e deformidades) e a explicação sobre a substituição do termo lepra por hanseníase – segundo o estudo, essa substituição busca a construção de novos sentidos e práticas sobre a doença, permitindo que a população construa representações diferentes e, por vezes, contraditórias.

USO DO GROTESCO

A leitura coletiva dos materiais, contextualizada com as experiências dos pacientes, permitiu debater a exposição de lesões e feridas – abordagem que indica a adoção de pedagogia pautada no "transporte" de conteúdos científicos e jargões técnicos. O uso do grotesco, este com base na pedagogia do amedron-

tamento, de um lado tende a reforçar as representações estereotipadas da hanseníase. Por outro lado, pode facilitar o processo de reconhecimento da doença, pela associação com as manchas percebidas no corpo.

Algumas peças escapam dessa lógica: na busca de maior aproximação com o leitor, veiculam situações cotidianas, abordagem mais direta e personalizada. É comum o uso de fotografias de ex-pacientes e do rosto de pessoas sem lesões, de diferentes idades, cor, sexo, além de imagens de artistas de reconhecimento público e referências a aspectos religiosos e regionais. Essa abordagem contribui para restituir a autoestima da pessoa portadora de hanseníase e auxiliar no processo de formação de nova mentalidade sobre a doença, como esperam gestores e ativistas da área.

Para Adriana, ficou evidente a necessidade de uma comunicação que leve em conta diferenças de gênero, o cotidiano do paciente, suas relações com o mundo do trabalho, as limitações físicas – a dor, a diminuição da força, o afastamento do trabalho –, os aspectos emocionais e da sexualidade.

A análise das mensagens a partir das experiências dos pacientes fortalece o vínculo entre os sujeitos no processo comunicativo e melhora o uso desses recursos nas atividades educativas. Adriana sugere que, no contexto dos serviços, pacientes e profissionais de saúde participem do processo de produção e avaliação das ações educativas. Essa estratégia pode favorecer a criação de espaços dialógicos essenciais à subjetividade e à adesão ao tratamento. ■

HANSENÍASE

Ao paciente, a palavra



Pesquisa e ação

Olhando de relance, parece mais um evento gigantesco e sem identidade, perdido em seus próprios números massificados: 7 mil participantes, 10.700 resumos inscritos, 8 mil selecionados, sendo 4.300 pôsteres, 600 comunicações coordenadas etc. Mas a costura cuidadosa das anotações feitas por poucos e obstinados repórteres no 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva revela outra leitura: discussões transversais, interessantes e politizadas que se confirmam na perspectiva da luta “pela democratização radical da sociedade” defendida pela *Carta de Olinda*, publicada na íntegra no fim desta edição.

Assim como o documento-síntese do congresso, as manifestações de um público nada passivo, integrado por acadêmicos e profissionais de todo o país, lembram os tempos em que as reuniões da SBPC davam o tom da ação política e acadêmica com base na reflexão crítica. Por outro lado, a cobertura jornalística de painéis, conferências e grandes debates registra verdadeiras aulas, um encontro polifônico da melhor qualidade científica.

Neste evento, a prática “cataniquel” de expor milhares de pôsteres em labirintos vazios deu lugar a nova metodologia: apenas um dia de exibição por trabalho, em ilhas temáticas, com discussão assegurada entre autores e seus pares de interesse comum. Outro sinal de acolhimento de críticas anteriores se refletiu na incorporação do discurso de novos atores, como

os integrantes das residências multiprofissionais, das graduações e dos mestrados profissionais.

A plateia ovacionou o presidente Lula – como é frequente em suas aparições públicas –, mas não perdeu a chance de se manifestar a favor de residências multiprofissionais e contra as leis do Ato Médico e das fundações estatais de direito privado. Mesmo na dispersão do último dia, participantes souberam farejar e sorver inspirada análise sobre Reforma Sanitária. Outra prova de que tema bom nem sempre é o novo foi o renovado interesse pelas metáforas da fome e o pensamento de Josué de Castro, no centenário de seu nascimento. Macrovisões como a de que, em saúde, inovação é acesso universal e equitativo deram direção e sentido à infinidade de temas, debates e pesquisas presentes no evento, resumidos em 24 páginas da revista, conforme indica o Sumário ao lado.

Enquanto pesquisas demonstram que regiões de todo o mundo correm risco em consequência de mudanças climáticas e desigualdades, duas sínteses clamam por ação: “Sabemos muito sobre doenças e quase nada sobre saúde”, alerta a doutora em antropologia e saúde; “Educação... um pedaço de terra (para trabalhar e alimentar), casa digna para morar e espaço e tempo para lazer é promoção à saúde”, ensina a líder camponesa.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Ao paciente, a palavra 2

Editorial

- ♦ Pesquisa e ação 3

Cartum

3

Cartas

4



Súmula

5

Toques da Redação

9



9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

- ♦ Em saúde, inovação é acesso 10
- ♦ O mangue redescoberto 12
- ♦ A hora é de desafinar 14
- ♦ Inovação contra a iniquidade 16
- ♦ O público está privado 16
- ♦ A batalha de Obama 19
- ♦ Filas, gritos, ovação: é Lula no Guararapes 20
- ♦ Aborto no Estado laico 22
- ♦ E a saúde, tem cor? 24
- ♦ Saúde indígena ontem e hoje 26
- ♦ O ambiente que adocece 28
- ♦ Socorro da agroecologia 29
- ♦ Enquanto isso, o agronegócio... 30
- ♦ Determinantes, novo olhar 31
- ♦ Bem-estar social, como financiar? 32

Radis adverte

33

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ Carta de Olinda 35

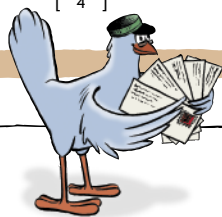
CARTUM

NUVENS DE MOSQUITOS
NO ABRASÇÃO...



Capa Aristides Dutra (homenagem ao Centenário de Mestre Vitalino)

Ilustrações Aristides Dutra (A.D.) e Rosângela Pizzolati (R.P.)



CARTAS

UPA E REALIDADE



Conheci a *Radis* por um amigo que recebe a revista, achei o conteúdo muito bom e muito atual, com assuntos que desejamos conhecer. Sou militar do CBMERJ [*corpo de bombeiros*] e gostei muito da matéria sobre a UPA 24 horas (*Radis* 83), que retrata com muita clareza e veracidade o que o cliente vive; infelizmente, não temos como evitar a nossa realidade. Parabéns pelo trabalho desta equipe.

♦ Luana Regina Santos Mello, Rio de Janeiro

CHAGAS E LUTO

Fantástica a reportagem "A morte do sábio" (*Radis* 87), sobre o Dr. Carlos Chagas, que se doou tanto à ciência da saúde e repentinamente deixou

de luto o país. A revista *Radis* tem acrescentado muito a minha graduação em Enfermagem, com reportagens instigantes. Sou grato por receber todo mês um exemplar.

♦ Izaias Gouveia Gomes Júnior, Caruaru, PE

PROJETOS EM CURSO

Sou servidor da Funasa e quero parabenizar a *Radis* pelos temas. Faço parte de um novo sistema de trabalho em Nova Iguaçu, com participação de consultórios e clínicas particulares, informando aos profissionais da rede privada a importância da informação e da notificação dos agravos notificáveis. Entregamos os formulários de notificação e voltamos aos consultórios e clínicas resgatando as notificações. Entregamos depois ao setor de Vigilância Epidemiológica, que identifica mais rapidamente doenças como dengue, diminuindo a letalidade de suas formas. Parabéns à Coordenação de Vetores da Vigilância Epidemiológica por ter iniciado este importante trabalho de parceria do setor público com o privado.

♦ Carlos Augusto de Lima Gomes, Nova Iguaçu, RJ

Sou leitora assídua da revista *Radis*. Se venho parabenizá-los pelos conteúdos de interesse coletivo. Digo isso porque uso para desenvolver temas para a Pastoral da Saúde, onde sou coordenadora da Dimensão Comunitária-Educativa, e também no setor serviço – Laboratório Local de Jaboticabal, onde atuo há mais de 20 anos.

♦ Wilda Aparecida Haynes, Jaboticabal, SP

Sou estudante de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense e trabalho numa instituição de acolhimento infanto-juvenil. Gostaria de receber exemplares de sua revista, pois seria de grande valia para meus estudos e meu trabalho. Desde já agradeço a atenção, e parabéns pelo trabalho excelente que desenvolvem.

♦ Simone Graça Dias, São Gonçalo, RJ

Sou aluna de Farmácia da USP e estou participando de projeto fruto de aliança entre Anvisa e USP, em fase de finalização. São duas vertentes: uma com os radialistas, na ideia de conscientizá-los dos perigos da propaganda enganosa de medicamento (*Radis* 79), e outra com crianças carentes de uma escola no município de Taboão da Serra, com as quais fizemos atividades sobre saúde, medicamentos e propaganda. Gostáramos de divulgar tais atividades.

♦ Michelle Moreira de Matos Pinto, São Paulo

Sou assinante dessa maravilhosa revista que é a *Radis* desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Atualmente a utilizo bastante no curso de Técnico em Saúde Bucal do qual sou coordenador. Desde já agradeço pela oportunidade de ter um conteúdo mensal de imensa qualidade da saúde pública brasileira.

♦ Rodrigo Betti Maia, Lajeado, RS

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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 65.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Lucas Sakalem (estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Rosângela Pizzolati (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno



Ministério
da Saúde



Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane Abrantes e Jeniffer Mendes (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA



FOTO: YVES HERMAN/REUTERS



FOTO: ERIC FEFERBERG/AF



FOTO: JONATHAN ERNST/REUTERS

A Comissão Europeia em Bruxelas, o Palácio do Eliseu em Paris e a Casa Branca em Washington: adesão ao Dia Mundial de Luta contra a Aids



FOTO: PETER ILICIEV/FIOCRUZ

A Fiocruz inovou: promoveu internamente a ação *Fique Sabendo*. De 1º a 4 de dezembro, os funcionários puderam fazer o Teste Rápido de HIV-12 — o resultado saía na hora

vezes menor que a das cidades com mais de 500 mil habitantes. Em 2007, a relação caiu para três vezes.

A exceção é Norte e Nordeste, que tiveram aumento da taxa de incidência entre 1997 e 2007 em municípios grandes e pequenos. O perfil da epidemia se baseou nos dados de 4.867 municípios brasileiros em que houve pelo menos uma notificação da doença. Em municípios com mais de 500 mil habitantes, houve decréscimo da taxa de incidência de 32,3 para 27,4 notificações por 100 mil habitantes.

Dos 100 municípios com mais de 50 mil habitantes que apresentam maior taxa de incidência de aids, os 20 primeiros da lista estão no Sul. Porto Alegre (RS) encabeça, com taxa de incidência de 111,5 por 100 mil habitantes, seguida de Camboriú (SC), com 91,3. “Os dados justificam a necessidade de contínuo investimento em ações descentralizadas, respeitando as especificidades de cada local sem perder o foco de que a epidemia no Brasil é concentrada”, disse Mariângela Simão, diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

De 1980 a junho de 2009 foram registrados 544.846 casos de aids no Brasil, com 217.091 mortes; há de 33 mil a 35 mil novos casos notificados anualmente, e a estimativa é de que haja 630 mil pessoas infectadas pelo HIV.

A razão de sexo (número de casos em homens dividido por número de casos em mulheres) se estabilizou a partir de 2003: para cada 15 casos em homens há 10 em mulheres. Mas entre jovens de 13 a 19 anos é o contrário: nessa faixa etária, o número de casos de aids é maior entre as

meninas, tendência que se verifica desde 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas.

Na transmissão vertical, boa notícia: o Brasil reduziu em 41,7% a incidência de casos de aids em crianças menores de 5 anos. O coeficiente de mortalidade também caiu 70,0% (em 1997, era de 2,0 por 100 mil habitantes, caindo para 0,6 em 2007).

De 1998 a junho de 2009, foram notificados 55.124 casos de sífilis congênita (transmitida da mãe ao bebê) em menores de 1 ano. São registrados, em média, 5 mil casos da doença a cada ano. A estimativa é que haja, contudo, 12 mil notificações anuais. Dos casos registrados em 2008, 39% (2.150) foram no Sudeste, 33,9% (1.872) no Nordeste, 13,4% (739) no Norte, 7,3% (403) no Sul e 6,3% (342) no Centro-Oeste. Em 10 anos o país registrou 976 óbitos.

O SUS oferece exames de sífilis e HIV. Do ponto de vista da saúde pública, o principal desafio no combate à sífilis é a transmissão vertical. Na gravidez, pode provocar aborto e morte do feto. A manifestação congênita acarreta malformações ósseas, surdez, cegueira e problemas neurológicos, entre outros, para a criança. A transmissão vertical do HIV pode ocorrer na gravidez, no parto e na amamentação. (Íntegra do Boletim: www.ensp.fiocruz.br/radis/88/web-01.html)

BALANÇO AIDS 2009

Os grandes centros urbanos do país registraram queda de 15% na taxa de incidência da aids entre 1997 e 2007, mas a incidência nos municípios com menos de 50 mil habitantes dobrou, anunciou o Boletim Epidemiológico Aids/DST 2009 (www.aids.gov.br), divulgado em 26/11. As grandes cidades concentram 283.191 casos, ou 52% do total. Em 1997, a taxa nas cidades pequenas era oito

MORTALIDADE SOBE EM SP

Balanço da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo mostrou que a taxa de mortalidade por aids no estado subiu pela primeira vez desde 1995 (*Folha de S. Paulo*, 1º/12). O



número de mortes em 2008 foi de 8,2 por 100 mil habitantes, contra 8,0 por 100 mil no ano anterior.

Morrem 3.300 soropositivos anualmente. "O impacto da terapêutica antirretroviral levou à queda da mortalidade e houve estagnação, mas o problema hoje ainda é o diagnóstico tardio do HIV", disse Maria Clara Viana, diretora do Programa Estadual DST-Aids. A contaminação por HIV, no entanto, caiu 64,4% de 1998 a 2008 — de 34,3 casos por 100 mil habitantes para 12,2 casos.

FALTA INFECTOLOGISTA NO RIO

O Grupo Pela Vidda-RJ informa: mais de 1.630 pessoas ainda morrem de aids anualmente no Estado do Rio, ou seja, 136 por mês, quase 5 por dia. "Mais de 2 mil novas infecções por ano é muito", protesta o psicanalista George Gouvêa, vice-presidente do Pela Vidda. "Existem, aproximadamente, 4 milhões de reais *parados* na Secretaria Estadual de Saúde, Gerência de DST/Aids", afirma ele. "É dinheiro para o trabalho de prevenção das ONGs, mas há três anos não é realizada concorrência para projetos".

Além disso, há falta de médicos infectologistas (ou clínicos treinados para tratamento de pacientes vivendo com HIV/aids) na rede de unidades de saúde. Segundo George, o déficit é de 30 médicos, mas com 20 a situação já melhoraria. "Também faltam remédios para doenças oportunistas, cuja responsabilidade de distribuição é do estado", conta. "Em novembro ocorreu descontinuidade do fornecimento de antirretrovirais, o que causou falta ou fracionamento dos remédios em várias unidades de saúde". A responsabilidade de distribuição dos antirretrovirais, por sua vez, é do Ministério da Saúde.

A HISTÓRIA DE UM BEIJO

O *Journal do Brasil* (2/12) contou a história do vídeo *O beijo*, do Ministério da Saúde, parte da campanha *Viver com aids é possível. Com o preconceito não*, que tem foco no estigma. O vídeo é protagonizado pelo estudante de Letras Samir Amim, de 24 anos, mineiro de Belo Horizonte, infectado em 2000 após sexo sem proteção com várias mulheres. "Ainda sofro com o preconceito dentro e fora da família", disse. "Há parentes que evitam o contato, e uma pessoa saiu do elevador em razão da minha presença". A jovem que beija Samir é a atriz e cantora Priscila Ferrari, 27 anos. Satisfeita com o resultado, disse que pensou um pouco antes de aceitar: consultou a família, um infectologista e o próprio Samir sobre o risco de ser contaminada durante o beijo. Tiradas as dúvidas, Priscila ganhou um novo amigo. "Foram mais de 6 horas seguidas de beijos transformadas em breves 30 segundos", disse. "Poder contribuir para essa luta contra o preconceito foi decisivo para aceitar, um grande aprendizado que me conscientizou acerca do tema e me permitiu um crescimento pessoal".

O jornal carioca *O Dia* (30/12) publicou inovadora série de reportagens, *O amor nos tempos da aids* (http://odia.terra.com.br/portal/rio/html/2009/11/sera_que_este_amor_pode_dar_frutos_49683.html), sobre as dificuldades dos casais sorodiscordantes que querem filhos. Ainda tem custo alto a técnica de lavagem de sêmen do parceiro soropositivo, que pode estar entre os serviços a serem oferecidos neste ano pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj), no Rio.

O PESO DA DEPRESSÃO

Pessoas infectadas com HIV no Brasil sofrem mais com problemas sociais e psicológicos do que com a ação do vírus no organismo, informa a pesquisa Percepção da Qualidade de Vida e do Desempenho do Sistema de Saúde entre Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil, divulgada (1º/12) pelo Ministério da Saúde. A Fiocruz entrevistou 1.260 pacientes, entre os 200 mil em tratamento, e descobriu que, dos 65% de entrevistados que responderam ter bom estado de saúde, boa parte não superou os traumas psicológicos provocados pelo diagnóstico da doença: 33% das mulheres e 23% dos homens afirmaram sofrer de depressão; e 34% e 47% têm grau intenso ou muito intenso de preocupação ou ansiedade (Agência Brasil, 1º/12).

Segundo o ministro Temporão, ainda há pessoas que acreditam que soropositivos deveriam ficar isolados por representar perigo. "O Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a oferecer tratamento de forma universal, mas precisamos amadurecer como sociedade", disse ao *Brasil Econômico* (2/12).

NOVA ORIENTAÇÃO DA OMS

A OMS divulgou (30/11) novas orientações sobre aids. A principal é o início do tratamento quando a dosagem de CD4 (células de defesa atacadas pelo HIV) chegar a 350 por milímetro cúbico. Hoje, a orientação é de tratamento obrigatório a partir de 200. "No Brasil, há recomendação de tratamento abaixo dos 350 desde 2008", disse Denize Lotufo, infectologista do Centro de Referência e Treinamento em Aids da Secretaria de Saúde paulista. "Estamos discutindo começar mais cedo [entre 500 e 350] em casos especiais, como idosos, cardiopatas e doentes renais".

ÁFRICA DO SUL ROMPE COM O PASSADO

O presidente **Jacob Zuma**, da África do Sul, anunciou novas políticas antiaids, a começar pelo tratamento de grávidas, bebês de até 1 ano e soropositivos com tuberculose em 2010. O país é um dos quatro do mundo em que a mortalidade infantil cresce desde 1990 (*New York Times*, 1º/12). Com as medidas, Zuma rompeu com os métodos do antecessor, Thabo Mbeki, que em 9 anos de poder abandonou os soropositivos à própria sorte: “Não conheço ninguém que tenha morrido de aids”, dizia. Sua insensatez matou 35 mil bebês e 330 mil adultos, segundo estudo de Harvard. Apesar do clamor popular — por exemplo, a Liga de Jovens Comunistas reivindica julgamento por genocídio —, Zuma não levará Mbeki aos tribunais para



FOTO: WALDO SWIEGERS/ASSOCIATED PRESS

responder por seus crimes. Afinal, ele foi seu vice até 2005.

A África do Sul reúne mais soropositivos do que qualquer outra nação

— com 50 milhões de habitantes, tem 5,7 milhões de infectados pelo HIV e 1.000 mortes diárias. Zuma conclamou a população “a lutar contra a aids como combateu o apartheid”. Entre as medidas está o tratamento precoce da tuberculose segundo as novas recomendações da OMS. A tuberculose é a principal causa de morte entre os sul-africanos infectados pelo HIV, e o número de óbitos pela doença mais do que triplicou no país desde 1997.

Quando respondeu a processo há três anos por estuprar mulher com HIV sem proteção, Zuma declarou no tribunal que tomou banho de chuveiro para minimizar o risco de infecção — demonstração de ignorância que lhe rendeu cartuns e críticas na mídia, lembrou o NYT. “Usem camisinha”, exortou ele no discurso de 1º/12, “consistentemente e corretamente em cada encontro sexual”.

R\$ 100 MILHÕES PARA COMBATE À MALÁRIA



3 municípios
□ Não incluídos
■ Incluídos

O Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária vai investir quase R\$ 100 milhões em comunidades de 47 municípios de seis estados da Região Amazônica para ações de prevenção e tratamento da malária nos próximos cinco anos. Entre as iniciativas estão diagnóstico rápido, tratamento precoce efetivo e distribuição de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração, além de visitas constantes de epidemiologistas.

“Esse recurso adicional vai contribuir para qualificar o trabalho nesses municípios, que concentram o maior número de casos”, afirmou o ministro José Gomes Temporão. A meta é reduzir em 50% o número de casos locais, responsáveis pela transmissão de quase 70% da doença no país em 2007. A Amazônia concentra 99% da transmissão da malária no Brasil.

BRASIL TEM 24,6 MILHÕES DE FUMANTES

A Pesquisa Especial do Tabagismo, divulgada pelo IBGE em 27 de novembro, estimou em 24,6 milhões

o número de brasileiros fumantes com mais de 15 anos. A maioria é de homens entre 25 e 44 anos, de cor preta (19%) ou parda (15,3%), sem nenhuma ou com um ano de escolarização (25,7%), e 70% viviam com até um salário mínimo; vive em áreas rurais, predominantemente na Região Sul (19%), e não pretende parar de fumar em curto prazo.

Segundo a Agência Brasil, o IBGE usou metodologia internacional nesse estudo inédito, com base em dados do Ministério da Saúde e da Pnad, em auxílio a políticas de combate ao fumo. Os fumantes gastam, em média, R\$ 78 por mês: 87% fumam regularmente, de 15 a 24 cigarros por dia e acendem o primeiro entre seis e 30 minutos depois de acordar.

A maioria começou a fumar entre 17 e 19 anos; em 2008, o número de homens fumantes (14,8 milhões, ou 21,6% da população masculina) era o dobro do de mulheres (9,8 milhões, ou 13,1% da população feminina).

IDOSO VACINADO ENFARTA MENOS

A vacina contra a gripe comum reduziu em 20% a mortalidade de idosos por enfarte na cidade de São Paulo, concluiu pesquisa do Incor (*O Estado de S. Paulo*, 2/12): os efeitos da gripe, como desidratação, taquicardia, febre e processos inflamatórios, podem atuar como gatilho de problemas cardíacos.

“Pessoas imunizadas não ficam doentes ou têm quadros infecciosos muito mais leves, com menos riscos de complicações”, disse Antonio Mansur, um dos autores da pesquisa,



publicada na revista *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Agora, o Incor investiga esse efeito protetor em pacientes cardíacos jovens.

Os pesquisadores analisaram a mortalidade de idosos por doenças cardiovasculares na capital entre 1980 e 2006. Ao comparar o período anterior ao programa de vacinação — que em São Paulo começou em 1998 — ao período seguinte, verificaram queda de 36%. Do total, à vacinação caberiam 20%. A Sociedade Brasileira de Cardiologia deve incluir em breve essa recomendação em suas diretrizes oficiais, à semelhança de congêneres americanas.

OS INTERESSES DA CTNBIO

A revista *Sem Terra* nº 54 (nov/dez), Ado MST, publicou extenso trabalho sobre a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança. “A ciência segundo a CTNBio” informa que o Brasil está prestes a liberar variedade de arroz transgênico — o LL62 da Bayer S/A —, o 19º Organismo Geneticamente Modificado (OGM) a ser cultivado comercialmente no país: entre 2005 e 2009, informa



FOTO: ZECA MOREIRA

O Conselho Nacional de Saúde aprova em peso a Política LGBT: vitória dos movimentos sociais após derrota na Comissão de Assuntos Sociais do Senado

Verena Glass, jornalista e pesquisadora da ONG Repórter Brasil, a CTNBio terá dado carta branca a duas variedades de soja, 10 de milho e seis de algodão.

Uma peculiaridade é a oposição generalizada à liberação, que reuniu no mesmo palanque, pela primeira vez, ambientalistas, pesquisadores pró-transgênicos e grandes produtores. Ou seja, além dos já tradicionais críticos, desta vez se uniram contra a aprovação entidades como a Embrapa, a Farsul e associações gaúchas de arrozeiros. O que assusta no arroz da Bayer, “cuja transgenia consiste na tolerância ao herbicida glufosinato de amônio”, é a transferência da mutação genética ao arroz vermelho, principal planta invasora da cultura do arroz irrigado. Com a contaminação, a variedade, que já causa prejuízos à produtividade e à qualidade do arroz em áreas altamente infestadas, será resistente ao controle químico. Ou seja, uma ameaça à segurança alimentar do Brasil.

A autora pergunta: a que interesses a CTNBio atende? Para a aprovação comercial de transgênicos, são necessários 14 votos (a comissão tem 27 membros, e o quórum mínimo é de 14). Em 2003, oito dos atuais conselheiros (Alexandre Nepomuceno, Edilson Paiva, Flavio Finardi Filho, Francisco José Aragão, Kenny Bonfim, Luiz Antonio Barreto de Castro, Maria Lucia Carneiro Vieira e Paulo Augusto Barroso) subscreveram a “Carta Aberta dos Cientistas Brasileiros”, em que afirmam que “o Brasil não pode abrir mão da tecnologia de organismos transgênicos”. Vários têm ou tiveram relação com as empresas de biotecnologia ou com entidades por elas financiadas. Ver essas “ligações perigosas” na íntegra do artigo: www.mst.org.br/sites/default/files/A_ciencia_segundo_a_CTNBio_RE-VISTASEMTERRA.pdf

CNS APROVA POLÍTICA DE SAÚDE LGBT

O Pleno do Conselho Nacional de Saúde aprovou (12/11) por unanimidade a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais após apresentação de Ana Maria Costa, diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Sgep/MS). A marca da política é o “reconhecimento dos efeitos sobre a saúde da discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, que determinam formas de adoecimento e sofrimento em decorrência do preconceito e do estigma social” (*Radis 88*).

O objetivo da política é promover a saúde integral dessa população, “humanizando e qualificando a atenção em todos os níveis, com atendimento digno, de qualidade e respeitoso”. A missão, disse Ana Maria Costa, “é reduzir iniquidades em saúde e enfrentar o preconceito no SUS”. Também visa incluir os quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde.

“Não é uma vitória da Sgep, é mérito dos movimentos sociais, que fizeram pressão justa para valer seus direitos”, disse Antônio Alves, secretário de Gestão Participativa. “Vitória como militante e cidadã”, festejou a conselheira Carmem Lúcia Luiz, coordenadora da Comissão LGBT e representante da Liga Brasileira de Lésbicas no CNS. “O texto da Política, construído de forma coletiva, corresponde ao anseio dos movimentos sociais”.

O oposto do que ocorreu no Congresso: contrariando os movimentos sociais, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado desfigurou o projeto que tornava crime a homofobia (*Radis 88*) para atender às pressões da Frente Parlamentar Evangélica.

CIRURGIA TRANSEXUAL E FELICIDADE NO STF

O plenário do Supremo Tribunal Federal vai se reunir para discutir questão inédita: deve o Poder Público ser obrigado a bancar cirurgias de mudança de sexo? O Conselho Federal de Medicina autoriza o procedimento no país desde 2002 e o SUS autorizou o Processo Transsexualizador em 2008 (*Radis 88*), mas a demora no atendimento faz com que muitas pessoas entrem na Justiça. O Brasil tem quatro hospitais de referência em transgenitalização, e a fila de espera chega a 500 pessoas, segundo o *Correio Braziliense* (1º/12).

Chegou ao STF em 2006 ação da dançarina carioca Nicole: a demora da cirurgia estava pondo em risco sua vida, por tomar medicamentos pré-cirúrgicos por mais de quatro anos, o dobro do indicado. O governo do RJ recorreu ao STF depois que o Tribunal de Justiça decidiu que a cirurgia é dever do poder público. O *Correio* localizou Nicole no Rio e soube que a cirurgia fora feita em 2005, mas a ação se manteve porque ela também quer indenização por danos morais. O relator é o nada conservador ministro Celso de Mello. “Essa é uma das causas do congestionamento dos tribunais: a recusa do Poder Público em observar direitos e garantias, provocando, muitas vezes de modo absolutamente necessário, que se recorra à Justiça”, disse o ministro à repórter Mirella D’Elia.

Além do direito à saúde, assegurado pela Constituição, o direito à felicidade, não explícito na Carta, também entrará em pauta, anunciou Celso de Mello. “O Poder Judiciário precisa fazer uma opção: o interesse financeiro do Estado ou os valores mais fundamentais, que são o direito à saúde, à vida, ao respeito e à dignidade humana”.

toques
da
redação



ESSA NOSSA IMPRENSA... — Era 3 de novembro, Abrascão a pleno vapor. A mídia pernambucana postava em tempo real. “Centenas de pessoas na expectativa para a chegada de Lula”, dizia o *Blog do Jamildo*, no *Jornal do Commercio* — “com informações de Jamildo Melo, direto do Centro de Convenções”. O blogueiro continua: “Antes do discurso do presidente, no entanto, os presentes assistiram uma plenária de tema polêmico: comunicação social e saúde. Os palestrantes, no melhor estilo Hugo Chávez, defenderam o controle dos meios de comunicação de massa. ‘Libertar a população e não controlar a comunicação’ deu a tônica da plenária”. (???) Deu para entender? A “plenária” era o fórum *Políticas públicas de comunicação e saúde: desafios e agenda da Confecom* (Radis 88, pág. 2), que pedia, justamente, mais democracia na comunicação...



FOTO: MICHAEL RAVASSARDI/UNESCO

TRISTEZA NOS TRÓPICOS — Muitos lamentavam no Centro de Convenções a morte (30/10) do antropólogo Claude Lévi-Strauss, aos 100 anos — anunciada em 3/11. Entre 1935 e 1939, o autor de *Tristes trópicos* viveu no Brasil e ajudou a consolidar a USP, criada em 1934. A revista *Estudos Avançados* (IEA/USP) traz Dossiê Lévi-Strauss, com textos publicados em 2008 por *La Lettre du Collège de France* (www.scielo.br). *ComCiência* (www.comciencia.br), do Labjor/Unicamp, também dedica edição (a 114) ao antropólogo.

TEMOS MAORIA NEGRA — Luiz Felipe de Alencastro, titular da cátedra de História do Brasil na Universidade Paris IV (Sorbonne), pronunciou a palestra (11/12) *The mulattos in Brazil and Angola: a comparative approach, 18th-20th century* em simpósio no King’s College de Londres. A palestra começou assim: “Daqui a duas semanas os afrodescendentes serão a maioria da população do Brasil”. Então, desde

a véspera do Natal somos um país de maioria negra. Em 15/12, o Popclock do IBGE marcava a população estimada: 192.188.942. Alencastro é autor de *O trato dos viventes — Formação do Brasil no Atlântico Sul, Séculos XVI e XVII* (Companhia das Letras, 2000), que aponta a escravidão como o cerne da nossa história. Para alguns, o livro é o *Casa-Grande & Senzala* desta geração. Gilberto Freyre publicou *Casa Grande* em 1933; em 2006, o livro chegou à 48ª edição (Editora Global).

REELEIÇÃO NO CNS — Francisco Bastista Jr. foi reeleito em dezembro para o segundo mandato, ou quarto ano, na presidência do Conselho Nacional de Saúde — o mandato, de três anos, é reavaliado anualmente num processo chamado “confirmação”. Junior recebeu 27 votos dos conselheiros recém-empossados; Jurema Werneck (Radis 86), representante dos usuários, teve 21.

FALHA NOSSA! — Matéria sobre o 8º Congresso Brasileiro de Bioética, Radis 88, pág. 31: a professora Madalena Santiago na verdade mostrou em sua apresentação resultados de sua própria pesquisa, que “replacava” a do professor Sergio Rego. Desculpas aos dois!

A propósito, a Declaração de Independência dos Estados Unidos inclui a “busca da felicidade” entre os “direitos inalienáveis” do homem (“Life, liberty, and the pursuit of happiness” é a frase original — vida, liberdade e a busca de felicidade).

CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS NOS EUA

Devagar, o governo Obama vai enterrando as políticas retrógradas do antecessor. O NIH (National Institutes of Health) autorizou as primeiras experiências financiadas por recursos federais com células-tronco de embriões humanos (*Washington Post*, 2/12): 11 linhas no Children’s Hospital de Boston e duas na Rockefeller University, em Nova York, todas obtidas de embriões descartados por casais após tratamento de infertilidade. “É uma mudança real de cenário”, disse Francis Collins, diretor do NIH, evangélico declarado. “É o primeiro pagamento de uma lista que será longa”. As pesquisas atenderam aos novos requisitos éticos

criados pelo NIH; 96 aguardam exame e 254 serão em breve submetidas.

“PRODUTIVISMO” NA ACADEMIA

Carlos Coimbra Jr., editor de *Cadernos de Saúde Pública* (CSP), da Ensp-Fiocruz, comenta na edição de outubro os *Efeitos colaterais do produtivismo acadêmico na pós-graduação* (vol. 25, nº 10). As submissões de artigos cresceram de 531 para 1.279 entre 2003 e 2008, enquanto a taxa de aceite caiu de 43% para 27% — isso somente nos CSP. Esse aumento vem de práticas recentes dos programas de pós-graduação, “como a de exigir que alunos em vias de concluir o mestrado encaminhem artigo para publicação”.

Coimbra cita o parecer Sucupira, de 1965, que estabeleceu as bases da pós-graduação no Brasil — “Do candidato do mestrado exige-se dissertação... que revele domínio do tema escolhido e capacidade de sistematização; para o grau de doutor requer-se defesa de tese que represente trabalho de pesquisa

importando em real contribuição para o conhecimento do tema” — para agregar: “O aumento do número de submissões de artigos baseados em estudos pontuais de interesse local ou de textos pouco originais e de baixa relevância científica adiciona pressão extra à já sobrecarregada rotina de editores e consultores”.

O sistema de avaliação está no limite de sua capacidade, afirma, com pedidos de pareceres de periódicos e agências de fomento. “A comunidade da Saúde Coletiva brasileira, ainda que vicejante e em contínua ampliação, tem tido dificuldade para fazer frente à enorme demanda”. Coimbra reconhece a relevância de se dar visibilidade às pesquisas em Saúde Coletiva, vê o esforço das revistas atentas ao tênuo equilíbrio entre quantidade e qualidade, mas considera que a conscientização das partes envolvidas assegurará a melhor qualidade possível dos trabalhos. □

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



Em saúde, inovação é acesso

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Katia Machado, Marinilda Carvalho; fotos: Aristides Dutra

Como sempre, um universo a descobrir para quase 7 mil apaixonados por saúde pública: 10.731 resumos inscritos, 8.139 selecionados, 3.147 deles publicados nos anais do Congresso (aguardem suplemento da revista *Ciência e Saúde Coletiva*), 600 comunicações orais, 4.392 pôsteres comentados (novidade que agradou), mais quatro grandes conferências, 12 grandes debates, nove discussões temáticas, quatro palestras, 51 painéis, 106 comunicações orais temáticas, fora os 13 cursos e as 29 oficinas. Este foi o 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Abrasco entre 31 de outubro e 4 de novembro de 2009 no Centro de Convenções de Pernambuco, dito no Recife – que todos garantem estar em Olinda, afirmação reiterada pelo documento final do evento.

A *Carta de Olinda* (pág. 35), aprovada na plenária final, diz que o Brasil “está longe de ter saldado a dívida social com a maioria do povo”, afirma que as bandeiras da saúde devem “retomar a perspectiva da luta pela democratização radical da sociedade”, propõe a troca do atual sistema de produção, acumulação e distribuição de riquezas por novo modelo que promova a saúde e a qualidade de vida, “num padrão sustentável de desenvolvimento que permita a superação das iniquidades sociais”, cobra “transparência, clareza e coerência entre os discursos e as práticas”, recomenda, nas eleições que se aproximam, a rejeição das candidaturas que não se comprometam com a regulamentação da EC 29 e resume: “Em saúde, inovação é acesso”.



Na solenidade de abertura, que comemorou os 30 anos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, protestos, música e um pouco da história da saúde pública brasileira, escrita pela própria Abrasco. Antes do início da cerimônia, conduzida pelo sociólogo Arlindo Fábio Gómez de Souza (Fiocruz), o grupo “Loucas de Pedra Lilás”, ONG do Recife que usa o teatro para promover posturas cidadãs, invadiu o palco do Teatro Guararapes com manifestação em defesa do SUS. “Cadê o financiamento digno?”; “Desde quando o Serra é modelo?”; “Saúde: fora da responsabilidade fiscal”; “Saúde não é mercadoria” eram alguns dos cartazes exibidos — uma das manifestantes, sobre pernas de pau, exibiu corda no pescoço, simbolizando o enforcamento da saúde.

O Guararapes, palco principal do Centro de Convenções, com seus 2.405 lugares lotados, aplaudiu em peso o grupo aos gritos de “Deixem as meninas no palco”, prontamente atendidos: “Os congressos da Abrasco sempre estão abertos a manifestações”, concordou Arlindo. Sobre a história da associação falou seu então presidente, José da Rocha Carvalheiro — no encerramento, ele passou o comando ao pesquisador Luiz Augusto Facchini, da Universidade Federal de Pelotas, eleito para o triênio 2009-2012.

“Celebramos 30 anos de participação ativa na vida científica, acadêmica e política do país no campo da saúde coletiva”, ressaltou. A Abrasco, criada em 27 de setembro de 1979 em assembleia da Opas/OMS em Brasília, promoveu seu primeiro congresso em 1986, no Rio de Janeiro; o segundo, em 1989, em São Paulo; em 1992, Porto Alegre; em 1994, Recife; o quinto, em 1997, em Lindóia (SP); em 2000, Salvador; em 2003, Brasília; em 2006, Rio. “Somos herdeiros de uma tradição que começa no século 19 e se avoluma no século 20”, resumiu.

Reinaldo Guimarães, secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, representou o ministro José Gomes Temporão — presente no terceiro dia, acompanhando o presidente Lula (pág. 18) — e destacou a importância da pesquisa e da inovação na busca de melhor qualidade de vida e saúde para a população. São exemplos inovadores de interferência da saúde pública na melhoria da saúde da população, disse, campanhas recentes da Saúde, como a “Lei Seca” e o veto ao fumo em locais públicos, criticadas na imprensa como “intervenções indevidas do Estado na

vida dos cidadãos”, e ainda a iniciativa da Anvisa de devolver às farmácias seu papel de estabelecimentos de saúde, “e não as quitandas de conveniência” em que se transformaram.

A cerimônia foi encerrada com a apresentação de 130 jovens entre 3 e 17 anos da Orquestra Criança Cidadã. Moradores do Coque, bairro carente da região metropolitana, os alunos recebem aulas de música e inclusão digital, apoio pedagógico, psicológico, médico e odontológico, três refeições por dia e uniforme.

Toda a terra dos homens foi, até hoje, a terra da fome

JOSUÉ DE CASTRO

O tema central do congresso, *Compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde*, foi dividido em quatro eixos principais: CT&I para o cumprimento dos princípios do SUS, Saúde e seguridade social, Desenvolvimento social e econômico sustentável e Garantia dos direitos humanos. Nossa matéria, seguindo o critério de presença popular no próprio evento, muda um pouquinho essa ordem e destaca primeiro as mesas sobre o homem e seus direitos.

O MANGUE REDESCOBERTO

Como sempre, eventos no Recife — Olinda! —, terra de grandes heróis, têm homenagens muito especiais. Desta vez, o centenário de nascimento de Josué de Castro (1908-1973), o autor de *Geografia da fome*, celebrado no ano passado. A sessão especial *Direito à alimentação, qualidade de vida e saúde: trajetória de Josué de Castro*, na manhã de 3/11, tratou do médico e humanista que primeiro falou da fome. Na mesa, coordenada por Bertoldo Kruze, presidente do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (Imip), estavam dois profundos conhecedores da vida de Josué: o professor emérito da Universidade Federal de Pernambuco Malaquias Batista Filho, doutor em Saúde Pública e especialista em nutrição infantil, e o epidemiologista Djalma Agripino de Melo Filho, da

UFPE e do Centro de Estudos e Pesquisas Josué de Castro.

Em seus 75 anos, Malaquias falou de Josué com ternura e orgulho: “Fui e sou aluno permanente deste grande homem que deixou fontes de vida para compreender o passado, o presente e os horizontes do futuro”, disse. Josué influenciou o novo conceito de segurança alimentar e nutricional do Brasil, “condição que assegura a todas as pessoas, em todos os lugares, durante todo o tempo, o acesso físico e econômico a um conjunto de alimentos e nutrientes”, frisou.

Josué pesquisou relatos do Antigo e do Novo Testamento, da história chinesa e seus 1.500 ciclos de fome, estudos arqueológicos que identificaram homens subnutridos com 1,20m de altura, deformidades esqueléticas que testemunharam a elevada prevalência de cálcio e vitamina D e a existência do que chamou de “fome oculta”, contou. Em *Fome como força social: fome e paz*, publicado na revista francesa *Pourquoi* em março de 1967, Josué descreveu este “fenômeno geograficamente universal, a cuja ação nefasta nenhum continente escapa” e resumiu: “Toda a terra dos homens foi, até hoje, a terra da fome”, escreveu. “Dois terços da humanidade sofre, de maneira epidêmica ou endêmica, os efeitos destruidores da fome”.

Ao se debruçar sobre estudos de orçamentos familiares e inquéritos alimentares, propôs a criação de um salário mínimo que comportasse alimentação, habitação, educação, vestuário, saúde e transporte e uma cesta básica de alimentos, “ainda referência de hoje em dia”. A fome, produto das relações humanas, era responsável pelo rendimento. “Ele pensou na suplementação de nutrientes para o trabalhador, na merenda escolar e nas políticas agrícolas e econômicas”.

Josué foi responsável ainda pelo compromisso da FAO/ONU, da qual foi presidente por dois mandatos consecutivos, entre 1952 e 1956, com a segurança alimentar mundial. Também criou o pensamento do desenvolvimento humano sustentável, que envolve coparticipação e laços éticos entre nações. “Foi o pensador de um governo mundial capaz de gerir o problema da fome e da miséria”, disse Malaquias. Nos debates, o professor pediu mais empenho na aplicação do legado de Josué. “Já conquistamos avanços no quadro de desnutrição das crianças brasileiras, mas o país ainda ocupa a segunda pior posição do mundo em termos de assimetria altura/peso”.

Em sua palestra, *Emergência e desconstrução da metáfora homem-*





Djalma, Bertoldo e Malaquias (no detalhe): com Josué de Castro, o mangue saiu do mangue

caranguejo: satisfação de necessidades e emancipação humana, Djalma informou que o Centro Josué de Castro, fundado em Pernambuco em 1979, recebeu da família em 1987 todo o seu acervo documental. O palestrante se deteve nas duas principais metáforas do médico – o mangue e o homem-caranguejo, uma “nova espécie” – e nas três obras de Josué dedicadas ao tema: *Documentário do Nordeste* (1937), que descreve o ciclo do caranguejo; *Fatores de localização da cidade do Recife* (1948), tese de doutorado defendida para ingresso na cátedra de Geografia Humana da Faculdade Nacional de Filosofia da Universidade do Brasil, “ensaio geográfico sobre o Recife que destaca o mangue como paisagem integrante da cidade”; e *Homens e caranguejos* (1967), romance autobiográfico.

Já no século 17, os nobres de Olinda atravessavam o Recife “pisando em ponta de pé, receando os alagados e os mangues”, contou. O sentimento negativo cultivado pelos colonizadores deixou marcas que persistem no imaginário social do recifense: “O mangue é sinônimo de zona de prostituição, lugar a ser poluído com o lixo urbano, espaço potencialmente a ser aterrado sob os olhos da especulação imobiliária”.

Josué destacou os aspectos positivos da paisagem, “retirando o mangue do ‘mangue’ onde se encontrava”. Uma

ligação que começou na infância: “Nasci (no Recife) numa rua que tinha o nome ilustre de Joaquim Nabuco, o grande abolicionista dos escravos, nos tempos do Império. A casa em que nasci tinha ao lado um grande viveiro de peixes, de caranguejos e de siris. Se não nasci mesmo dentro do viveiro, como os caranguejos, já com dois anos estava dentro dele. Escorreguei um dia no barro de suas margens e fui retirado de dentro de suas águas meio afogado. Daí em diante, mergulhar nas águas do mangue tornou-se um hábito. Mudei-me depois para outro bairro mais perto do rio. (...) Bem ao lado da casa começava a zona compacta dos mocambos, das choças de palha e de barro, amontoadas umas por cima das outras num enovelado de ruelas, numa anarquia desesperadora. As casas entrando por dentro da maré, a maré invadindo as casas. Os braços do rio passando pelo meio da rua e a lama envolvendo tudo”, escreveu Josué em *Homens e caranguejos*.

As imagens da infância impregnaram toda a obra e o acompanharam até a morte, em 1973, exilado em Paris pela ditadura militar. “Criei-me nos mangues lamacentos do Capibaribe cujas águas, fluindo diante dos meus olhos ávidos de criança, pareciam estar sempre a me contar uma longa história (...) Foi o rio o meu primeiro professor de história do Nordeste, da história desta terra quase sem história”.



No espaço urbano ocupado segundo as classes sociais, o mangue é o lugar dos “excluídos sociais”, dizia. “O lugar para sugar corpo e alma das pessoas excluídas”, disse Djalma. Josué tentou mudar essa visão sob três perspectivas: o mangue como ancestral do Recife, como fábrica de vida e exemplo de equilíbrio ecológico e como fonte de conhecimento. “Josué de Castro demonstrou que o mangue não constitui apenas uma paisagem que compõe o Recife, mas, em que pesem os incontáveis aterros em mais de quatro séculos, o próprio substrato de onde surgirá o Recife”.

“O mangue abriga e alimenta uma fauna especial, formada principalmente por crustáceos, ostras, mariscos e caranguejos, numa impressionante abundância de seres que pululam entre suas raízes nodosas e suas folhas gordas, triturando materiais orgânicos, perfurando o lodaçal e umidificando o

solo local”, escreveu Josué. “Desempenha também essa fauna especializada um importante papel no equilíbrio ecológico da região ocupada pelo homem, ao possibilitar recursos de subsistência para uma grande parte das populações anfíbias que povoam aqueles mangues, vivendo nas suas habitações típicas – os mocambos”.

A metáfora do homem-caranguejo, “que vive na lama e da lama”, serviu para revelar a fome. “Esse talvez tenha sido seu principal mérito”, analisou. Ele procurou unir três perspectivas para compreender o problema da fome: a científica, explicando a origem do mal que aflige a humanidade, a pedagógica, para formar gerações de estudantes em geografia e nutrição, e a política – além de denunciar as precárias condições de vida da maioria, planejou e executou ações para minorar seu sofrimento.

“Seres anfíbios – habitantes da terra e da água, meio homens e meio bichos”, escreveu Josué. “Alimentados na infância com caldo de caranguejo: este leite de lama. Seres humanos que faziam assim irmãos de leite dos caranguejos. Que aprendiam a engatinhar e a andar com os caranguejos da lama, de se terem enlambuzado com o caldo grosso da lama dos mangues e de se terem impregnado do seu cheiro de terra podre e de maresia, nunca mais se podiam libertar desta crosta de lama que os tornava tão parecidos com os caranguejos, seus irmãos, com suas duras carapaças também enlambuzadas de lama”.

“Do ponto de vista científico, destacam-se a amplitude e a diversidade dos meios e instrumentos de trabalho utilizados por Josué de Castro para perquirir muitas vezes um único objeto: a fome e suas consequências”, disse Djalma. Com o propósito de alcançar a dimensão inter e transdisciplinar, integrou conhecimentos de geografia, biologia, medicina, nutrição, higiene, epidemiologia, história, sociologia, antropologia, ecologia, economia e política.

Duas novas leituras da obra de Josué de Castro datam da década de 90. A primeira, descobre e cataloga uma nova espécie: o homem-gabiru. No prefácio do livro *Homem-gabiru: a ausência de alternativas?*, de 1992, Manuel Correia de Andrade diz: “O homem-caranguejo fora substituído pelo homem-gabiru, (...) porque, saindo do mangue, ele foi viver em tocas, em morros, em casebres e em velhos sobrados abandonados, fugindo ao convívio dos seus semelhantes, enxotado e detestado por ele, vendo-se privado do seu principal alimento”. Gabiru, se-

gundo o *Aurélio*, vem do tupi wa´wiru, o que devora mantimentos. “Por isso, compôs-se a taxonomia da *nova* espécie, que vive de lixo, pede esmolas, causa repugnância, ataca e rouba”.

A segunda veio do mundo musical, o Movimento Mangue ou Manguebeat, com Chico Science no show *Da lama ao caos* e Fred Zero Quatro no *Manifesto Caranguejos com Cérebro I*, ambos de 1994. O objetivo, segundo Djalma: “Engendrar um circuito energético capaz de conectar as boas vibrações dos mangues à rede mundial de conceitos pop”. A imagem-símbolo do movimento: uma antena parabólica enfiada na lama.

Esses caranguejos esquecidos pelo desenvolvimento excludente têm cérebro

DJALMA MELO FILHO

A primeira das três partes do manifesto exalta a singularidade da ecologia dos manguezais: apesar de “muriçocas, mosquitos e mutucas, inimigos das donas de casa, para os cientistas os mangues são tidos como símbolos de fertilidade, diversidade e riqueza”. Depois, *Manguetown, a cidade*, questiona a noção de progresso. A terceira, *Mangue, a cena*, sugere terapêutica de natureza emergencial, senão “o Recife morre de infarto!”

Para Djalma, o manifesto revelou um olhar clínico, apreensivo e intervencionista sobre o mangue, invertendo a metáfora do homem-caranguejo para caranguejo-homem. “Esses caranguejos esquecidos pelo modelo de desenvolvimento excludente têm cérebro”, destacou. “Trata-se de um caso de personificação ou de reumanização do que foi desumanizado”.

A HORA É DE DESAFINAR

Um dos grandes movimentos nacionais de humanização – o SUS – foi tema da conferência *Reforma Sanitária Brasileira: uma promessa não cumprida?*, de Jairnilson Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, que atraiu grande público ao Guararapes. O sanitarista lembrou a coincidência das comemorações de 20

anos do SUS e 30 da Abrasco: “O SUS é um dos filhos diletos e mais conhecidos da Reforma, mas há outros que precisamos reafirmar”.

Jairnilson citou o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer, um dos principais mentores intelectuais do movimento sanitário, que em 1986 alertava para a diferença entre uma revolução política e social que tivesse como objeto a saúde e uma reforma setorial. “A reforma não se reduz ao SUS e está além da formulação de políticas estatais”.

Ele chamou atenção para o risco de desgaste do substantivo “reforma”, que recebe variados adjetivos – “eleitoral”, “previdenciária”, “tributária” –, esvaziando seu sentido político. Se a palavra se confunde com figura retórica, por outro lado suscita questões sobre o esgotamento de um fenômeno sócio-histórico. A perspectiva de palavra desgastada pode sinalizar ameaças de retrocesso, mas também sinaliza a necessidade de mudança.

Questionamentos, no entanto, estão propostos desde os anos 1960, quando se indagava: “Reforma ou revolução?” Para Jairnilson, o Brasil não teve nem mesmo a reforma burguesa. As tentativas de mudança propostas “pelos de baixo” foram esmagadas e deturpadas pelos que esmoreceram a história oficial, caso dos movimentos protagonizados em 1678 por Zumbi dos Palmares, “que se recusou a conciliar e sofreu as penas de sua revolta”, e Tiradentes, “aquele herói enlouquecido de esperança” que liderou a Inconfidência Mineira em 1789.

Assim também aconteceu com as ideias de independência do médico Cipriano Barata e seus companheiros da Reforma dos Alfaiates, em 1789; os ideais abolicionistas da Revolta dos Malês, em 1835; a revolta camponesa em Canudos (entre 1896 e 1897), liderada por Antônio Conselheiro; a sublevação dos marinheiros na Revolta da Chibata, em 1910; a Coluna Prestes, nos anos 1920, a “Intentona Comunista”, em 1935, e “os chamados terroristas do pós-1968”.

Jairnilson apontou o paradoxo presente no discurso oficial, que glorifica como heróis os que estão no poder sem valorizar os movimentos que geraram as conquistas. Deste modo, o responsável pela abertura dos portos é Dom João VI, em vez dos alfaiates revoltosos da Bahia; os louros da Independência são entregues a Dom Pedro I, e não a Tiradentes; a Abolição dos Escravos reverencia a princesa Isabel, e não Zumbi, e a conquista da República é atribuída a “golpe”, em vez de fruto da demanda popular.



Os paradoxos também são observados em momentos mais recentes. A abertura política, “lenta, segura e gradual” do governo Geisel é enquadrada no mesmo contexto do “prendo e arreben-to” de João Batista Figueiredo; os presos políticos foram anistiados, mas a medida não inclui punição para os algozes da ditadura; a emenda das Diretas Já foi derrotada, mas Tancredo Neves seria eleito indiretamente, com Sarney como vice. Exemplos claros de como “conservar mudando ou mudar para conservar”. Ou ainda: “Atraso de mudanças e mudanças do atraso”. O sanitarista identificou na história, “recortada por intervenções militares”, um capitalismo consolidado em golpes, sem Reforma Agrária ou tradição democrática: “Vivemos o período mais longo de democracia em toda a história da República”.

Na “revolução passiva”, lembrou ele a expressão criada pelo teórico do comunismo italiano Antonio Gramsci (1891-1937) para descrever transformações a partir “de cima”, os poderosos modificam lentamente as relações de

força para neutralizar os oponentes “de baixo”. No Brasil, o conceito também foi estudado pelo sociólogo Gilberto Freyre (1900-1987) e os historiadores Sérgio Buarque de Holanda (1902-1982) e Caio Prado Junior (1907-1990), que analisaram a revolução pelo alto e a anulação da política do dissenso.

Para Jairnilson, o nascimento da Reforma Sanitária estava na contramão da revolução passiva. O Cebes propôs a Reforma Sanitária em 1977 e a criação do SUS — e da Abrasco — em 1979. Em 1986, a 8ª CNS defendeu o direito universal à saúde. “Seu relatório final transcendia a reforma administrativa e financeira”, destacou. O movimento elevou a consciência da população e do Estado para o controle público, “com reivindicações de distribuição justa da riqueza e do saber e de um novo projeto civilizatório para o país”, disse. “É preciso analisar a Reforma Sanitária como ideia, proposta, projeto, movimento e processo”.

Entre as conquistas do movimento estão o próprio SUS, o direito universal à saúde incorporado ao senso comum, a gestão descentralizada e participativa do sistema e a Estratégia da Saúde da Família, “maior política de atenção primária da América Latina” que em junho de 2009 reunia 30 mil equipes, “fazendo o SUS no seu cotidiano”. Ele listou conquistas específicas do SUS, como hemocentros, assistência farmacêutica e programas

de imunização; os impactos nos níveis de saúde, como elevação na expectativa de vida, redução da mortalidade infantil e melhoria na qualidade da assistência médica — que se traduzem em democratização da saúde.

Quanto às promessas não cumpridas, ao contrário do proposto a reforma não foi “revolução de um modo de vida” — conceito da socióloga húngara Agnes Heller: “Foi reduzida a reforma parcial, setorial, institucional e administrativa”. Citou o sanitarista Sergio Arouca (1941-2003), que dizia que a medicina preventiva aludia aos problemas e iludia a solução, ao afirmar que a Reforma Sanitária aludia a uma ampla reforma e iludia com elementos resignados de uma reforma setorial.

As dificuldades, segundo o pesquisador, não decorrem de fragilidades do projeto nem de questões estruturais, mas de um fenômeno também descrito por Gramsci como “transformismo molecular”, a absorção individual de representantes da oposição democrática pela classe dominante. “É a política da direita com homens e frases de esquerda”, resumiu, sob aplausos. Mesmo assim, a Reforma Sanitária não é um fracasso nem um “movimento desnaturado”, já que os objetivos alcançados não foram desviados do projeto original. O que aconteceu foi a redução do escopo do projeto a uma reforma parcial. Entre seus elementos



Jairnilson (ao alto) a seu público no Guararapes: o SUS não foi a “revolução do modo de vida”, como conceituou Agnes Heller, mas “reforma setorial”



de força, a hegemonia político-cultural; entre as fraquezas, a “estreita base de sustentação política e reduzida mobilização sociocomunitária”.

Para Jairnilson, é preciso “recuperar as energias instituintes” dos momentos de reconstrução da agenda, como a *Carta de Brasília* (Radis 37) e o movimento de refundação da Reforma Sanitária (Radis 51), do Cebes. A radicalização da reforma faz parte de um processo de radicalização da democracia e de resgate do “social” do socialismo, nos moldes do que prega o sociólogo britânico Michael Burawoy: o socialismo deve estar voltado para a sociedade.

Criticou a “estatolatria” e defendeu a rearticulação da sociedade civil para que a política seja campo aberto para inventividade, emancipação, solidariedade e radicalização da democracia — o que implica maior ênfase na sociedade civil, “para o reforço da contra-hegemonia”, e a “contra-hegemonia às avessas”, pela qual o governo se deixe governar pelas classes populares. A saída é “ser fiel a si mesmo”. Foi mais uma vez aplaudido ao afirmar: “Entre o presidente e o cidadão, fico com o cidadão”.

Por fim, citou adaptações dos poetas Capinam e Torquato Neto do *Poema de sete faces*, de Carlos Drummond de Andrade (1902-1987). No original, lê-se: “Quando nasci, um anjo torto, desses que vivem na sombra, disse: Vai, Carlos! ser *gauche* na vida”. O baiano José Carlos Capinam mudou: “Vai, Carlos! Ser Marighella na vida!”; já o piauiense Torquato Neto (1944-1972) imaginou: “Vai, bicho! Desafinar o coro dos contentes”. Assim também Jairnilson: “É preciso desafinar o coro dos contentes e transformar a história em ato”. A audiência concordou com aplausos calorosos de pé.

INOVAÇÃO CONTRA A INIQUIDADE

No grande debate *Inovação tecnológica, equidade e direito à saúde*, num auditório quase lotado, o Tabocas, o destaque foi o epidemiologista Maurício Lima Barreto (ISC/UFBA). O direito à saúde é debate internacional, disse ele, em torno de duas grandes linhas: primeiro, a concepção de saúde que, sem definição, nunca estabelecida e nunca medida, não tem consenso. “O direito à moradia é claro, todo cidadão deve ter uma casa, mas na saúde é imponderável”. Mesmo a inovação em saúde, que busca a redução de

custos, na verdade tem até quadriplacado os custos. “Então, o desejo é inovar sem sobrecarga de custos para ampliar o direito ao acesso, pois cada operação nova adiciona custo ao sistema — que tem limites: inovação com equidade”.

O contexto internacional não é fácil: objetiva lucro, é caótico, há empresas especializadas em desenvolver novas síndromes para oferecer nova resposta medicamentosa. “Como resolver? Vamos debater”, conclamou Maurício, que só então passou ao segundo ponto, o direito a não ter doença. “É um campo mais difuso, mas o SUS tem algumas pistas”.

A iniquidade é patogênica: quanto mais desigual mais doentes

MAURÍCIO LIMA BARRETO

A Lei 8.080 diz que saúde é educação, emprego, saneamento etc., ou seja, temos elementos para reduzir a iniquidade. O sarampo matava pobre e desnutrido; hoje ninguém morre mais de sarampo. “Isso é equidade: toda criança brasileira recebe vacina contra sarampo”. Mas é preciso que caiam determinantes como carências nutricionais ou ausência de água e saneamento para que caiam a mortalidade e a desigualdade. “Onde há PSF, por exemplo, cai a mortalidade infantil”. São esforços de equalização, mas persistem iniquidades estruturais difíceis de corrigir apenas pelas políticas compensatórias. “O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, com as maiores iniquidades: veja-se nosso altíssimo Índice de Gini”, lembrou. “A iniquidade é patogênica, quanto mais desigual mais doentes”. Na plateia, José Noronha (Icict/Fiocruz), ex-secretário de Vigilância em Saúde, lembrou: “O próprio SUS é inovação”.

No dia 2, em outro debate sobre inovação — *Os desafios para países em desenvolvimento* —, as palestrantes eram a engenheira química Claudia Inês Chamas, do Centro de Documentação em Inovação da Fiocruz, e a engenheira elétrica Judith Sutz. “Duas engenheiras na área da saúde, essa é a grande novidade”, anunciou Carlos Morel (Fiocruz), coordenador da mesa, à pequena plateia do grande Guararapes.

Claudia disse que nos países em desenvolvimento patentes contribuem para o desenvolvimento sustentável. “O regime de patentes se justifica quando se apresenta em harmonia com o interesse social”, afirmou. A Constituição está em harmonia com esse propósito, mas preocupa a forma como se deu o crescimento dos depósitos de patentes. “Em 2006, das 2.465 patentes concedidas, 90,5% eram de estrangeiros”, grande parte patentes de segundo uso. O que estende o prazo de validade, eleva o preço dos medicamentos e restringe sua produção.

Judith tratou de inovação em condição de abundância e escassez e da debilidade da demanda por conhecimento. Para ela, inovação por si só não assegura a diminuição da desigualdade. “Pode colaborar para aumentá-la”, ressaltou. Grande parte das capacidades de investigação e inovação mundial está sob domínio dos países desenvolvidos e, na área da saúde, servem para os países em desenvolvimento. “Mas há capacidade de inovar em condições de escassez, agenda para universidades, indústrias e políticas públicas”, apontou. Para a engenheira, o que restringe o uso da inovação é a pouca demanda dos empresários. As políticas de inovação devem ser vistas como políticas sociais e de saúde e vice-versa. “Significa criar uma política de desenvolvimento eficiente, sistêmica, integral, inclusiva, heterodoxa, original e, sobretudo, solidária”.

O PÚBLICO ESTÁ PRIVADO

O grande debate *O público e o privado na gestão do SUS* estava previsto para o Auditório Brum, mas foi transferido para o Teatro Beberibe devido à superlotação. Quando o jornalista-sanitarista Mário Scheffer começou sua fala, as 210 cadeiras e os espaços de circulação estavam tomados; do lado de fora muita gente ainda tentava entrar. O Beberibe, com o dobro da capacidade, continuou pequeno.

Passado o tumulto, o diretor do Cebes pôde começar, de modo contundente: “Todos aqui defendemos com veemência e com convicção o sistema público de saúde, mas também imagino que boa parte, quando precisa de um atendimento médico, recorre ao setor privado”. A referência não tinha intenção de provocar constrangimentos, esclareceu, mas de mostrar que a mesa navegaria por águas difíceis, sem saber ao certo





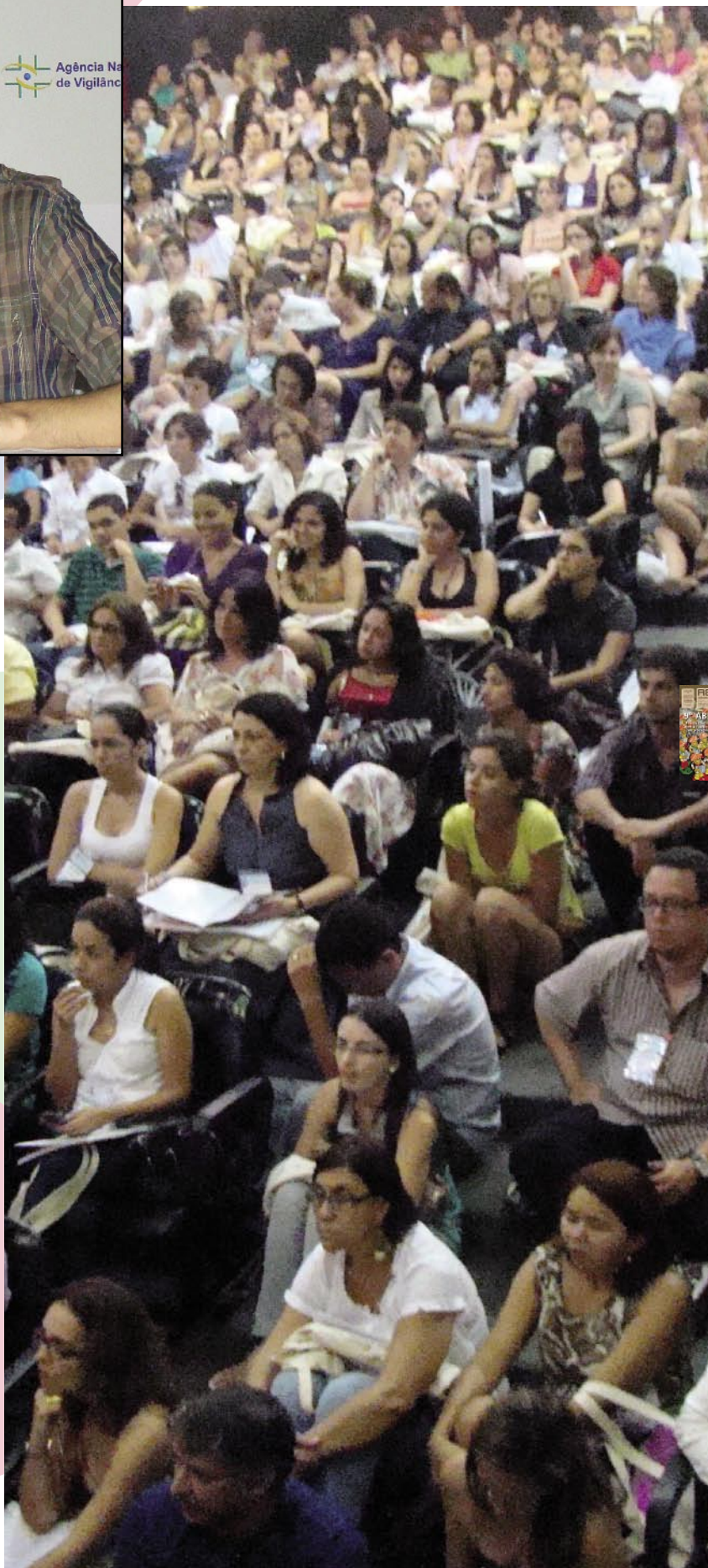
Mário Scheffer no Beberibe:
"O risco do naufrágio está posto"

onde atracar. "O risco do naufrágio está posto". Para Scheffer, a discussão sobre o tema tem sido estéril, "para não dizer esterilizada".

O debate foi se tornando plebiscitário, disse, como no caso das fundações estatais, ou asséptico, pelo baixo nível de formulação da interface entre SUS e planos privados e na pouca atenção dispensada à agenda do complexo industrial da saúde. "Isso tem que ser encarado como problema da saúde coletiva", defendeu.

A discussão não é mesmo fácil, ressaltou, razão pela qual tem sido mais animada do que esclarecida. "Os termos público e privado são comumente colocados lado a lado para ilustrar oposições: governo e mercado, o todo e a parte, o aberto e o fechado". O privado seria necessariamente egoísta e destinado aos ricos; o público, excessivamente generoso e dirigido aos pobres. Mas os limites nem sempre são claros: a presença permanente do privado no sistema levou a mudanças tanto na forma de pagar os serviços quanto na de gerir e fornecer assistência. Os sistemas universais de saúde pelo mundo, comparou, contam com proporção elevada de gastos públicos, em torno de 70%; no Brasil, cerca de 60% são do setor privado. "Temos um sistema universal e uma estrutura de gastos liberal".

Scheffer afirmou que ganha terreno a tese de que o direito universal à saúde é inviável: "A frase da hora é que o tudo para todos é impossível". Mas todos seguem se mostrando a favor do SUS, inclusive empresários. "É uma unanimidade artificial". Os sanitaristas estão pouco mobilizados diante das mudanças que vêm sendo impostas. "Até mesmo segmentos autodeclarados progressistas



estão resignados; ou, no poder, à frente das aproximações com o privado.”

A influência vai além da subtração de recursos. O SUS tem convênios com serviços privados para compartilhamento de instalações e equipamentos. Destina recursos públicos à demanda e à oferta tanto de serviços privados quanto de planos. Permite o duplo vínculo, deixando livre o trânsito de profissionais de saúde e pacientes. Mais: cargos de confiança e de gestão têm sido ocupados por pessoas que, além de não integrarem as carreiras do serviço público, têm ligação direta com o privado. Novos marcos legais, municipais e estaduais, autorizam a gestão de hospitais por entidades privadas — OSs, fundações, filantrópicos. E o complexo industrial da saúde é dependente, dada a baixa capacidade nacional.

“Além das iniquidades, os custos administrativos e assistenciais dos sistemas baseados em múltiplas organizações de compra de serviços são elevados e terminam por restringir o acesso e comprometer a qualidade da atenção”. O sanitaria criticou a atuação da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS), que acaba de ser “totalmente capturada por grupos de interesse” — dois representantes de planos privados foram nomeados para a diretoria, agora composta majoritariamente por pessoas vindas do mercado. “Essa é uma decisão de governo, várias forças atuam nessas indicações, mas é triste pensar que um sanitaria foi conivente com a entrega da ANS aos interesses do mercado”.

A rede privada de saúde é desproporcional quando comparada à fatia da população coberta por planos e seguros, cerca de 25%. Da rede instalada, são privados cerca de 60% dos hospitais, 90% das unidades de diagnóstico e terapia, serviços que concentram 54% dos postos de trabalho de médicos, 32% dos de enfermeiros e 40% dos de auxiliares de enfermagem.

Recentemente, os planos e seguros privados têm sido questionados pelo mundo, como no debate sobre a reforma da saúde nos EUA: “A reforma do Obama faz uma pergunta até singela: onde está a eficácia do privado, quando ele gera instituições (no caso, as seguradoras) que se preocupam mais com os lucros do que com o bem-estar da clientela?” Na opinião do sanitaria, os planos privados jamais assegurarão a integralidade da atenção, pois são organizados para atender demandas espontâneas e limitados pelos contratos.

Deve-se rechaçar a visão de que há dois sistemas não-relacionados e

distintos no Brasil, conclamou: o SUS, o “sistema dos pobres”, e os planos e seguros de saúde, para trabalhadores formais e classe média. Os planos lucram com a exclusão de procedimentos de alta complexidade e alto custo assumidos pelo SUS, com o dinheiro público destinado ao financiamento de planos para o funcionalismo, com a fila dupla dos hospitais universitários, com a isenção de impostos, com os recursos do Tesouro empregados na ANS, com a formação de fundos e créditos para planos de saúde. E ainda com os subsídios indiretos, como a dedução no Imposto de Renda dos gastos com assistência suplementar.

“Na prática, devido ao apoio tácito do público ao privado, essas regras segmentam o sistema de saúde, que é um só: desigual e concentrado”, opinou. Para ele, é irônico que justamente a inscrição da saúde como bem de relevância pública, na Constituição de 1988, seja usada por instituições privadas para se valerem de políticas públicas de investimento, crédito e proteção fiscal. Ao acionar esses benefícios, o privado se opõe à regulação do Estado e não permite a extensão dos princípios e diretrizes do SUS a suas atividades.

Há uma nova onda — “e não marolinha” — de crise de identidade do SUS

MÁRIO SCHEFFER

Para Scheffer, já ficou claro que não é incompatível fornecer um sistema de saúde público universal contando com a contribuição coadjuvante do privado. “Os modelos que se revelam mais eficazes atualmente são os serviços de base universais, controlados fortemente pelo público, com um complemento de financiamento e prestação privada”, afirmou. O Estado deve ser forte e regulador para imprimir eficácia e agilidade, ter capacidade de comprar, pagar, incorporar tecnologias na hora certa.

Ele vê no Brasil uma demanda social crescente por mais privado na saúde e uma decisão política para que o sistema seja reformado nesse sentido. Assim, a saúde perde sua natureza

de instrumento de proteção social e se transforma em bem de consumo. “Não é possível um novo pacto com a sociedade?” Sua proposta é combinarmos que, à medida que a nação enriquece e evolui, partilhemos essa riqueza coletiva para permitir acesso igualitário à saúde. “Devemos aproveitar essa fase de desenvolvimento para reforçar a visão sanitária focada no bem público, no direito e na inclusão”.

Mas o que se percebe hoje, contrapôs, é um “divórcio” de parte da sociedade com o SUS. Há uma nova onda — “e não marolinha” — de crise de identidade do SUS, com a expansão de fundações, OSs, instituições privadas travestidas de filantrópicas, planos privados voltados para classes C e D. “A velocidade da privatização à revelia do debate democrático tem inquietado os defensores do SUS”, disse. “Então é preciso desconstruir o discurso da privatização, de que não existe outra saída a não ser recorrer ao privado para salvar o sistema de saúde”.

Scheffer citou como exemplo recente artigo na *Folha de S.Paulo* do secretário de Saúde paulista, Luiz Roberto Barradas Barata, em que convocou uma segunda reforma sanitária para superar as dificuldades do SUS. Apontou como solução as organizações sociais como modelo a ser seguido nacionalmente e a exclusão para empresas de planos de saúde privados da cobertura de determinados procedimentos de urgência e alta complexidade em troca de contribuição para o SUS. “O sistema público é que passaria à posição complementar do privado”, condenou o palestrante. “Sem garantias de ressarcimento, o SUS aliviaria de vez os planos privados do ônus de tratar doenças não-lucrativas.”

Em resposta, Scheffer e Sonia Fleury escreveram artigo na mesma *Folha* lembrando que a reforma sanitária está viva, só não foi concluída. Mesmo emparedado, disse, o SUS demonstra que é viável, como nos programas nacionais de imunização, aids e transplantes. Ele conclamou a academia a atuar sobre evidências e avançar nas pesquisas científicas sobre o papel do privado na saúde no Brasil à luz de quatro variáveis: o lugar tomado pelo financiamento, pela prestação de serviços, pela governança do sistema e pelo complexo produtivo da saúde.

Ao encerrar, sugeriu outra forma de lidar com a insatisfação e a inquietude em relação ao sistema público: “Temos que assumir claramente as mazelas do SUS e demonstrar que pode ser mudado por dentro do público”. Para Scheffer, o SUS tem provado





Os debates sobre práticas populares em saúde na Tenda Paulo Freire; ao lado, a americana Michelle: lições do SUS?

constantemente sua capacidade de se adaptar, de inovar, desde que seja adequadamente financiado e corajosamente regulado. “Soluções já existem e outras devem ser encontradas para reforçar um sistema de saúde público eficiente, de qualidade e acessível a todos”. Foi ovacionado.

A BATALHA DE OBAMA

Sobre o rico país sem sistema de Saúde universal falou justamente um representante da ANS, o assessor Carlos Octávio Ocké-Reis. A reforma do sistema de saúde americano está na ordem do dia mesmo aqui: enorme fila se formou no hall da Sala Mário Sette, dando voltas em labirinto. Uma congressista em especial se espantou com tamanho interesse: a americana Michelle Bucholz, no Brasil para intercâmbio entre Universidade de Georgetown e Ensp/Fiocruz. “Por que você quer assistir a essa palestra?”, perguntava a cada um.

O que está em discussão lá, disse Carlos Octávio, é um plano de saúde do Estado dirigido a americanos com menos de 65 anos cujo acesso aos serviços privados de saúde não seja garantido por vínculo empregatício. O contexto atual nos EUA é de lenta recuperação da crise econômica. No Censo de 2006, 48 milhões declararam que não foram atendidos em suas necessidades de saúde — trabalhadores pobres, jovens e imigrantes. Com o desemprego, deve ter piorado. O país tem três programas públicos: Medicaid, para pessoas abaixo da linha da pobreza e idosos indigentes; Medicare, para idosos aposentados com mais de 65 anos; State Children’s Heal-

th Insurance Program, para grávidas e crianças até 5 anos. Cerca de 17% dos indivíduos cobertos pelo Medicaid e 54% dos do Medicare têm plano privado.

O restante da população precisa recorrer “ao mercado”. Seguros e planos privados cobrem 202 milhões de pessoas, ou 68% da população, mas 168 milhões estão segurados de maneira inadequada. Em 2005, o gasto *per capita* com saúde era de US\$ 6.700, e o custo tende a aumentar: a inflação do setor é quase três vezes maior que a da economia como um todo.

Carlos Octávio afirmou que um número crescente de segurados não tem como se proteger desses custos catastróficos, e “42% das famílias com doentes crônicos não sabem como pagar as contas”. Metade dos pedidos de falência antes da crise estava relacionada a custos médicos, e o governo não regula esse mercado.

A intenção é criar um seguro público nacional, opcional, para competir com os planos de saúde. Funcionaria nos moldes do Medicare, coordenado pelo governo, mas gerenciado nos planos de saúde e com compra de serviços privados, garantindo serviços médicos essenciais. “Nada tem a ver com o SUS nem com sistema para todos”, ressaltou. Mas o Medicare controla melhor seus custos. Entre 1997 e 2006, o gasto *per capita* anual cresceu 4,6% no Medicare, enquanto nos planos de saúde o aumento foi de 7,3%.

“A principal contribuição da reforma é mostrar a ineficiência dos planos privados”, disse. Inclusive no Brasil: as críticas ao sistema de saúde se concentram no SUS, enquanto usuários de planos pagam propaganda e altos salários de executivos, por exemplo. “E o serviço que deveriam prestar?” O desafio nos



FOTO: VIRGINIA DAMAS CUIENSP/FIOCRUZ

EUA é aprovar o projeto [aprovado na Câmara; falta o Senado], que analisam textos diferentes. Para ele, o plano do governo é necessário, mas insuficiente como modelo de “seguro social”. Além disso, segundo ele, Obama faz “crítica funcional, e não estrutural dos planos de saúde” — o palestrante não mencionou que as seguradoras impedem há décadas, com gasto de milhões em lobby no Congresso, qualquer tentativa nesse sentido —, comportamento que também percebe no Brasil. “Fala-se muito, mas o privado continua subtraindo recursos do público”.

A coordenadora da mesa, Lígia Bahia (UFRJ), festejou o fato de uma reforma da saúde nos EUA estar “sacudindo” o início do século 21, o que na opinião dela pode influenciar novas reformas em outros países: “Se os EUA universalizarem a saúde, a universalização pelo mundo se fortalece”. No Brasil, apontou, é preciso radicalizar para efetivar os princípios da Reforma Sanitária: “Aqui, nenhum político é contra o SUS, mas são todos a favor desse SUS”.

Sentada no chão, a americana Michelle aproveitou o debate para indagar o que de mais importante o SUS poderia ensinar aos EUA. “Entender a saúde como direito social”, respondeu Carlos Octávio, usando pela primeira vez na palestra a palavra direito.

Filas, gritos, ovação: é Lula no Guararapes



FOTOS: CARLOS OLIVEIRA/ABRASC

Lula prometeu dar atenção à questão do Ato Médico e brincou: "Só parteira pode tirar um bichinho bonito como eu do bucho de uma mulher"



Celebração dos centenários de Josué de Castro (1908-2008) e da descoberta da doença de Chagas (1909-2009).

No fim da tarde do dia 3, no Teatro Guararapes, outra prova da popularidade do presidente Luiz Inácio Lula da Silva: foi calorosamente aplaudido por 3 mil participantes, que enfrentaram sem reclamar as filas dos detectores de metal, lotaram cadeiras e escadas do imenso espaço. Não faltaram as tradicionais manifestações contra o Ato Médico e em defesa das residências multiprofissionais do SUS. Lula não fugiu da resposta: prometeu se informar para compreender melhor a questão. "Não quero cometer injustiça, e quem tiver razão vai ser reparado", disse, sob forte aplauso. "Mas sei que é preciso tomar cuidado para não transformar as corporações em algo muito poderoso".

Também foi ovacionada a parteira Josefa da Guia, que dividiu o palco com o presidente e três ministros. Aos 65 anos, 51 de profissão, cinco mil partos e 23 filhos, ela emocionou a plateia com seu jeito simples. "Presidente, tenho enchido a barriga dos pobres, sou quilombola, tenho direito a terra", disse a mulher de Poço Redondo, sertão do Sergipe. "Sou a testemunha mais viva de que só uma parteira pode tirar um bichinho bonito assim como eu do bucho de uma mulher", brincou ele com Josefa.

Na cerimônia, falou primeiro o presidente da Comissão Científica do Congresso, Eduardo Freese. Josué de Castro produziu frase histórica nos anos 40: parte da população brasileira não dorme porque tem fome, e a outra não dorme também porque tem medo de quem tem fome, disse o autor de 30 livros traduzidos em 25 idiomas.

"Denunciou a injustiça e falou da miséria humana determinada por interesses e preconceitos de ordem moral, política e econômica", emendou Lula em seu discurso, o último da noite, depois de receber uma escultura em barro de Elias Vitalino, neto do mestre Vitalino, cujo centenário de nascimento também foi celebrado em 2009. A peça, alusiva ao livro *Homens e caranguejos*, de Josué, retrata a figura do homem que, vivendo na lama e da lama, acaba parecido com o caranguejo.

A segunda homenagem, a Carlos Chagas, coube ao presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, que lembrou a trajetória do cientista e entregou a Lula placa em acrílico com o *Tripanossoma cruzi*, vetor da doença descoberta em 1909 (*Radis* 81 a 88). Falou em seguida o ministro Temporão. "Estamos aqui sob as bênçãos de Josué de Castro e Carlos Chagas, mas eu diria que outros companheiros também andam por aqui, como Oswaldo Cruz e Sergio Arouca", brincou. Louvou as equipes multidisciplinares do Saúde da Família, que protestavam na plateia contra o Ato Médico. Residentes

também se manifestaram, descendo as escadas do teatro com lenços vermelhos e cartazes. O Conselho Federal de Psicologia aproveitou para distribuir manifesto: "O Ato Médico engessa o trabalho multidisciplinar na saúde. Quem sai ferido é o usuário".

O Brasil nunca esteve tão bem avaliado no exterior, afirmou Temporão, tanto em política externa, lembrando que o país sediará as Olimpíadas de 2016, quanto no plano econômico, com redução da miséria e crescimento da área da saúde. "O SUS é elogiado em todo o mundo", disse. O Programa Nacional de DST/Aids, o Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunização são copiados. O PSF mereceu destaque do epidemiologista Michael Marmot (*Radis* 45) em recente conferência em Londres com ministros da Saúde de todo o mundo. "Aprendam português, vão conhecer o Brasil, pois é lá que está acontecendo algo novo no mundo no campo da saúde pública", citou Temporão.

Obra para toda a vida, o SUS impõe desafios, disse. Garantir a todos o direito à saúde é o primeiro. "Não podemos nos iludir: muitos ainda vendem a ideia de que saúde é bem que se compra no mercado". A judicialização é outro problema, "algo novo que nos obriga a repensar a garantia do acesso ao que se tem de melhor na medicina e na saúde pública". E ainda os direitos sexuais e reprodutivos — "Todos os dias mulheres morrem abortando em condições inseguras no Brasil" —, humanização



OVACIONADA, Josefa sorriu, mas pediu terra

no atendimento, violência e drogas, “epidemia que vitima homens jovens e negros”, trabalho em saúde, gestão e financiamento do SUS, tudo pede enfrentamento. Da plateia, gritos de “não à fundação estatal de direito privado”.

Lula falou por 35 minutos e 34 segundos, mas antes pediu um minuto de silêncio pelas vítimas do acidente com o Caravan da FAB, que caíra dias antes na Amazônia. “Esses companheiros estavam em campanha de vacinação nas tribos indígenas”, contou. Mostrou foto publicada no *Estado de S.Paulo*. “No socorro, quem estava lá?”, perguntou. “Uma perua do Samu, Humberto Costa, para recolher os companheiros”, disse, homenageando o ex-ministro, na plateia. Hoje secretário das Cidades de Pernambuco, Humberto lançou o serviço em 2002. “Inegavelmente o Samu é um dos programas mais bem-sucedidos e, por isso vamos fazer edital para mais 1.600 ambulâncias”, anunciou o presidente.

“Saúde Coletiva”, termo hoje presente na agenda acadêmica e política de vários países, é criação brasileira, enalteceu Lula. “Forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida”. Temas como universalidade, equidade, democracia e cidadania são tratados o tempo todo pela Saúde Coletiva e foi precisamente em torno desses temas que se deu a organização da Abrasco, em 1979. Na década de 90, “a maior preocupação era garantir as conquistas obtidas com a nova Consti-

tução e assegurar o modelo de gestão em saúde definido pelo SUS”.

Hoje está muito fácil defender o SUS, disse, “mas em 1988, quando aprovamos o SUS na Constituição, era duro enfrentar o debate, porque estávamos começando a viver um momento em que o Estado não prestava para nada, só atrapalhava, e isso perdurou por duas décadas”, lembrou. “Com a crise econômica me parece que o Estado voltou a ter importância”.

“Alguns falam que, para ter saúde, pagam seu plano médico”, exemplificou. “Só que quando declaram imposto de renda recebem de volta grande parte, portanto, é o Estado que lhes garante assistência médica”. Falta muito para o país dar aos mais humildes o tratamento de respeito necessário, reconheceu. Nos Estados Unidos, “mais de 50 milhões não têm direito a nada: seria bom para os americanos um SUS como o nosso”. Numa próxima reunião com o presidente Obama, brincou, vai sugerir um SUS para os EUA. “Sai mais barato, é de qualidade e universal”. Da plateia alguém gritou “esse é o cara”, cumprimento de Obama a Lula em abril de 2009.

O presidente elogiou o *Brasil Sorridente*, seu “menino dos olhos de ouro”, que não atingiu as metas desejadas. “Instalamos o programa nas cidades e as pessoas da periferia não conseguem ir ao dentista”, lamentou. Lula anunciou a compra de 160 laboratórios móveis de odontologia para percorrerem o interior. “Tem gente que acha que pobre gosta de ser banguela”.

Lula ainda mencionou seu sonho de levar saúde à escola. “Queria que toda criança que começasse a estudar fizesse exame de vista, que duas vezes por ano recebesse a visita de um dentista”, disse. Falou da abertura de mais de 500 farmácias populares, que se agregam às 9 mil de convênios particulares. O governo investiu quase R\$ 6 bilhões em 2009 na assistência farmacêutica, afirmou, além de implementar o programa nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. E defendeu a regulamentação da Emenda Constitucional 29. “Senão o cidadão vai continuar colocando quadra de esporte com o dinheiro da saúde”.

O presidente exaltou o tema escolhido para o congresso: “Só no PAC da Ciência e Tecnologia são R\$ 41 bilhões até 2010 além dos R\$ 524 milhões investidos em 3 mil pesquisas científicas e tecnológicas na área da saúde, em mais de 400 instituições de ensino e pesquisa entre 2003 e 2008”, disse. As doenças negligenciadas, como dengue, chagas, esquistossomose, hanseníase,

leishmaniose, malária e tuberculose “são ainda grave problema”, apesar dos avanços. O governo investiu R\$ 95 milhões no financiamento de 460 pesquisas na área. “Temos avançado também na produção de medicamentos hemoderivados”, lembrou.

Lula dirigiu-se então a Temporão para reclamar do atraso nas obras da Hemobrás, criada por lei em 2004 na cidade de Goiana, a 63 km do Recife. “De vez em quando penso que venho inaugurar a fábrica, mas ela nem começou”, criticou, recomendando ao ministro que confira quem cuida das obras: os gastos com importação de medicamentos derivados de sangue chegam a R\$ 1 bilhão.

Outro tema foi a 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, de 22 a 26 março, em Brasília. “Para o nosso país, será grande oportunidade de participar de debates de alto nível sobre uma seguridade social universalizada e abrangente, com seguridade econômica de acordo com os princípios da Constituição de 88”, disse. Lula elogiou a Abrasco pela homenagem a Josué de Castro, “homem de coragem por retratar o tema da fome”, também caro ao presidente. “Neste país, cuidar de pobre é assistencialismo, para outros, populismo, mas quem fala isso não sabe o que é a fome”, condenou. O presidente ainda homenageou Carlos Marighella, cujo assassinato pela ditadura completou 40 anos em 2009. Nascido em Salvador em 5 de dezembro de 1911, “guiado pela convicção na justiça social e sob a bandeira do socialismo, o militante procurou transformar de forma radical a realidade socioeconômica do país: de vez em quando precisamos lembrar das figuras históricas”, afirmou Lula.

Por fim, o presidente destacou o tráfico de drogas como um dos grandes problemas de saúde pública. “Tudo o que foi feito não deu resultado, e ainda não sabemos como combater o problema”, salientou. “Fica muito fácil para um país rico dizer que está combatendo as drogas ao construir uma base militar em outro país”, disse, referindo-se ao acordo EUA-Colômbia. “Propus a criação do Conselho de Defesa da América do Sul porque temos que cuidar do tráfico de drogas em nosso continente”, disse. Lula pediu ao Congresso que dedique um tempo para pensar no tema. “Essa não é uma questão brasileira, americana, francesa ou boliviana, é a questão das drogas”, resumiu. A plateia, de pé, aplaudiu longamente o presidente.





Deborah anunciou ao público seus planos para 2010: mais estudos em “objeção de consciência”

ABORTO NO ESTADO LAICO

Na Sala Matias de Albuquerque, pequena para os interessados no painel *Democracia, Estado laico e direitos reprodutivos*, a palavra “direito” foi repetida à exaustão. Coordenado por Ana Maria Costa (SGep/MS) na abafada manhã de 4/11, o painel foi aberto pela antropóloga Deborah Diniz, da UnB e do Anis (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero), que abordou a *Laicidade nos direitos reprodutivos*.



O conceito de laicidade, ensinou, deve ser entendido como um dispositivo democrático que garante religião, nenhuma religião e liberdade religiosa. “Quais são os espaços legítimos de exercício do proselitismo religioso?”, perguntou. Embora a laicidade não seja afirmativa no marco constitucional, nossa Constituição expressa suas consequências ao dar garantias à liberdade religiosa e de pensamento.

No Estado francês a laicidade é princípio que distingue poder político e organizações religiosas, pelo qual o Estado deve ser neutro: além de afirmar a liberdade de consciência, não põe opinião alguma acima das outras (religião, ateísmo, agnosticismo ou livre-pensar) — a base da *égalité* republicana. Lá, a lei da laicidade na educação, do século 19, antecedeu a própria lei da separação Estado-igreja, de 1905. Portanto, a vida pública é espaço laico — a proibição do uso de burca por meninas muçulmanas na escola pública, objeto de enorme controvérsia na França, é fincada nesse princípio.

No Brasil não é assim. O Supremo Tribunal Federal — e a maioria das

repartições públicas — tem crucifixo na parede, o que também provocou barulhenta polêmica no Brasil em agosto. Seu presidente, o ministro Gilmar Mendes, minimizou — “Tomara que não mandem derrubar o Cristo Redentor”, ironizou ele —, mas Deborah, não. “A mensagem que esse símbolo passa abrange o falso pressuposto de que a religião é anterior à própria democracia”, criticou. “A religião, ao contrário, deve se submeter ao pacto democrático”. Quando isso não acontece os reflexos se manifestam na vida social — por exemplo, “no SUS, onde a laicidade é um frágil dispositivo”.

Dois momentos marcam essa fragilidade: a contestação religiosa a evidências científicas na prevenção de HIV/aids e a chamada “objeção de consciência” dos profissionais de saúde. O direito à liberdade religiosa garante que crentes sigam as crenças que quiserem, mas o Estado tem o dever de contestar a imposição de dogmas a evidências científicas. “A igreja pode mentir, mas o Estado não pode”, salientou. Os benefícios da camisinha, por exemplo, têm apoio nas melhores evidências disponíveis. A pesquisadora citou iniciativa da Prefeitura do Recife, que recentemente distribuiu bolsinhas com um batom e uma camisinha numa campanha contra a feminização crescente da aids: “Isso é o Estado laico”.

“A objeção de consciência”, que será alvo de pesquisa da antropóloga neste 2010, “é equivocadamente pensada como direito médico”, disse. Todos — obstetras, enfermeiros, atendentes, assistentes sociais — podem recorrer a esse dispositivo para deixar de atender, por exemplo, uma mulher que, exercendo seu direito garantido por lei, procure procedimento de aborto. “Ela

não está pedindo cumplicidade moral, e sim atendimento, mas pode acabar vítima de omissão de socorro e todos nós seremos cúmplices deste crime”, alertou. “A presença de crenças individuais religiosas nos serviços de saúde ameaça a própria democracia”.

Isso porque significa sobreposição da ética privada à ética pública. “Essa alegação não é tema recorrente na moralidade biomédica”, lembrou. “Só nas questões de sexualidade e reprodução é que provoca discórdia moral”. Assim, se o direito à liberdade religiosa protege a objeção de consciência e permite que o profissional se omita, isso o transforma em “instrumento de opressão nos contextos de desigualdade de poder”. A mulher depende da equipe que a acolhe para receber cuidados médicos, sociais e psicológicos. “Um hospital público deve ser moralmente neutro em matéria de ética privada”. Gritos, assobios, aplausos ululantes.

A coordenadora, Ana Costa, lamentou o retrocesso do direito ao aborto na América Latina, com vários parlamentos votando legislação mais restritiva. “Que bom estar nessa mesa”, exclamou a palestrante seguinte, a infectologista Lena Vânia Peres, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher (SAS/MS), que fez balanço da condição feminina. Até março de 2009, dos 150 mil processos abortos com base na Lei Maria da Penha, apenas 2% levaram o réu à cadeia. Dos 11 milhões de beneficiários do Bolsa-Família, 92% são mulheres, 71% delas pardas ou pretas; por outro lado, as brasileiras não ocupam nem 15% dos cargos no poder público.

Algo parecido informou em sua breve fala Paula Leal, da Procuradoria Geral da República, que explicou o passo lento dos avanços pelo número ínfimo

de mulheres na magistratura: 8%, atrás de Paquistão ou Afeganistão. Atrapalha também nossa tradição legalista: “Só fazemos o que está explícito em lei”. Nos debates, a coordenadora geral do Grupo Curumim, Paula Viana, protestou contra o acordo Brasil-Vaticano, assinado pelo presidente Lula e já aprovado pelo Senado, que estabelece o ensino da religião católica na escola pública, e o aumento do número de organizações sociais religiosas à frente de hospitais, o que torna mais difícil a situação da mulher em busca de aborto legal.

Também na plateia, Greice Menezes, sanitarista do Musa, o Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA, referiu-se ao “poder tétrico dos médicos” e lamentou que a força religiosa na 13ª CNS (*Radis* 65) tenha impedido que a descriminalização do aborto chegasse à plenária, enquanto na de Direitos Humanos passou sem nem sequer um aparte. Lena voltou ao microfone para dizer que aposta na educação para a mudança deste quadro. Alguns exemplos: a Uerj vai oferecer residência médica para o SUS a partir de 2010 — “A universidade pública não pode só formar médico para a rede privada, que depois vai se dedicar à cirurgia cosmética”, disse — e também o curso Gênero e Diversidade na Escola, para formação de profissionais do Ensino Fundamental da rede pública.

Deborah também voltou a falar: “Mapeamos livros didáticos do ensino religioso que pregam claramente a homofobia”, disse. “Nenhuma referência à diversidade”. O MEC analisa os livros didáticos da escola pública, mas sobre os da religiosa nada pode dizer. “Nem se comenta que o governo destina 70 milhões às pastorais”.

O direito ao atendimento foi o tema principal do painel *Aborto, gênero e saúde: produção acadêmica e cenário político*, num Auditório Tabocas lotado. Sob a coordenação ativa da sanitarista Regina Maria Barbosa (Unicamp), as expositoras Greice Menezes, da Federal da Bahia — a mesma do protesto anterior —, Maria Luiza Heilborn, da Uerj, Eleonora Menicucci de Oliveira e Wilza Vieira Vilella, ambas da Unifesp, deram depoimentos impactantes sobre a postura de alguns de nossos profissionais de saúde.

Primeira a falar, Greice disse que a pesquisa sobre o aborto está presente na saúde coletiva desde os anos 1960, cresceu nos 90 e voltou à cena em 2004/2005, com o debate sobre anencefalia (*Radis* 24, Súmula). Essa pesquisa se concentra nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul e é quase ine-

xistente no Norte e no Centro-Oeste. É importante a participação das mulheres nesse trabalho, disse. Tema complexo no qual as questões éticas têm impacto, a omissão de relatos é comum devido à criminalização. Metodologias distintas são usadas para estimativa de ocorrências, por isso é difícil fazer estudos comparativos e estudar a magnitude do aborto ou a difusão de contraceptivos. Ela citou a pesquisa de Leila Adesse e Mário Monteiro em 2005 (*Radis* 66), que estimaram o número de abortos em 1.054.742 casos.

Outro raro estudo é de 2006, abrangendo Salvador, Rio e Porto Alegre. Sua autora também estava ali no Tabocas, Maria Luiza Heilborn: as gravidezes terminadas estão entre 20% e 30%, mas os resultados são de difícil comparação devido a distintas metodologias de mensuração. O aborto inseguro é a mais subnotificada das causas de mortalidade — segundo pesquisa de Rui Laurentis, é a terceira maior, com 11,4%, mas em Salvador chegou a 36,4% (1993) e 22,5% (1998); em Porto Alegre, a 15% (1999/2000), afetando especialmente negras, pobres, de baixa escolaridade.

A presença de crenças individuais nos serviços de saúde ameaça a própria democracia

DEBORAH DINIZ

O uso do misoprostol, o popular Cytotec, permitiu redução das complicações. A maioria das usuárias é jovem, solteira, de baixa escolaridade, católica, doméstica, com filhos. Os motivos para o aborto: prefere adiar a maternidade, falta dinheiro, quer manter o status com o parceiro. O uso do misoprostol induz o aborto de 80% a 95% se ministrado via vaginal, sob supervisão médica: altamente efetivo, evita recursos mais invasivos.

Mas é uma trajetória solitária, agravada pela violência institucional — “Algumas são obrigadas a olhar o feto”, disse Greice. “É uma discussão ideologizada, maniqueísta, sob pressão de grupos religiosos fundamentalistas que têm influência nas instâncias formais de poder”. O ideal de prole reduzida está estabelecido, mas a invisibilidade ainda sujeita a mulher pobre, o que pede

produção de conhecimento que embasa políticas públicas: “Se a gente vislumbrar a descriminalização do aborto, será pelo argumento da saúde coletiva, que é central nessa luta”.

A socióloga mineira Eleonora Menicucci, da Unifesp, livre-docente em Saúde Coletiva (FSP/USP) desde 1996, relatou casos de evasão de mulheres dos hospitais pela violência com que são tratadas e de invasão de homens (por exemplo, a de um delegado, patrão de paciente que buscava aborto legal). Nos hospitais do SUS, denunciou, fazem curetagem sem analgesia para punir a mulher que aborta. “Também não gostam de pesquisadores, nossa presença incomoda”. Os prontuários são muito mal preenchidos, as mulheres se calam, dizem que o aborto foi espontâneo. “Há total falta de privacidade para a mulher: geralmente é colocada junto a puerperas, uma situação desconfortável”.

Esse quadro é um pouco melhor nos hospitais de ensino, mas nem todos são bons. “A maioria das pacientes é pobre, e temos que trabalhar com esse elemento de iniquidade que afeta o serviço, que envolve aspectos éticos, me incomoda muito”. Segundo Eleonora, há uma diferença enorme entre o avanço da construção do pensamento feminista e a realidade das políticas nessa área. Sobre a Norma Técnica “Atenção humanizada ao abortamento” (MS, 2005b), uma constatação assombrosa: “Os profissionais de saúde nem conhecem”, afirmou. “É um vácuo. Nossas pesquisas ficam o quê? Endógenas? Inócuas? Os gestores não distribuem, médicos e enfermeiros não conhecem”, reiterou. “É difícil até para nós, pesquisadoras, provar que a NT existe”.

“Se fosse implementada, a mulher bem-acolhida viveria situação de alívio, poderia se expressar, mas na ilegalidade são impedidas de se manifestar”, lamentou. “A mulher chega ao hospital com vários sentimentos, e mal-atendida não se livra de um peso como deveria... Penso em Habermas e Hannah Arendt quando vejo a mulher rompendo a solidão e dando esse passo enorme, mas sem acolhimento fica ainda mais isolada”.

Segundo Eleonora, para que a pesquisa não caia na reificação das explicações é preciso mais do que o consentimento esclarecido, vai além: “A pesquisa ganha espírito quase que de terapia, pois é quando a mulher consegue falar e ressignificar a si mesma”. Então, tem que ser um espaço muito construído, porque o aborto não é a



mesma coisa para todos, “cada um é uma história de vida em nossos corpos”, em que a mulher se desconstrói para a decisão. “É necessária uma rede de apoio, que mal existe por ser clandestina, e o sistema de saúde nada tem”.

Wilza reforçou a denúncia de Eleonora e citou ameaças terríveis feitas às mulheres — por exemplo, “Vou chamar a polícia”; “Vou levar esses restos de feto ao laboratório, e se você fez aborto eu te prendo” —, num “festival de horror” imposto até à mulher estuproada, que acaba se sentindo obrigada a levar a gestação a termo.

Inúmeros são os relatos de falha do Cytotec, vendido nas redes de tráfico muito frequentemente no mesmo lugar em que se vende maconha, afirmou Wilza. Há casos de um chamado “Cytotec paraguaio”, que falha muito. “O debate se concentrou em se se é contra ou a favor do aborto, como se alguém fosse a favor de aborto, e não do direito da mulher de decidir”, disse. A pesquisadora aplicou a chamada “rota crítica” da violência (caminhos trilhados por mulheres sob violência doméstica na busca por ajuda) aos estudos sobre aborto e obteve resultados. “Tratar das vulnerabilidades da mulher é papel dos pesquisadores, e convido a todos a usarem esse instrumento, que tem se mostrado útil”.

“Aborto como questão de saúde pública não é a visão de um grupo de obcecados, é a luta pelo direito ao aborto seguro, sem cenas de horror sanguinolentas: significa direito a atenção, equidade de acesso”, atropelou logo de início Maria Luiza em sua fala. Numa de suas pesquisas traçou os itinerários abortivos com 60 entrevistados, 30 homens, 30 mulheres, de classes médias e populares. Nas médias, menos aborto, mais contraceptivos; nas populares, mais aborto, mais uso inconsistente de contraceptivos. “Quanto mais pobres, mais longos e tortuosos são os itinerários: é um ótimo indicador para identificar os graus de acesso à saúde”, recomendou. “Há tentativas fracassadas de aborto que pensávamos estarem no passado, mas são contemporâneas, despertam o pesquisador para a vulnerabilidade da mulher e a iniquidade de sua condição”.

A coordenadora refletiu brevemente sobre os relatos. “O aborto só é questão de saúde pública pela criminalização: se fosse seguro estaríamos discutindo apenas a questão do acesso, do cuidado”, disse. “Aborto medicamentoso, com uso do Cytotec, pode ser perfeitamente seguro, bastaria que profissionais e mulheres soubessem usar”.

Nos debates, a assistente social Cízia Romeu (UFPA), que faz mestrado em políticas sociais, questionou o papel do Estado no aborto provocado. “O ministro defende, mas o Estado assina acordo para ensino religioso com o Vaticano, os serviços de saúde apoiam a Pastoral, que chega com sua multimistura, e o Estado não vai querer conflito. Como conciliar?”



O ministro defende o aborto, mas o Estado assina acordo com o Vaticano. Como conciliar?

CÍZIA ROMEU

Greice respondeu: “Nunca é um direito conquistado sem ameaças”, disse. “O paradoxo é que o ministro defende, feministas ocupam postos estratégicos, mas em outras instâncias fica tudo paralisado: temos um dos parlamentos mais conservadores da história e os projetos não avançam”. Isso exige dos movimentos sociais ação permanente. “Plebiscito é fora de questão, esta é uma decisão da esfera privada”. Outro problema que ela identificou, abordado por Lena Peres no debate sobre o Estado laico: “A formação não contempla a questão, nem de enfermeiros nem de médicos”.

E A SAÚDE, TEM COR?

Mais um “tema polêmico”, resumiu o professor José Ricardo Ayres (USP) ao apresentar o painel *O conceito de raça e as polêmicas em torno de sua incorporação no plano da pesquisa e das políticas públicas: subsídios ao campo da saúde*. “Fronteira clara entre ciências biológicas e sociais”, complementou o

colega Antônio Sérgio Alfredo Guimarães, o primeiro palestrante. A principal questão que divide hoje “racialistas e não-racialistas” é definir se a inclusão do quesito raça (ou grupo de cor) é imprescindível nas pesquisas. Os não-racialistas defendem que a inclusão desvirtuaria “as boas intenções das políticas”. Os racialistas discordam.

Sérgio informou que mesmo entre os polos contrários há divisões. Entre os racialistas, há três tipos de gestores: o que acredita que determinadas doenças atingem com maior força determinadas etnias; o que acredita que certos grupos de cor são mais vulneráveis a determinadas doenças, já que sujeitos a fatores socioambientais, e o “ativista negro”, que considera importante a inclusão para a evolução da discussão racial.

Do outro lado, “os antirracialistas tradicionalistas” defendem a não-existência de raças — ou de preconceitos; outro grupo diz se preocupar com o “uso não-esperado” dos resultados na formulação de teorias ou ações de caráter racista. Para Sérgio, é eficiente o uso da referência à cor nas políticas públicas, mas faz ressalvas sobre sua inclusão nas pesquisas: o emprego de raça não seria necessariamente racista, já que há confusão entre raça e grupo de cor.

Sérgio definiu raça como “característica de identificação grupal”, criada na época colonial para identificar principalmente escravos africanos. “Alteridentificação é diferente de autoidentificação, uma categoria de luta”. Essa diferenciação é importante: “O pesquisador pode trabalhar com a alteridentificação; o gestor, com a autoidentificação”. Segundo ele, quando se diz que raças são grupos sociais que se tornaram historicamente mais vulneráveis a determinadas doenças, isso representa uma definição proposta por outro, alguém que não integra o grupo. De qualquer modo, sinaliza categoria mais maleável, porque também inclui elementos sociais. “A cor precede as raças; nossos grupos de cor também”.

Isso porque a associação entre cor e raça passou a existir no século 19, com o estabelecimento de doutrinas racistas. No Brasil, o principal traço desta ideologia tem sido exatamente “o silêncio e a recusa dos discursos sobre raça”. Ele vê paulatina superação desta defesa no século 20. Hoje, há recusa clara ao uso das raças, ao mesmo tempo em que se reconhecem e se reforçam as diferenças de cor. Em todos os censos realizados no país, informou, com exceção do de 1872, a questão da cor está incluída, “classificação cujas fronteiras são menos rígidas”.



Para contrapor esta forma de organização social, desde 1920 as organizações negras têm se mobilizado em torno das raças. O discurso destes grupos, segundo Sérgio, tende a ser classista, de revolução e de reforma social como fim, tendo a raça como fator de mobilização. Por outro lado, é importante perceber-se a classificação de cor, responsável por boa parte das desigualdades sociais. O acesso à saúde e à renda, por exemplo, pode se explicar por este quesito, ainda que se considerem outras variáveis, como educação, classe social, religião. “Há um resíduo que só pode ser atribuído às diferenças de cor, o que nos leva a entender que levam ao preconceito”.

As políticas públicas, para o pesquisador, têm que ser elaboradas e executadas a partir de “categorias que façam sentido para os indivíduos”. Por isso, são mais eficazes quando os grupos envolvidos participam da implementação. A conjuntura do governo Lula tem permitido que movimentos sociais e aparelhos do Estado experimentem esta realidade em saúde e educação. Mesmo assim, antirracistas argumentam que as políticas do Ministério da Saúde para a população negra reforçam diferenças.

Sérgio ponderou: gestores podem concordar quanto ao uso de “raça” nas políticas, mas os resultados podem ser diferentes na área da pesquisa. Ele disse temer que o trabalho cometa o erro básico de categorizar de maneira imprecisa seu objeto. “Na Bahia, 85% se declaram pardos e de 10% a 15% são conhecidos como brancos da terra; seria coerente dividir estes 10% em torno da raça?”

Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), Marcos Chor Maio disse perceber “racialização de novo tipo” na eleição do preconceito social como explicativo para as desigualdades. “Ao condensar o racismo como fonte de desigualdades, privilegiam políticas públicas racializadas, deixando de lado as questões sociais”, disse. Quais seriam os benefícios da adoção de políticas “especializadas”, ou seja, reunir pretos e pardos na categoria negro, ou de definir que certas doenças têm maior incidência entre os negros? “É difícil diferenciar o que é biológico e o que é social”, disse, referindo-se à anemia falciforme.

Segundo Marcos, a junção entre pretos e pardos é “estratégia política de aproximação social”. Na saúde pública, a questão é mais complexa, já que existem estudos epidemiológicos que demonstram diferenças entre os dois grupos. Há, inclusive, quem defenda que algumas doenças não têm características raciais, mas geográficas. Neste quesito, criticou a inconsistência dos dados da Pnad, que impedem a correlação entre aids e população negra, por exemplo.

O primeiro “evento crítico” que fez interpretação racial na saúde pública foi a esterilização de mulheres negras entre 1970 e 1990. “Fala-se em genocídio a partir de dados do IBGE e da CPI proposta por Benedita da Silva”, disse, e mesmo neste caso os dados são inconsistentes para identificar a incidência. A partir de 1996, com o Programa de Ações Afirmativas, foi possível listar as doenças “geneticamente determinadas, símbolos de identidade étnica”.

Para ele, o que mudou foi o contexto político, já que estudos hematológicos e clínicos realçaram “a origem africana”, mas também apontaram a miscigenação, concluindo não haver justificativa para programas de saúde específicos. “Mesmo assim, o programa se transformou na conquista política mais importante do movimento negro, na época”. Para o pesquisador, a Conferência de Durban, em 2001, “extremamente controversa”, ditou recomendações internacionais que não foram discutidas no país e deslocou a questão central para a aids, já que o encontro aconteceu na África do Sul, devastada pela doença. “O conceito de vulnerabilidade foi crucial para que a política da população negra deslanchasse”. Seminário da Fundação Ford, em novembro daquele ano, discutiu pela primeira vez raça e saúde juntas.

Ainda em 2001, a agenda da saúde da população negra reiterou as determinações de 1996 e incluiu críticas ao SUS, por não conseguir captar que o racismo agrava as condições sanitárias dos negros. “Cinco anos depois, o ministro da Saúde declarou que o SUS era racista”. O ministro na época, Saraiva Felipe, referia-se ao racismo institucional, “que merece discussão mais ampla”.

Mas são escassos os debates na área política, disse, e seria preciso estender à saúde a expertise da discussão sobre cotas. Por fim, citou o historiador Eric Hobsbawm: uma história destinada apenas a judeus, afrodescendentes, homossexuais ou gregos não pode ser boa, mas é confortável para quem a pratica.



Antônio Sérgio, Marcos, José Ricardo e Leny: tem sido complexa a construção do mito da sociedade sem preconceito

A pesquisadora Leny Bonfim (UFBA) apresentou, a seguir, elementos de estudo etnográfico na Boca do Rio, em Salvador, onde investigou a relação entre cor e identidade de 20 famílias negras, empregando conceitos de vulnerabilidade social, raça e cor. Na vulnerabilidade Leny considerou indicadores socioeconômicos — desemprego, subemprego, discrepâncias salariais —, além de prevalência e incidência de enfermidades.

O estudo recorreu à definição proposta por Fernanda Lopes, do Fundo de População da ONU, que traduz raça como sinônimo de grupo de pessoas com os mesmos marcadores físicos. A condição não-estável da etnicidade suscita questões como a divisão entre autorreferência e heterorreferência.

Leny lembrou que identidade étnica assume múltiplas formas, dependendo inclusive das “situações de contato”. Ela citou o conceito de “fricção interétnica”, do antropólogo paulista Roberto Cardoso de Oliveira (1928-2006), para demonstrar que a ideia de contraste está presente “desde as origens”; também Ivone Maggie (UFRJ), disse, analisa a mistura como ideia de indistinção, que organiza o discurso da sociedade. “Pensar numa sociedade sem preconceito e colorida ajudou a construir o mito da camuflagem das diferenças, que marca nossa trajetória”, criticou Leny.



No trabalho de campo, as abordagens não funcionaram: “Falar sobre etnia, afrodescendência ou raça era falar outro idioma” — sendo afrodescendência uma categoria exótica, comum entre os americanos. A pergunta, então, mudou: “Qual é sua cor?” As denominações resultaram “porosas e flexíveis”. A resposta predominante foi “moreno(a)”. Questionados se eram brancos ou negros, os entrevistados recorriam à história dos pais, reconhecendo misturas, “dimensão contrastiva da identidade”.

Nos itinerários terapêuticos, usados no estudo, foram encontrados padrões similares aos de famílias pobres, com relatos de dificuldades de acesso ao sistema e de forte influência de crenças e vínculos religiosos. Casos de racismo institucional em unidades de saúde não faltaram, além da tendência à reação mais crítica entre os jovens, que “reafirmam suas raízes africanas e reivindicam novo lugar na história brasileira”. Leny destacou ainda a importância do candomblé como estratégia de resistência política e afirmação identitária, onde se pode compartilhar problemas e conquistas.

SAÚDE INDÍGENA ONTEM E HOJE

Direitos como objeto de preocupação da academia, desta vez os dos povos indígenas, marcaram outro painel corrido, o que avaliou as atuais tendên-

cias das pesquisas em saúde indígena no Brasil e sua articulação com as políticas públicas. Ricardo Ventura Santos (Ensp/Fiocruz e Museu Nacional/UFRJ) fez resumo histórico da produção científica da área no país, a partir da década de 1960. Até 1980, havia predominância de estudos em medicina tropical e parasitologia, que descreviam o crescimento físico dos índios sem considerar a segurança alimentar — restringia-se à genética das populações (ou processos microevolucionários). O enfoque na saúde era secundário. As populações estudadas eram as consideradas “isoladas”, capazes de gerar “modelos”.

Ricardo citou a influência do geneticista americano James Neel (1915-2000), que fez seu primeiro trabalho de campo no Brasil, em 1962, entre os xavantes de Mato Grosso, para compreender “os processos de produção da variabilidade biológica das populações humanas, incluindo migração, fusão e divisão de aldeias”. Neel, que coordenara estudos sobre os efeitos da bomba atômica no Japão, comparou a taxa de mutação entre os yanomamis, população supostamente livre de radiação, aos dados colhidos entre os japoneses.

Nesse período, a maioria dos pesquisadores era de americanos. Metodologicamente, os estudos pouca relação tinham com políticas públicas, defesa dos direitos humanos ou questão fundiária. Na década de 1990, as pes-



Carlos Coimbra, Luiza e Ricardo: do enfoque em medicina tropical a pesquisas mais próximas da saúde coletiva

quisas em saúde indígena começaram a se tornar mais amplas, mais próximas da saúde coletiva, da epidemiologia, das ciências sociais e humanas. Surgiram redes como o grupo de trabalho sobre saúde indígena da Abrasco e o de demografia indígena da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep). A saúde indígena foi incluída na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/SCTIE/MS).

A partir de 2000, vieram os estudos com base em bancos de dados secundários, como o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que abordavam cor/raça, mortalidade infantil, violência e padrões de desigualdade.

“Uma reversão da invisibilidade epidemiológica”, afirmou Ricardo. O censo demográfico de 1991 já incluiu a categoria “indígena”. Tudo possibilitou diálogo maior com a saúde coletiva, “maior atenção à heterogeneidade interna dos diversos povos indígenas no processo saúde-doença” e incremento de estudos nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e de populações indígenas urbanizadas. “Uma radical transformação nos últimos 15 anos”.

Os trabalhos abrangem transição epidemiológica e demográfica, determinantes sociais da saúde, a articulação da epidemiologia com a antropologia da saúde. Ainda há temas a explorar, como os estudos interdisciplinares sobre alcoolismo e dependência química, territórios de fronteira, saneamento básico e habitação, além de gênero e saúde sexual. Cresce a articulação das pesquisas com as políticas públicas, por exemplo, o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (em andamento) e a inclusão da pergunta aberta sobre povo ou etnia e a língua falada no Censo 2010. Até agora, o IBGE contava apenas com a autodeclaração dos índios, sem especificar povo ou etnia. “O que vai acontecer em 2010 nem os mais otimistas imaginavam”, festejou.

A pesquisadora Luiza Garnele (Fiocruz/Manaus) levou ao painel um questionamento recorrente entre as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: “Para que serve um antropólogo?” No contexto do trabalho, baseado em conceitos biomédicos e ações de emergência e urgência médicas, não há espaço para o antropólogo. “Não conseguimos transformar o modelo em algo mais amplo”, disse, mas cada item identificado nos determinantes sociais da saúde demanda ação da antropologia.

A antropologia com abordagem interdisciplinar possibilitaria a construção de um conceito positivo de saúde: “Sabemos muito sobre doenças e quase nada sobre saúde”. Para ela, há defasagem entre academia e serviços, quase sempre ancorados no modelo assistencial e com enfoque biomédico, que não problematiza a realidade. “A prática não é permeável à discussão proposta pelas ciências sociais, já que os profissionais estão sempre pressionados para cumprir metas”: reflexões caem no vazio por não encontrarem espaço no modelo de assistência.

É preciso acumular conhecimento e sair das lições de moral

LUIZA GARNELO

Luiza citou os estudos da socióloga e antropóloga americana Esther Jean Langdon, professora da Universidade Federal de Santa Catarina, que problematizam a medicina tradicional, a interculturalidade e as práticas sanitárias nos DSEIs — exemplo de etnografia de um serviço de saúde que aborda as relações de poder nas equipes e discute conceitos e práticas que orientam o sistema.

Outro exemplo é o trabalho da antropóloga mineira Marina Cardoso, da Universidade Federal de São Carlos, que fez “análise sofisticada” dos kalapalos, revelando assimetrias de poder e mostrando como disputas e alianças da comunidade com o DSEI e a Funai podem alterar o acesso das pessoas. “As equipes no DSEI não têm noção destas disputas de poder, não sabem mapear quem é quem. Isso é fatal para o trabalho dos agentes de saúde”.

Luiza citou ainda o inquérito dos pesquisadores Ricardo Ventura e Carlos Coimbra (Ensp/Fiocruz), que trata de alimentação, nutrição e condições de vida, e alertou que as mudanças na atividade produtiva necessariamente implicam mudanças no perfil epidemiológico de uma população. Os conhecimentos antropológicos aplicados às práticas de saúde no 1º Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde (Radis 80), no Alto Rio Negro, previam “conhecer o território para intervir”.

A capacitação dos 250 agentes é exemplo prático de formação relacionada à prática. “Se temos que lidar com níveis de complexidade e ausência de

dados, há lacunas enormes”, advertiu. “É preciso acumular conhecimento e sair das lições de moral e prescrições baseadas no senso comum”. Ela citou o exemplo dos agentes de saúde: “Os profissionais desejam domesticar as escolhas, direcionando para os indivíduos mais escolarizados, mas nem sempre são estes os eleitos pela comunidade, pois as escolhas da comunidade são reflexos de poder”.

Pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Ensp, Carlos Coimbra Jr. concordou com Luiza ao apresentar os dados iniciais do 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. “Boa parte das ações de planejamento e gestão é baseada no senso comum”, confirmou. Apesar de o Brasil ser o país com a maior tradição censitária da América Latina, os índios foram incluídos na pesquisa em 1991.

O inquérito é um projeto “ousado”, que complementa estudos de caso, cujo objetivo é descrever a saúde materno-infantil das mulheres indígenas entre 14 e 49 anos e crianças menores de 5 anos, sua situação alimentar e nutricional, os fatores determinantes”, informou. “Este segmento é mais vulnerável para adocimento e morte”.

O estudo reuniu base amostral dividida em quatro regiões — Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste juntas — e trabalhou com informações de 6.605 mulheres e 6.583 crianças de 123 aldeamentos em terras indígenas. “Gostaríamos que todas as etnias e terras fossem incluídas”, disse, mas a rede de 60 pesquisadores encontrou dificuldades, como falhas no contato do Siasi. Os dados foram coletados em quatro cadernos temáticos. O primeiro reúne informações sobre a aldeia, e foi respondido pelos líderes das comunidades; o segundo trata do domicílio: tipo de piso, paredes e teto, procedência dos alimentos e recursos. “O assalariamento dos indígenas nunca foi visto antes, e tem impacto sobre a economia e sobre o que vão comer”.

No caderno sobre a mulher constam dados antropométricos, pressão arterial, taxas de glicose e hemoglobina, morbidade para malária e tuberculose, história reprodutiva e pré-natal. No quarto caderno, nascimento, aleitamento, histórico de hospitalizações, em especial diarreia e problemas respiratórios. Ao todo, foram coletados 23 mil cadernos, naquele momento em fase de digitação. A previsão é que os resultados preliminares sejam divulgados neste início de ano. “A parte mais complicada foi encerrada, já que 93% da amostra prevista foram cumpridas”.





Ary e Anamaria ouvem Corvalan no painel das mudanças climáticas: cenários lúgubres para o homem a partir da degradação dos ecossistemas

Coimbra disse considerar estratégico o papel da comunicação no processo de construção da saúde indígena, já que pode fazer com que a informação gerada na academia chegue aos serviços; Luiza concordou, acentuando a importância da pesquisa em comunicação nas práticas de educação em saúde e na mudança do alto grau de desinformação dos jornalistas. “Índio só aparece na imprensa quando é desgraça”, assinalou.

Luiza destacou o desafio da formação dos profissionais e abordou o uso acrítico dos determinantes sociais da saúde: “Precisamos construir nossos próprios diagramas da saúde indígena, porque algumas variáveis têm menor relevância entre eles do que nas cidades”. Coimbra assentiu: é complicado levar referencial construído em nossa sociedade aos povos indígenas. Ser mãe e mulher nas aldeias, por exemplo, tem suas particularidades: a taxa de fecundidade é altíssima, entre seis e oito filhos.

O AMBIENTE QUE ADOECE

O painel *Mudanças climáticas: novos desafios para o desenvolvimento*, na manhã de 1º de novembro numa sala ainda vazia — grande número de congressistas suportava calor e nuvens de mosquito em filas à entrada do Centro de Convenções —, o epidemiologista Carlos Corvalan, consultor internacional da Opas/OMS, chamou atenção para o aumento da carga de

doenças gerada pelas mudanças climáticas aceleradas. “Somente no Brasil ocorrem 256 mil mortes por ano devido a problemas ambientais”, informou. Segundo o especialista, a carga de doenças de países africanos, como Serra Leoa e Angola, é assustadora: mais de 300 anos de vida sadia foram perdidos. “Seguem nesse contexto Guiné Bissau, Moçambique, Índia, China e Brasil”.

Se nada for feito, todas as regiões do mundo sofrerão problemas ambientais, “em diferentes níveis”: contaminação intradomiciliar, problemas de saneamento nos bairros, contaminação do ar urbano nas cidades, problemas com fronteiras e rios nas regiões e, nos países, com recursos hídricos, deterioração da camada de ozônio e perda da biodiversidade. “Sofrerão mais rapidamente países em desenvolvimento como Índia e Bangladesh”, disse, mas também China e Brasil. “E não estão de fora os países desenvolvidos”.

Mudança ambiental é velho determinante da saúde e “sério fator de risco”, disse. O aumento lento e crescente da temperatura atmosférica e do nível do mar ou a redução da neve no Hemisfério Norte é apenas um exemplo de risco. Em setembro de 1980, o gelo do Ártico formado por água salgada ocupava 7,8 milhões de Km². Em setembro de 2007, são 4,2 milhões. “Se continuar assim, metade do Brasil some”, apontou ele o mapa do país reduzido.

Em 50 anos, calcula-se um aumento de 1,8° C a 4,0° C na temperatura atmosférica, que informes nos primeiros dias da Cúpula do Clima de Copenhague, em dezembro, confirmariam.

“Talvez plantas e animais consigam se adaptar, mas não o homem”, preveniu. A onda de calor na Europa em 2003, que matou 70 mil pessoas, é uma prova. “Essa onda estava fora do ciclo, mas poderá ser algo normal em 2050”.

Não ficam fora do debate os biocombustíveis, produzidos em grande parte por Brasil e EUA. Pouco se sabe sobre os riscos que podem provocar, pois as pesquisas são incompletas. “Mas o que está em jogo não é se o produto é bom ou não para o ambiente, e sim a própria produção e o consumo”, assinalou. Ou seja, “como não queremos mudar nosso padrão de consumo, continuamos exigindo mais carro no lugar de transporte público”. Em sua opinião, o biocombustível talvez resolva o problema de emissão de CO₂ na atmosfera, “mas não o problema coletivo de trânsito”.

O ponto 49 da *Declaração de Compromisso de Port of Spain*, resultado da 5ª Cúpula das Américas, em abril de 2009 na capital de Trinidad e Tobago, trata do desenvolvimento sustentável, da produção e do uso de biocombustíveis atuais e futuros, atentos a seu impacto social, econômico e ambiental. “Alimentos para alimentar carros roubam alimentos para suprir a nutrição de uma população”, disse.

São mais suscetíveis às mudanças climáticas crianças menores de 5 anos, grávidas, idosos. “Dos 70 mil mortos na onda de calor da Europa, 50 mil eram idosos”. Sofrem mais as regiões com altas taxas de doenças sensíveis e as áreas costeiras. Segundo Corvalan, muitas enfermidades são mais sensíveis ao clima. A cada ano, a desnutrição

mata 3,7 milhões de pessoas, enquanto a diarreia, 1,7 milhão, e a malária, mais de 1 milhão. “Essas doenças são, particularmente, as mais sensíveis às mudanças de temperatura e afetam principalmente as crianças”, disse.

A estratégia para proteger a saúde nesse quadro é fortalecer os sistemas de saúde local e nacional. Para tanto, é necessário sensibilizar os tomadores de decisões, inclusive os da saúde. “A sensibilização começou em 2008”, referiu-se Corvalan ao Dia Mundial da Saúde do ano passado, cujo tema foi “Protegendo a saúde frente às mudanças climáticas”. Outras saídas: recursos financeiros e humanos, promoção de alianças e estratégias de adaptação baseadas em avaliações de vulnerabilidade. “Cerca de 88% da carga de doença das mudanças climáticas recaem sobre as crianças menores de 5 anos”, frisou: as mudanças no clima poderão ser a maior ameaça à saúde neste século 21.

Para a segunda palestrante da mesa, Anamaria Tambelline, professora da Faculdade de Medicina e pesquisadora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ, é preciso compreender o ambiente como um sistema socioecológico, porque explica ao mesmo tempo as lógicas do ambiente e da sociedade. “Falar só de ambiente a quem faz ciência não resolve”, disse. São três as etapas desse sistema: o da busca por matéria-prima tirada do meio ambiente; o da transformação, “em que se destrói o que vem da natureza para transformar em outro”; e o do consumo, quando o resto volta à natureza. “Todas essas fases podem ser bem ou mal planejadas, com intenção de poupar o ambiente ou de maximizar lucros”.

O que está em jogo nesse debate sobre mudanças ambientais, salientou, é o processo de produção e de desnaturalização do conceito de ambiente. “Até bem pouco tempo, achava-se que os ecossistemas eram indestrutíveis”. Mas, a partir do primeiro momento em que são lesados, “não há mais como voltar”. A lógica da sociedade, pautada na produção capitalista e de acumulação do capital, “criou técnicas e não se importou se era poupadora ou não da natureza”.

Essa lógica impacta sobretudo as populações vulneráveis que, ao longo do tempo, adquiriram capacidade de resiliência, “de resistir às mudanças climáticas e aos grandes desastres”. Mas essa não é uma escolha pessoal, e sim condição de vida imposta. “Ninguém vai morar em morros e encostas, sob o risco de perder casas e vidas, porque quer, mas porque ali é o único lugar possível”.

De acordo com a professora, 60% dos serviços fornecidos pelos ecossistemas (luz, sol, água e ar) estão sendo degradados ou utilizados de modo insustentável. “São custos difíceis de estimar, mas crescentes”. Prova disso é a forma de produção de água mineral da empresa Nestlé, instalada sobre o Aquífero Guarani, o maior manancial de água doce subterrânea transfronteiriço do mundo, estendendo-se por Brasil (840 mil Km²), Paraguai (58.500 Km²), Uruguai (58.500 Km²) e Argentina (255 mil Km²). “A empresa polui as águas que abastecem a Argentina”, denunciou, “e vende a água a preços altíssimos à América Latina”.

Degradados, os ecossistemas perdem a capacidade de servir a uma determinada população, o que traz doenças emergentes e reemergentes, escassez ou alterações abruptas da qualidade da água, colapso da produção de alimentos e mudanças de clima regional e global. “Já chegamos a um nível que coloca em risco a estabilidade política dos países”.

Já chegamos a um nível que coloca em risco a estabilidade política dos países

ANAMARIA TAMBELLINE

Segundo Anamaria, um terço dos habitantes do mundo vive em áreas com problemas de água; em 2050, serão dois terços. “Doenças associadas a falta de água e saneamento atingem metade da população urbana de África, Ásia, América Latina e Caribe”. Impactam também o ar e o solo contaminados. Somente na cidade de São Paulo a contaminação do ar pelo poluente O3 provocou aumento de 8% das internações por doenças respiratórias, por NO₂, 9%, e por PN₁₀, 9%. “Todos são indicadores de poluição, e o sistema de saúde sofre demanda excessiva”. Quanto ao solo: a área de saúde ambiental do Ministério da Saúde descortinou, em curto tempo, duas mil áreas contaminadas por mais de uma substância nociva à saúde. “As pessoas começam a ficar doentes, não há como diagnosticar e, em alguns casos, nem como tratar”.

Dedicado ao tema, o coordenador da mesa, o sanitarista Ary Carvalho de Miranda (Fiocruz), citou dados preocupantes: “Segundo a FAO, logo seremos 1,1 bilhão de pessoas com fome no mundo e, segundo a ONU, 1,1 bilhão sem acesso adequado à água”. Os efeitos são desiguais, disse: “Não é à toa que os EUA não assinaram o Protocolo de Kyoto” – em dezembro, a cúpula do clima em Copenhague negociaria a renovação das metas de emissão de gases pós-2012.

SOCORRO DA AGROECOLOGIA

Na coordenação do debate sobre *Agroecologia, segurança alimentar e saúde: O papel dos coletivos de trabalhadores rurais na democratização da política pública*, o pesquisador Eduardo Stotz (Ensp-Fiocruz) afirmou que o pressuposto da agroecologia é o desenvolvimento econômico “contra-industrializado”, ligado ao agroecossistema, que abra caminho para saberes científicos e camponeses. A área de estudo abarca a soberania alimentar, mais ampla que segurança alimentar, e propõe mudanças profundas nos sistemas sociopolíticos. “É na relação com a soberania alimentar que a saúde se impõe”, disse.

Coordenadora do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), a catarinense Noemi Krefta contou que elas se reuniram há 25 anos, “a partir das necessidades das mulheres da roça”. Era o auge da chamada “Revolução Verde” (iniciativa nos anos 60 e 70 de superprodução agrícola insustentável, precursora do agronegócio). As mulheres fizeram manifestação em Brasília em pleno Dia de Finados: “Aqui é o cemitério onde nossos maridos estão enterrados”, protestaram.

Elas denunciavam o ataque à cultura camponesa nesse incentivo à especialização: em vez de plantar tudo, os agricultores eram estimulados a plantar uma só cultura para “ganhar mais dinheiro”. A proposta do MMC era “alternativa às políticas públicas que investiam em tratores, sementes híbridas e motosserras”, a “alma” da “Revolução Verde”. Também era época de movimento sindical restrito a homens: camponesas não tinham direito a voto ou voz, eram consideradas dependentes dos maridos em serviços de saúde, financiamento ou benefícios da Previdência. “Não tínhamos vida própria”.

A coordenadora do MMC pediu melhoria na qualidade de vida e apoio



à produção de alimentos de qualidade. “Defensivo agrícola é veneno, sim”, exclamou, e pediu o retorno à cultura camponesa de produtos saudáveis e o cuidado com sementes, água, solo e a própria vida. “É o cuidado com o ser integral e com nosso ecossistema”.

A Campanha Nacional pela Produção de Alimentos Saudáveis, destacou, lançada em março de 2007 para resgate do modo de vida camponês, propõe alimentação saudável e diversificada, “que compreenda o ecossistema e entenda as necessidades alimentares a partir do espaço onde se vive”. Isso inclui a não-incorporação de hábitos alimentares de outras regiões, “para não aumentar os problemas de saúde”, bem como resgatar e ressignificar a relação das pessoas com sua história, seja em sementes ou técnicas nativas. “Se cultivo diferente, não vou ter a mesma produção nem o mesmo conteúdo nutricional”, justificou. É preciso conservar nascentes, manter e recuperar matas ciliares, usar espécies naturais de cada região. “Somos contra o monocultivo de *pinus eucaliptus*”, acrescentou. “Não é nativo do Brasil e interfere na vida natural do ambiente”.



A camponesa defendeu a solidariedade entre os povos, já que “o modo capitalista é o contrário disso” ao estimular concorrência entre vizinhos e dependência de avanços tecnológicos. Agroecologia, observou, vai além de “produtos orgânicos”: exige mão-de-obra, estudo do comportamento de plantas e animais e construção da relação do homem com a natureza que permita o cuidado com a vida. “Não há receitas prontas”, advertiu, lembrando que a agricultura química avança a passos largos com mecanismos de destruição da vida, do saber popular e da criatividade. O agronegócio aplica “pacotes prontos” sem questionamento.

A proposta inclui educação “do campo e no campo”, de maneira que se avance na construção de conhecimento científico e inclua as mulheres no processo de escolarização. “Temos o direito de fazer parte da sociedade, discutir políticas públicas e modos de vida”, reivindicou, propondo subsídios para o avanço das experiências e criticando as “políticas compensatórias para continuar com o agronegócio”.

Em relação à saúde, Noemi questionou: “O trabalho que fazemos não pode gerar moeda, mas na ponta do lápis quanto custa um pé de alface, um litro de leite ou uma dúzia de ovos?” Ela propôs alimentação “de fato” e criticou a “ração” imposta pelo atual modelo,

“que enche a barriga e não alimenta”. Para ela, alimentação de fato reduz custos com a saúde pública, valoriza o trabalho, melhora a qualidade de vida — “um pedaço de terra, casa digna para morar e espaço e tempo para o lazer, isso é promoção à saúde”.

À plateia majoritariamente jovem que acompanhava o debate no Auditório Brum, Maria Eunice de Jesus, representante da Articulação no Semiárido Brasileiro (ASA) em Alagoas, informou que a região “não é apenas um recorte do Nordeste, inclui o norte de Minas e parte do Espírito Santo”. A entidade propõe política pública para o Semiárido de contraposição ao “modelo hegemônico, que cria imagem não-verdadeira, mas que se adapta à captação de recursos”. Uma “caricatura doente”, que reúne elementos como pés e solo rachados e um “sertão que nada dá”. Segundo ela, esta visão democratiza a caricatura, mas não as melhores condições para se viver. “Não se briga com a seca. Ela não é castigo, é reação da natureza”.

Como promover a saúde se temos maçãs envenenadas?

VICENTE ALMEIDA

A caricatura estigmatiza a população, como se o povo do Semiárido não produzisse nem conhecimento. “Temos que democratizar a terra e a água”, defendeu, criticando o projeto de transposição das águas do Rio São Francisco para Paraíba, Pernambuco e Ceará. “Democratizar a água não é levá-la a modelo econômico para produzir camarão e frutas que nunca vamos comer”.

“Somos muitos e somos diferentes”, disse. Já há projetos de mobilização social de sucesso, como o *1 milhão de cisternas*, da própria ASA, premiado pela ONU, que leva cisternas à população local. O direito à água, aliás, é visto como essencial na construção da soberania alimentar na região, disse. “É ele que garante a permanência do homem no campo, assim como o direito à terra e à educação”, afirmou. Outro programa, *Uma terra, duas águas*, visa garantir o manejo sustentável da água da chuva para a produção de alimentos e criação de pequenos animais. As barragens subterrâneas no Alto Sertão

de Alagoas, disse, armazenam 50 mil litros de água e auxiliam na produção de alimentos o ano inteiro.

Para a ativista, a agroecologia só faz sentido se sua filosofia se basear em outro olhar, na direção do homem e da natureza. “É uma vontade de mudança, de crescer e se transformar: não bastam tecnologias e políticas se perdermos a vontade de sonhar e de propor coisas novas”. Em relação à soberania alimentar, questionou: “De quê? Para quem? Soberania de alimentos é balela!” Segundo ela, se agricultores pararem de produzir por uma semana a população das cidades não se mantém um dia comendo. “Será que o povo da academia sabe disso?”, provocou. “Soberania é sobrevivência de um povo, e o povo não vive de cana e soja”. Em suas palavras, “a imagem do Brasil exportador que aparece na TV é fruto do nosso trabalho” — 77% da comida no prato dos brasileiros.

Sob aplausos da plateia, Eunice exigiu novas políticas de saúde para o povo do campo e soberania alimentar de fato: “Soberania, hoje, só se for a do agronegócio”. Para ela, é incompatível investir em transgênicos e falar de soberania alimentar. “Enquanto o campo for considerado depósito da cidade não haverá soberania alimentar”, disse. E é preciso haver também soberania de conhecimento. “Esse modelo que está aí não conhece a capacidade da agricultura do campo”.

A ativista alagoana defendeu a necessidade de se valorizar o conhecimento do povo e democratizar o saber produzido nas universidades, “que está escondido nas gavetas”, alertou, sob mais aplausos. A partir da realidade e dos conhecimentos do Semiárido será possível uma real biodiversidade, com diversidade cultural e social. “Precisamos abolir velhos comportamentos implantados para distanciar a cidade do campo”. Foi aplaudida de pé.

ENQUANTO ISSO, O AGRONEGÓCIO...

O pesquisador da Embrapa Vicente Eduardo Almeida abriu o painel *Impacto dos agronegócios sobre o ambiente e a saúde: desafios para a produção de conhecimento*, na manhã do dia 1º no Guararapes, mostrando lado a lado imagens de colheitadeira numa plantação de soja e de trabalhadores numa plantação familiar. “É possível a convivência?”, perguntou. Se, por um lado, o agronegócio gera riqueza, por outro traz concentração fundiária, erosão, contaminação do solo, da água e da biodiversidade.



Noemi (ao lado) pediu a democratização do saber universitário; novidade aplaudida no Abrascão: as sessões de pôsteres comentados pelo autor



De novo, comparou imagens: desta vez, da bruxa e da Branca de Neve segurando maçãs. “Como promover a saúde quando temos maçãs envenenadas?” Estudos da contaminação de frutas, legumes e verduras mostram que o país oferece alimentos altamente contaminados – é o que mais consome agrotóxicos no mundo.

Para Vicente, há muitos sinais de que o modelo do agronegócio traz prejuízos à saúde e ao ambiente. A solução, indicou, é a transição agroecológica, que favoreça a produção de alimentos saudáveis, o aumento de emprego e a segurança alimentar. O pesquisador da Ensp Marcelo Firpo foi além e defendeu o fim do uso de agrotóxicos: “Controle é medida paliativa, a questão central é a eliminação”.

Sem agrotóxicos, a monocultura seria posta em xeque, já que é químico-dependente. A soja avança sobre o cerrado e a Amazônia, desmata e queima o solo para virar “oceano de soja”, apontou. “As grandes plantações são bombas ecológicas, agridem a biodiversidade e a população”.

O Brasil anda na contramão do mundo: enquanto as nações desenvolvidas diminuem o uso de agrotóxicos, a venda

aqui quase triplicou entre 1995 e 2005, embora a área de plantio tenha crescido 20%. “Os países periféricos assumem a produção suja”. Firpo afirmou que o agrotóxico é parte de ampla cadeia, com participação de transnacionais e fusão da indústria química com produtores de sementes transgênicas.

Wanderlei Pignatti, da UFMT, apresentou dados de Mato Grosso – “o centro da destruição da natureza no Brasil”. O agronegócio não produz apenas soja e cana, mas também madeira, papel, tabaco, suco. Em 2007, o país tinha 52 mil lavouras, com média de 10 kg de agrotóxico por hectare a cada safra – nas de algodão, 20 kg por hectare. “Onde foram parar os milhões de litros de agrotóxicos?”. Uma parte foi absorvida por pele, pulmões e sistema gastrointestinal dos trabalhadores e da população do entorno; parte ficou retido em plantas e frutos, no capim dos pastos, na carne e na gordura dos animais. Parte foi carregada pelo vento que poluiu outras plantações ou levada pelas águas da chuva a rios, lençol freático, lagos e pântanos.

Em humanos, podem causar agravos gastrointestinais, de pele, hepáticos, renais, neurológicos (surdez, Parkinson), pulmonares, psiquiátricos (depressão, irritabilidade, distúrbio de desenvolvimento), endócrinos (diabetes, hipotireoidismo, infertilidade, aborto), deficiências no sistema imunológico, câncer.

Pesquisadora da Fiocruz Pernambuco, Lia Giraldo tratou do marco legal dos agrotóxicos no país, especialmente a Lei nº 7.802/89, que vem sendo degradada por medidas provisórias resultantes de lobbies ruralistas. Ela conclamou os pesquisadores a apostarem na produção científica independente sobre o tema – “muitos estão ligados à agroindústria” –, a partir de novas metodologias de investigação.

DETERMINANTES, NOVO OLHAR

Consultor da Opas, Marcos Akerman, coordenador da mesa sobre *Determinantes sociais da saúde no contexto de crises*, informou que o Brasil tem tradição na discussão sobre determinação social no processo saúde-doença, debate que sempre reuniu militantes e gestores. O primeiro a falar foi o pesquisador do Ipea Roberto Passos Nogueira, presidente do Cebes que, com enfoque original, criticou o relatório sobre Determinantes Sociais na Saúde da OMS, publicado em 2008.

Segundo ele, tal como está expresso, o documento se atém a perspectiva epidemiológica descritiva, evidenciando variáveis que enfocam esperança de vida, mortalidade e morbidade que têm como referência “o imperativo ético de reduzir desi-



gualdades em saúde”. Na relação das condições de trabalho com o padrão de morbidade, por exemplo, indica mortalidade mais significativa entre os trabalhadores temporários. Embora identifique a correlação entre saúde mental e desemprego, o relatório não toma o fato como evidente, nem contextualiza o que é depressão para o trabalhador desempregado: “Onde está a doença e onde está a reação natural à perda do emprego?”

“A metodologia, sem as teorias dos fenômenos sociais da saúde, nos desafia a pensar se não estará defasada para a sociedade que temos, que não é mais a moderna, e sim a pós-industrial”, disse. Além disso, o método se limita a correlacionar estatisticamente condições sociais e sanitárias, seguindo modelo de causalidade das ciências naturais: os fenômenos são naturalizados como fatores causais das iniquidades, sem fundamentação do ponto de vista da justiça e da desigualdade. O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, apontou, é uma organização arbitrária e substitui a interpretação da sociedade e do homem por uma análise de fatores.

“É preciso retomar o sentido filosófico da determinação”, argumentou, lembrando o que propunha um dos gurus de Marx, o filósofo alemão Hegel (1770-1831): “A experiência imediata não é a mais concreta; é a mais abstrata”. Roberto defendeu que os DSS jamais sejam examinados “pela noção que associa causa e efeito”. O melhor seria recorrer ao pensamento do húngaro Georg Lukács (1885-1971), para quem o ser do homem está fundado no trabalho como atividade teleológica, ou de outro alemão, Martin Heidegger (1889-1976): o ser do homem é “um ser com os outros, que na linguagem se revela”.

“Precisamos de um conceito de saúde que saia das linhas causalistas”, exortou o pesquisador: o comportamento social não pode ser reduzido a indicadores — até o “imaginário do risco”, que aumenta as proporções das epidemias, tem ligação com a sociedade pós-moderna. As teorias causalistas inventam doenças por interesse comercial — o *disease mongering*, por exemplo, como disfunção erétil ou distúrbio de hiperatividade, “novas categorias que ampliam a dimensão patológica com o objetivo de vender medicamentos”.

O sanitarista Alberto Pellegrini (Fiocruz), que comandou os trabalhos da Comissão Nacional de DSS (*Radis* 45 e 74, entre outras edições), analisou o relatório sob outra perspectiva: “O que há de novo no movimento da OMS é o compromisso com a ação”, indicou.

“Da tensão entre o determinismo e a liberdade pode surgir um processo de transformação das ações humanas”. A transformação, por sua vez, deve levar em conta o princípio da equidade, “reconhecendo iniquidades evitáveis”.

A reforma tributária que queremos foi expulsa da agenda do Congresso

GUILHERME DELGADO

Para Pellegrini, o modelo de Dahlgren e Whitehead é hierarquizado, enquanto outros esquemas podem levar a interpretações mecanicista e fatalista. No contexto de crise, as ações devem incidir sobre os níveis distais (na macroestrutura), intermediários e comportamentais, de maneira que a intervenção, baseada em evidências, seja intersetorial, envolva a sociedade como um todo e promova a redistribuição de poder. Para que as políticas de equidade se nivelem por cima, a estratégia é “fazer com que os grupos mais desfavorecidos alcancem os níveis de saúde dos mais favorecidos”. Em sua opinião, isso exige conhecimento dos DSS, além de vontade política, recursos, coordenação, gerência, auditoria e avaliação.

BEM-ESTAR SOCIAL, COMO FINANCIAR?

A questão tributária foi pauta de dois grandes debates no fim da tarde de 4/11, último dia do congresso. A mesa *Reforma tributária que queremos* contou apenas 12 pessoas na plateia, afinal transferida do Auditório Beberibe, que recebeu o debate sobre o público e o privado (pág. 16), para o Auditório Brum, que é menor. “O tema talvez não atraia porque é sempre apresentado pela mídia como assunto técnico, do empresariado”, lamentou o pesquisador do Ipea Guilherme Delgado. “Mas reforma tributária significa garantia dos deveres fiscais para sustentação do Estado de bem-estar social”.

O economista, primeiro a falar, alertou: “A reforma que queremos” foi expulsa da agenda do Congresso em 2009 e não voltará em 2010. Para

Guilherme, que integra o Movimento em Defesa dos Direitos Sociais Ameaçados pela Reforma Tributária e a diretoria do Cebes, a proposta do Executivo apresentada em 28 de fevereiro de 2008 ao Congresso e aprovada em 2009 por comissão especial da Câmara impacta negativamente o sistema de proteção social.

A emenda elimina três fontes do orçamento da Seguridade, reduz uma e cria o Imposto de Valor Agregado (IVA-Federal). Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), PIS/Pasep (Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, fonte do seguro-desemprego e do abono anual do trabalhador de baixa renda) e Cide-Combustíveis (Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico), que incidem sobre a receita das empresas, são unificadas sob o novo tributo. Além disso, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) é incorporada ao imposto de renda da pessoa jurídica (IRPJ). A do salário-educação também seria extinta, bem como reduzida a contribuição patronal sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho. Em resumo, a Seguridade Social perde PIS, Cofins, Cide, salário-educação e CSLL e ganha o IVA-F (*Radis* 85).

Guilherme citou o economista Celso Furtado (1920-2004), oitavo ocupante da Cadeira 11 da Academia Brasileira de Letras, em sucessão a Darcy Ribeiro, para explicar a função do sistema tributário e seu papel de bem-estar social. São quatro as finalidades: competitiva, ou seja, de reprodução do sistema econômico social; manutenção da democracia; consumo das elites; e atendimento de necessidades básicas da população. “O sistema tributário é o cerne da questão do desenvolvimento”, dizia Furtado.

Para ele, a função de necessidade da população é o que deveria comandar a reforma tributária. “A Constituição de 88 apontou para isso”, disse Guilherme, citando como exemplo o capítulo da Ordem da Seguridade Social, Artigo 195, que trata das fontes de recursos para o setor. O movimento em Defesa dos Direitos Sociais quer uma reforma tributária com exclusividade de recursos para a proteção social: “Quando se desvincula tributos da categoria social, como preconiza a PEC 233, a área fica suscetível ao jogo de poder das políticas econômicas”. Outro princípio defendido pelo movimento é o da progressividade dos tributos, não prevista pelo projeto. “Ou seja, é



preciso arrecadar mais de quem ganha mais, e não igualmente”.

Para o economista, a reforma não se preocupou em dar conta da demanda da população. “Ao contrário, determinou tetos, o que é contrário à ideia de universalidade”, disse. O princípio da demanda entende que quanto maiores o crescimento demográfico e a longevidade da população, maiores são a consciência e a pressão por direitos sociais. “Por isso inserimos em nossa agenda a necessidade de um fundo de reserva na reforma”, salientou. Reunião no ano passado no Cebes sugeriu que o Fundo Soberano do Pré-Sal virasse o Fundo do Sistema Previdenciário.

A segunda palestrante da mesa, a economista Sulamis Dain, professora do Instituto de Economia da UFRJ e do IMS/Uerj, defendeu com ardor as mesmas ideias: os problemas do sistema tributário não foram causados pela Seguridade Social, como se tenta passar como justificativa da necessidade de reforma. “Ao contrário, a Seguridade foi a válvula de escape do governo para suprir outras áreas”.

De acordo com a economista, o projeto prejudica a saúde e a seguridade e deixa de fora uma questão crucial para o bem-estar social: a progressividade na tributação. “A carga tributária paga hoje em dia é muito mais alta para quem ganha até dois salários mínimos”, criticou. Tabela da renda entre 1996 e 2004 prova isso, mostrou. Para quem ganhava até dois salários mínimos em 1996, a carga era de 28,2%; em 2004, 48,8%. Para quem recebia de 2 a 3 salários, 22,6% (1996) e 38% (2004); de 3 a 5 salários, 19,4% e 33,9%; de 5 a 6 salários, 18% e 32%; de 6 a 8 salários, 18% e 31,7%; de 8 a 10, 16,1% e 31,7%; de 10 a 15 salários, 15,1% e 30,5%; de 15 a 20 salários, 14,9% e 28,4%; de 20 a 30 salários, 14,8% e 28,7%; mais de 30 salários, 17,9% e 26,3%.

Quanto à tributação indireta em 2004, para quem ganhava até 2 salários mínimos a incidência da carga foi de 45,8%; já para quem recebeu de 2 a 3 salários, 34,5%; de 3 a 5 salários, 30,2%; de 5 a 6 salários, 27,9%; de 6 a 8 salários, 26,5%; de 8 a 10, 25,7%; de 10 a 15 salários, 23,7%; de 15 a 20 salários, 21,6%; de 20 a 30 salários, 20,1%; mais de 30 salários, 16,4%. “E a CPMF não está aqui”, ressaltou Sulamis, para quem a CPMF não contribuiu para essas distorções. “Quem não quer é porque não está satisfeito com os recursos que o governo extrai para a população”. A extinção do imposto em 31 de dezembro de 2007 esteve na contramarcha da luta por recursos

para a área da saúde. “Com a queda da CPMF, R\$ 24 bilhões deixaram de ser aplicados no SUS”, lembrou.

Sulamis defende a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS), o novo imposto para a saúde defendido pelo governo, e a regulamentação da EC 29, que reserva à saúde 10% das receitas correntes brutas na União, em vez do repasse anual com base no PIB. “A vida do SUS de 1995 a 2007, em matéria de indexação do PIB, praticamente não se alterou, foi medíocre”, disse. Segundo a economista, o SUS perdeu cerca de R\$ 8 bilhões devido ao critério atual.

Militante do movimento sanitário, Sulamis disse estar batalhando para que a tributação seja mais justa. “Me assusta quando penso em longo prazo”, contou. A área é sempre preterida nos ganhos da carga tributária. “Entre 2000 e 2006, houve aumento de 4% do PIB: enquanto Previdência e Bolsa-Família ficaram com 2% desse montante, a saúde ficou com apenas 0,05%”, reclamou.

A PEC 233 destina à Seguridade Social 38,8% do IVA-F: “Isso é um corte branco de gastos, colocaria o SUS numa vala comum”, remetendo o sistema a critérios obsoletos. “O problema não é propriamente a reforma tributária, mas como nos apropriamos dela”, disse. Prova disso é ausência de debate

sobre as deduções no Imposto de Renda: “Clamamos por mais recursos para a área da saúde e, ao mesmo tempo, permitimos deduções no imposto”. Em 2008, deduções e gastos tributários do IR de pessoa física com despesas médicas mais planos de saúde foi de R\$ 1.943.016,78 (4,99%) e de pessoa jurídica, R\$ 725.171,08 (1,86%). “Mas o debate não interessa ao empresariado, que tem seu IR reduzido descontando os planos de saúde”.

Sulamis encerrou sua apresentação sugerindo à saúde seguir o exemplo da Educação, que conseguiu a redução gradativa da DRU (Desvinculação da Receita da União) até sua extinção em 2011 e a inclusão no Fundo Soberano do Pré-Sal. “Alguém da área tem que estudar essa questão”.

No debate, Sulamis pediu percentuais sobre todos os impostos destinados à área. Mesmo defendendo a CSS, disse considerar que um imposto único põe a saúde em risco, como aconteceu na extinção da CPMF. “Estamos sempre exercendo papel de zelador de um imposto, e isso não é nada seguro”.

♦ Na edição de fevereiro, um pouco mais do Abrascão 2009: H1N1, vacinas, medicalização, judicialização da saúde e o comportamento da mídia



RADIS DESEJA

**Feliz 2010 à saúde pública
com a regulamentação da EC 29**

Neste ano TEM que sair!!!

SERVIÇO

EVENTOS

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL 2010



O Grupo de Enlace do FSM, que em 2010 terá ações descentralizadas e permanentes, propõe aos organizadores de eventos locais que conectem as atividades. No Brasil, os eventos começam em janeiro no Rio Grande do Sul, com o Fórum Social de Economia Solidária, do dia 22 ao 24, em Santa Maria, e a 1ª Feira Mundial de Economia Solidária, de 25 a 29, em Canoas (www.fsmecosol.org.br), entre outros; em 30 de março, vários países se mobilizam para o Dia Nacional da Palestina (contato: hind.awwad@bdsmovement.net); de 24 a 26 de julho, em Belém, o 1º Fórum Mundial de Cultura e Educação para Transformação (contato: danbaronmst@hotmail.com). O Fórum Social Américas 2010 será de 11 a 15 de agosto em Assunção, no Paraguai (contato: consejo@forosocialamericas.org).

Mais informações

Site www.forumsocialmundial.org.br
E-mail fmsmsite@forumsocialmundial.org.br

5º FÓRUM URBANO MUNDIAL



Organizado pelo Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (UN-Habitat) desde 2002 e principal encontro mundial de temática urbana, será em março, no Rio de Janeiro, com o tema "Direito à cidade: unindo o urbano dividido". O objetivo é examinar um dos problemas mais urgentes, a rápida urbanização e seu impacto em comunidades, cidades, economias, mudança climática e políticas públicas. Participarão profissionais, acadêmicos, moradores de favelas, ministros, prefeitos, ONGs, "todos unidos pela construção de cidades melhores", diz a apresentação. Está

prevista a atividade Ações pelo Direito à Cidade, no âmbito do Fórum Social Mundial (contato: forumreformaurbana@fase.org.br).

Data 22 a 26 de março de 2010
Local Armazéns do Cais do Porto, junto ao Terminal Intermodal de Passageiros, Praça Mauá, Rio de Janeiro
Site www.cidades.gov.br/wuf5

CURSOS

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE



O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) abriu inscrições para dois cursos: Comunicação e Saúde, com 18 vagas (www.cict.fiocruz.br/media/chamadapublica.pdf), e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, com 20 vagas (<http://www.cict.fiocruz.br/media/chamadapublicaicts2010.pdf>), destinados a profissionais de comunicação ou informação em saúde, para que conheçam contextos, diretrizes e princípios do SUS. Os formulários estão na Plataforma SIGA (www.sigals.fiocruz.br).

Mais informações

Tel./Fax (021) 3882-9063/9033

E-mail gestaoacademica@icict.fiocruz.br

INTERNET

DIÁLOGOS INTERNACIONAIS

Respostas locais a inseguranças globais: inovação e mudança no Brasil e na Espanha, livro lançado em 2009 pela Fundação

Cidob (Centro de Estudos Internacionais de Barcelona), tem coordenação da cientista política Sonia Fleury (FGV), e dos professores Joan Subirats e Ismael Blanco (Universidade Autônoma de Barcelona). Analisa experiências de inovação social e local com o objetivo de promover a inclusão social e a cidadania ativa.

♦ PDF www.ebape.fgv.br/novidades/pdf/Livro-Respostas-Loicais-a-Inseguranças-Globais.pdf

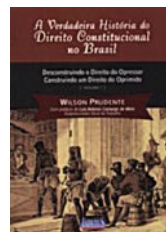


♦ DVD www.ebape.fgv.br/novidades/asp/dsp_dados_comunicados.asp?rep=393

PUBLICAÇÕES

DIREITO E OPRESSÃO

A verdadeira história do direito constitucional no Brasil: desconstruindo o direito do opressor, construindo o direito do oprimido (Impetus), do procurador Wilson Roberto Prudente, do Ministério Público do Trabalho, trata dos fatos jurídicos da colonização à Constituição de 1988. O autor convida o leitor a participar da construção de uma nova teoria jurídica, a do direito como ciência social que não pode se isolar das demais.



DIREITO E SAÚDE

Temas atuais de direito sanitário, organizado por Maria Célia Delduque, do Programa de Direito Sanitário (Prodisa) da Fiocruz Brasília, reúne os melhores trabalhos de conclusão do curso de Especialização em Direito Sanitário. O livro, que aborda assuntos como o direito ao aborto em caso de gravidez de anencéfalo e o registro de medicamentos, é continuação de *Questões atuais de direito sanitário (Radis 48)*, de 2006.

♦ Versão digital: www.fiocruzbrasil.org.br/prodisa



CONTATOS

Editora Impetus

Tel. (21) 2621-7007

E-mail atendimento@editoraimpetus.com.br

Site www.editoraimpetus.com.br

Programa Prodisa

Tel. (61)3340-0724/0467/9826

E-mail prodisa@fiocruz.br

Site www.brasilia.fiocruz.br/prodisa



PÓS-TUDO

Carta de Olinda

Aprovada na plenária de encerramento do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Os participantes do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, reunidos no Centro de Convenções de Pernambuco, expressam as considerações que se seguem a respeito da saúde no Brasil:

A atual crise mundial produziu grave impacto na economia, conjugando a pauperização, a destruição da natureza e danos sem precedentes na qualidade de vida e saúde de todos. Urge a construção de uma alternativa para a reversão do atual modelo de produção, acumulação e distribuição de riquezas. Um modelo que promova a saúde e a qualidade de vida, em padrão sustentável de desenvolvimento que permita a superação das iniquidades sociais.

O Brasil, ainda que tenha logrado avanços importantes com o aumento das coberturas previdenciárias, com os programas de transferência de renda e com a expansão da atenção primária através do Programa Saúde da Família, entre outras conquistas do SUS, está longe de ter saldado a dívida social com a maioria do povo.

A luta pela saúde, portanto, deve retomar a perspectiva da luta pela democratização radical da sociedade, no sentido de assegurar a qualidade de vida para todos, e não se confinar às estratégias, ainda que relevantes, de reformas institucionais para a prestação de serviços de saúde.

A proximidade das eleições já situa esse processo no topo das agendas nacional e estaduais, além de condicionar fortemente também as eleições nos municípios em 2012. Não há como negar a marcante presença da saúde nas agendas das últimas eleições, ao mesmo tempo

em que observamos a redução de seu papel nas diretrizes de parte significativa dos governos, assim que empossados.

Os antagonismos vislumbrados entre as pautas eleitorais e pós-eleitorais impõem uma postura vigorosa e inegociável nesses processos, com exigências de transparência, clareza e coerência entre os discursos e as práticas observadas.

É nesse sentido que recomendamos:

- ♦ a provocação, participação e/ou organização de debates em cada um dos estados;
- ♦ a rejeição das candidaturas que reduzam esse debate;
- ♦ a propostas de simples ampliação de alguns serviços mais visíveis;
- ♦ que não compreendam e não fortaleçam o SUS enquanto patrimônio e conquista do povo brasileiro;
- ♦ que não incorporem e valorizem a participação social via conselhos de saúde na gestão do sistema e tampouco mantenham esse tema como uma prioridade pós-eleitoral;
- ♦ que não se comprometam com o financiamento do setor saúde nos termos adotados pelo Conselho Nacional de Saúde;

Neste sentido, destaca-se a demanda da sociedade brasileira por recursos financeiros suficientes para suprir as carências históricas do SUS e qualificá-lo para o enfrentamento das necessidades de saúde da população. A resposta esperada neste âmbito é a regulamentação da Emenda Constitucional 29, com a garantia de que os estados destinem no mínimo 12% de seus orçamentos ao SUS e que a União acrescente mais 25 bilhões de reais ao SUS, de modo a viabilizar a recomposição do orçamento federal.

Lema do 9º Congresso, o compromisso da inovação com o direito à saúde figurou com intensidade no debate, pre-

dominando a generosa idéia de que, em saúde, inovação é acesso. Não se pode conceber ciência, tecnologia e inovação apenas em relação a bens materiais. Inovações nas políticas de saúde, na organização e na produção de serviços são igualmente relevantes. Com efeito, pode-se considerar que a Atenção Primária à Saúde é a mais importante inovação na nossa área das últimas décadas. Para isso será fundamental solucionar as debilidades da rede de serviços e avançar em sua estruturação e coordenação.

A crescente violência no campo e na cidade, fruto da urbanização desordenada, do tráfico de drogas e armas, das carências de transporte, saúde, educação, moradia e trabalho dignos, enfim, da escassa presença do Estado e de seus equipamentos sociais em áreas pobres e isoladas, ameaça cotidianamente a população.

Investimentos urgentes precisam ser direcionados a este problema, que por sua complexidade requer um enfrentamento inter-setorial coordenado, de modo a maximizar os efeitos da resposta social.

Novos atores se incorporaram ao campo da formação em saúde coletiva e a graduação na área mostrou sua face nacional, definindo desdobramentos fundamentais na própria Abrasco. As residências multiprofissionais e/ou em Saúde Coletiva, assim como os mestrados profissionais, pedem atenção especial na rediscussão de toda a formação em saúde coletiva.

É importante reafirmar o compromisso social dos trabalhadores da saúde com a população brasileira e a luta pela desprecarização do trabalho e pelo desenvolvimento de estratégias de estabilização de longo prazo para a prática nos serviços e para a produção e difusão do conhecimento científico. Olinda, 4 de novembro de 2009



Programa de Prevenção Contra a Aids

no Carnaval de Salvador Bloco da Camisinha | 15 anos



Cuidando da saúde em plena folia.

Realização:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz

Apoio:



Ministério
da Saúde



GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO FEDERAL