

RADIS



JUNTOS CONTRA A DESIGUALDADE

SAÚDE COLETIVA REÚNE EVIDÊNCIAS DO APROFUNDAMENTO DAS INIQUIDADES NO PAÍS E MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZA-SE PARA RESISTÊNCIA



ONDE ESTÁ O DINHEIRO?

Aplicativo para celular fornece informações sobre investimentos em saúde nos municípios



Solange Argenta *

Conselheiros de saúde, gestores e cidadãos em geral agora podem saber como estão os investimentos em saúde nos municípios brasileiros por meio de um dispositivo que cabe na palma da mão e pode ser consultado em qualquer lugar: o celular. Para isso, basta instalar o aplicativo “Onde está o dinheiro da Saúde?”, desenvolvido pela Fiocruz Pernambuco, disponível gratuitamente para smartphones com sistema operacional Android.

A ferramenta tem o objetivo de traduzir os dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para uma linguagem simples, atrativa e visual, ao alcance de todos os públicos. O aplicativo permite que se enxergue melhor a variedade de conteúdos disponíveis no site Siops, em meio a um grande volume de dados contábeis e da administração pública.

Coordenadora do projeto e pesquisadora da instituição, Islândia Carvalho esclarece que houve o cuidado de não criar nenhum cálculo que pudesse alterar a informação que o público encontra na página do SIOPS. “A ideia do aplicativo não é substituí-lo, é justamente fazer uma síntese para que a pessoa saiba o que pode ser encontrado no sistema”, explica.

A partir de uma busca inicial pelo município de seu interesse, o usuário é apresentado aos investimentos por pessoa, por dia e por ano naquela localidade, com explicações em linguagem direta e de fácil compreensão, mesmo para quem não é do campo da saúde ou das finanças. Em seguida, o valor anual é segmentado para mostrar quanto foi investido pela prefeitura e governos federal e estadual.

O aplicativo apresenta também um ranking com os dois municípios com o maior e o menor aporte de recursos em saúde no país — e também no estado onde se localiza a cidade de interesse. A média nacional dos valores destinados à saúde por pessoa/ano em todos os municípios do país também é apresentada nesse gráfico, o que ajuda o cidadão a contextualizar, estabelecer comparações e observar as desigualdades existentes. Com relação às disparidades do per capita/ano entre municípios como Presidente Kennedy (ES), com R\$ 4.397,57, e Pedro Alexandre (BA), com R\$ 154,07, Islândia chama atenção para outros fatores que interferem nestes resultados, como população e capacidade instalada. Mas ela lembra o papel dos governos estaduais e federal na diminuição dessas desigualdades, para que os cidadãos de qualquer município tenham um per capita base para prover os serviços. “Se você tem

menos de R\$ 1,00 por dia por habitante isso já mostra o desafio que esse gestor tem para fazer saúde”, pontua.

Outras informações disponibilizadas são as porcentagens dos investimentos feitos por cada esfera de governo. Isso permite ao usuário verificar se o município está cumprindo a obrigação de alocar na saúde 15% dos seus recursos próprios (informação lembrada ao usuário pelo app) e visualizar as áreas que estão recebendo esses recursos, como atenção básica, alimentação e nutrição, assistência hospitalar e ambulatorial, entre outras. Assim é possível identificar quando há desvio de função na destinação das verbas. Outra opção disponível é a consulta ao histórico dos investimentos de cada município na saúde a partir de 2002, o que possibilita ao usuário verificar o comportamento dessa alocação de recursos ao longo dos anos.

O aplicativo foi pensado para propiciar ao usuário a oportunidade de não apenas receber esses conteúdos, mas de poder multiplicá-los via compartilhamento nas redes sociais. Um recurso que favorece a ampliação do debate e a mobilização em torno dos resultados obtidos, que pode contribuir para a melhoria dos indicadores da saúde.

Iniciado em janeiro de 2018, o projeto foi desenvolvido pela equipe Comunica, que integra o grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, coordenado pela pesquisadora. Além de Islândia, a equipe é formada por um desenvolvedor web e mobile, Diego Silva; três designers: Deborah Vanessa, Bruno Leite e Túlio Mesquita, um apoio administrativo Andreza Santos e uma colaboradora, a professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Sandra Siebra. A iniciativa contou também com o suporte do Grupo de Economia Política da Saúde da UFPE, do qual Islândia é vice-líder, e dos estudantes do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da UFPE, que participaram dos testes de usabilidade e acessibilidade do aplicativo.

A ferramenta tem financiamento do edital para recursos educacionais abertos (REA) da Fiocruz e foi apresentada ao público no dia 27 de julho, no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão 2018). Desde o seu lançamento na Play Store (6/8), já teve mais de mil downloads. A previsão é de que em breve seja lançada a versão para IOS e, em alguns meses, a versão com informações sobre estados e união.



Da Fiocruz Pernambuco

Direitos desiguais

No ano em que se comemora os 30 anos do SUS, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de 1990, cerca de 8 mil pesquisadores, estudantes, profissionais e integrantes de movimentos sociais que atuam na saúde se reuniram na sede da Fiocruz, no Rio de Janeiro, em julho, para o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Abrasco, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Entre muitos convidados internacionais, a chefe de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, a ex-presidente chilena Michelle Bachelet, pontuou que as desigualdades em saúde na região das Américas pode ser medida pela falta de assistência às mulheres antes, durante e depois do parto e pela dificuldade de acesso e falta de qualidade nos serviços de saúde para segmentos vulneráveis como idosos, crianças, mulheres, afrodescendentes, pessoas vivendo com HIV/aids e as populações rurais e indígenas. Os desafios para os sistemas de saúde somam-se, segundo ela, ao enfrentamento dos fatores de determinação socioeconômica da saúde, como a eliminação da pobreza e o acesso à água limpa, energia não contaminante, alimentação suficiente e moradia digna.

“A injustiça social mata em larga escala”, sintetizou Michael Marmot, pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Saúde da University College London, citando relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.

“Se queremos melhorar o funcionamento do sistema de saúde de nossos países para garantir direitos, devemos começar por entender aquilo que somos, como resultado de processos sociais, culturais e políticos”, disse Bachelet, ao explicar que as desigualdades de gênero, de níveis de escolaridade, regionais, de idade e pertencimento étnico impactam sobre os indicadores de saúde. “Os que são deixados de lado são aqueles que não possuem as melhores ferramentas para competir, aqueles que não são rentáveis para o modelo neoliberal, como as mulheres e os idosos”, afirmou a representante da ONU.

Para o sociólogo Jessé Souza, da Universidade Federal do ABC, “o chamado capitalismo financeiro expropria a população de direitos básicos”. Ele citou o relatório “A ineficiência da desigualdade”, da Comissão Econômica para a

América Latina (CEPAL), da ONU, para argumentar que, ao reduzir capacidades e oportunidades, as desigualdades excluem classes inteiras do acesso à escola, ao conhecimento e ao mercado de trabalho, gerando perdas para os indivíduos e a sociedade. Segundo Deisy Ventura, professora de Ética e Direito Internacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, as promessas da globalização econômica não foram cumpridas: “vivemos num mundo interconectado, mas radicalmente desigual, inseguro e doente”. Ela propôs resgatar a noção de direitos no âmbito da saúde global e criticou as estratégias de grandes investidores internacionais que encaram a saúde global como uma oportunidade de fazer negócios, fenômeno que vem se reproduzindo no Brasil.

Ex-ministro da Saúde, o sanitarista José Gomes Temporão lembrou que o movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1970 e 1980, defendia a democracia, a melhoria das condições de vida da população e um sistema de saúde universal. “A Reforma defendia um sistema democrático, descentralizado e universal, visando reduzir as desigualdades; combatia a privatização, propondo a redução gradual da oferta privada de serviços e o fortalecimento da oferta pública.”

O SUS teve muitos avanços, mas foi sempre subfinanciado, situação dramaticamente acentuada com as políticas de austeridade fiscal, e não reverteu o crescimento do setor privado e dos planos e seguros de saúde. Segundo o sanitarista Gastão Wagner, presidente da Abrasco no momento do congresso, o SUS não superou também as marcas da desigualdade no Brasil. “Temos uma democracia profundamente desigual, do ponto de vista da distribuição do poder, em relação a gênero, etnias, classes sociais e regiões brasileiras”, analisou, ao conclamar todas as forças da saúde a “reconhecer os problemas do SUS, defender seus avanços, ter propostas concretas para aperfeiçoá-lo e fortalecer o direito à voz e à participação de populações marginalizadas”.

Com a palavra, nesta edição, pessoas que pesquisam, conhecem de perto e, principalmente, experimentam o racismo, a discriminação de gênero e as mais diversas formas da brutal desigualdade no Brasil.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

• Onde está o dinheiro 2

Editorial

• Direitos desiguais 3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Toques da Redação

9



Capa | Abrasco

- Único, mas ainda desigual 10
- Entrevista | Michelle Bachelet: "Nosso grande desafio ainda é a desigualdade 15
- Desigualdade adoce e mata 16
- Racismo nosso de cada dia 20
- Entrevista | Emiliano de Camargo David: "É preciso racializar a história" 25
- Equidade e autonomia 26
- O estigma do inimigo público 31

Serviço

34

Pós-Tudo

- PreP e a prevenção combinada do HIV: uma reviravolta urgente 35

Capa: Foto de Eduardo de Oliveira

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN





MILTON JUNG

A voz dos catadores

Venho parabenizar a *Radis* pelas excelentes reportagens. Quero sugerir uma reportagem sobre os “atores” urbanos esquecidos, que são muito importantes para diminuir os resíduos que vão para os aterros sanitários e para o reaproveitamento de materiais, que são os catadores de sucatas, muitos deles empurrando carrinhos de tamanho descomunal, e na sombra da assistência, da saúde pública e da educação, vão levando suas vidas de forma anônima, só sendo lembrados quando atropalham o trânsito. Vale uma reportagem sobre estes personagens. Deste já muito obrigado.

• Augusto César de Castro Simões, Juiz de Fora, MG

R: Ótima sugestão, Augusto!

Radis agradece!

Quero parabenizar a todos que contribuem para a elaboração da revista *Radis*. Ótimos conteúdos, atuais, além de ser disponibilizada online. Obrigada.

• Débora Neves, João Pessoa, PB

Parabéns a toda a equipe da *Radis* pelo trabalho bem feito. As edições 182 e 183, que tratam da relação entre as doenças psicológicas e a vida acadêmica, e do descaso do governo com a saúde bucal, entre outros problemas, estão sendo uma grande ajuda no meu ano de vestibular. O suicídio, o corte de verbas em investimentos acadêmicos e os ataques ao SUS levam o país a um retrocesso, trazendo de volta marcas da desigualdade contrárias ao desenvolvimento. Acredito que a *Radis* tem abordado isso muito bem, abrindo os olhos da população para o mausoléu em que se encontra o país atualmente.

• Luessa, Rio Pomba, MG

R: Obrigado, Débora e Luessa!

Vigilância sanitária

A edição de julho de 2017 (*Radis* 178) me inspirou a fazer uma sugestão de reportagem sobre o profissional de vigilância sanitária, abordando sua carreira, sua formação profissional, a falta de estrutura de trabalho, os baixos salários e a inexistência de uma política salarial, como acontece com os agentes de saúde e de endemias.

• José Leones Rodrigues, Mulungu, PB

R: José, ótima ideia! Em breve voltaremos a abordar a vigilância sanitária, em uma reportagem que aborde questões relacionadas ao cotidiano dos profissionais. Aguarde.

Terapeutas ocupacionais

Gostaria de inicialmente parabenizar pelo ótimo trabalho executado por todos os profissionais da *Radis*. Sou estudante de Terapia Ocupacional, e percebo até mesmo entre os profissionais da saúde a falta de conhecimento sobre o papel do TO. Peço, por meio deste, que analisem a ideia de fazer uma publicação sobre o Terapeuta Ocupacional na saúde pública, sendo um curso maravilhoso, cujo objetivo central é devolver a autonomia ao indivíduo. Desde já agradeço a atenção.

• Indaiara Cristina Pereira Flores- Santa Maria- RS

R: Indaiara, na série “Profissões do SUS” (*Radis* 186), nós apresentamos as atividades desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais no SUS. Confira em <https://goo.gl/EYcohs>

Educação física e saúde

Olá, colegas da *Radis*. Sou docente da FURG (no extremo sul do Brasil) e estudo as relações da educação física com a saúde coletiva. Como assinante da revista, percebo que há espaço e legitimidade para discutir o tema. No recente Abrascão estive em uma mesa sobre o tema e acabo de publicar um artigo sobre a “atividade física como privilégio” na Revista Ciência e Saúde Coletiva (está online, *ahead of print*). Infelizmente a atividade física está majoritariamente nos serviços privados, e boa parte dos pesquisadores e da mídia descrevem a prática como algo fácil, acessível — mas isto não é tão simples: é preciso encarar o tema com um viés crítico, bem similar às reportagens de *Radis*.

• Alan Knuth, Rio Grande, RS

R: Alan, *Radis* já publicou reportagens sobre atividade física e sua relação com a saúde. Veja em nosso site! Voltaremos ao tema em breve e esperamos contar com sua contribuição!

EXPEDIENTE

RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa **Radis de Comunicação e Saúde**, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Presidente da Fiocruz **Nísia Trindade Lima**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Adriano De Lavor**
Reportagem **Bruno Dominguez** (subedição),
Elisa Batalha, **Liseane Morosini**, **Luiz Felipe Stevanim** e **Ana Cláudia Peres** e
Tassiana Chagas (estágio supervisionado)
Arte **Carolina Niemeyer** e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Eduardo de Oliveira** (Fotografia)

Administração **Fábio Lucas** e **Natalia Calzavara** e
Ana Luiza Santos da Silva (estágio supervisionado)

Apoio TI Ensp **Fabio Souto** (mala direta)
Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cada-
stro) Periodicidade **mensal**
Tiragem **115.000** exemplares
Impressão **Rotaplan**

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)
Tel. (21) 3882-9118

E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos,
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

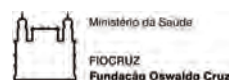
Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
www.fiocruz.br/ouvidoria

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 [/RadisComunicacaoeSaude](https://twitter.com/RadisComunicacaoeSaude)

 [flickr/RadisComunicacaoeSaude](https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoeSaude/)

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.



COMO VIVE QUEM TEM ATÉ 17 ANOS NO BRASIL

6 EM CADA 10 VIVEM NA POBREZA

27 MILHÕES (49,7%)

vivem com algum tipo de privação de direitos fundamentais: educação, moradia, água potável, saneamento, informação e trabalho infantil

18 MILHÕES (34,3%)

vivem com renda mensal insuficiente para adquirir uma cesta básica de bens – com menos de

R\$ 346,00 na zona urbana e

R\$ 269,00 na zona rural

13,3 MILHÕES (24,8%)

não têm acesso a saneamento

8,8 MILHÕES (20,3%)

têm o direito à educação violado (entre 4 e 17 anos de idade)

13,8%

estão na escola, mas são analfabetos ou estão em atraso escolar

6,5%

estão fora da escola

14,3%

não têm o direito à água garantido

11%

vivem em casas com quatro ou mais pessoas por dormitório, com paredes e tetos inadequados

6,2%

exercem trabalho infantil doméstico ou remunerado (entre 5 e 17 anos)

25,7%

não tiveram acesso à internet nos últimos três meses antes da pesquisa (entre 10 e 17 anos)

500 MIL

meninas e meninos não têm acesso a nenhum meio de comunicação em casa: rádio, televisão ou internet

Fonte: "Pobreza na infância e na adolescência" (Unicef)

Pobreza afeta 6 em cada 10 crianças e adolescentes brasileiros

As desigualdades impactam a vida de seis em cada 10 crianças e adolescentes brasileiros até 17 anos, como mostrou o estudo "Pobreza na infância e na adolescência", lançado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em agosto (14). Além da pobreza de renda, que afeta o acesso à cesta básica de bens, 61% das crianças e adolescentes brasileiros convivem com privações de direitos fundamentais, como educação, saneamento, informação, moradia, água potável e proteção contra o trabalho infantil.

O documento foi elaborado com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2015 e ressaltou que os direitos de crianças e adolescentes são indivisíveis e têm que ser garantidos em conjunto. A falta de saneamento é a privação que afeta o maior número de crianças e adolescentes (13,3 milhões) — isso significa que 21,9% das meninas e meninos brasileiros vivem em domicílio com apenas fossas rudimentares, uma vala ou esgoto sem tratamento e 3,1% não têm sequer vaso sanitário em casa. Outra dimensão bastante afetada é o acesso à educação: 20,3% das crianças e dos adolescentes de 4 a 17 anos têm esse direito violado, seja por simplesmente estarem fora da escola (6,5%) ou por ainda serem analfabetos ou viverem em atraso escolar (13,8%).

Os impactos da pobreza também não são iguais para todos. Crianças e adolescentes negros sofrem mais violações do que meninos e meninas brancos. O mesmo acontece com moradores da zona rural, que vivem mais privações de direitos do que aqueles da zona urbana, e com quem vive nas regiões Norte e o Nordeste. "No Brasil, quase 27 milhões de crianças e adolescentes (49,7% do total) têm um ou mais direitos negados. Os mais afetados são meninas e meninos negros, vivendo em famílias pobres monetariamente, moradores da zona rural e das regiões Norte e Nordeste", apontou Florence Bauer, representante do UNICEF no Brasil.



16ª CNS em 2019

“O SUS é nosso. Ninguém tira da gente. Direito garantido, não se compra, não se vende!” Foi assim que os participantes do Abrascão saudaram o lançamento oficial da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 28 de julho, diante do Pavilhão Mourisco, ou simplesmente Castelo, que completa 100 anos como prédio símbolo da Fiocruz. A convocação foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 9 de agosto, por meio do Decreto nº 9.463/2018. A etapa nacional será realizada de 28 a 31 de julho de 2019, em Brasília, precedida por etapas municipais, de 2 de janeiro a 15 de abril, e pelas etapas estaduais, agendadas para acontecerem de 16 de abril a 15 de junho. O tema escolhido é “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, com os eixos “Saúde como direito”, “Consolidação do SUS” e “Financiamento Adequado”. A 16ª também vem sendo chamada de “8ª + 8”, em um resgate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e considerada histórica por ter sido um marco para a democracia participativa e para a criação do SUS.

Aumento negado para ACS

A lei que altera a norma que trata do exercício profissional dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias foi sancionada (15/8) pelo presidente da República com um veto ao aumento de quase 53% do piso salarial desses profissionais, hoje em R\$ 1.014,00. De acordo com a Agência Senado (15/8), o texto aprovado no Congresso definia que o piso salarial nacional para os ACS seria de R\$ 1.250 em 2019, R\$ 1.400 em 2020 e R\$ 1.550 em 2021, sendo reajustado anualmente em 1º de janeiro a partir de 2022, com valor a ser fixado na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Todos esses trechos foram retirados da lei, informou a Agência Estado (15/8). A lei 13.708, de 2018, estabelece pontos como a jornada de trabalho para recebimento do piso e a participação em cursos de treinamento que serão organizados e financiados igualmente, de modo tripartite, por União, Estados, Distrito Federal e municípios. Já o custeio ou fornecimento da locomoção necessária para a realização do trabalho será assumido pelo ente federativo ao qual o agente estiver vinculado. A Medida Provisória (MP) 827/2018 havia sido aprovada pelo Congresso Nacional sob a forma do Projeto de Lei de Conversão (PLV) 18/2018 em julho, mas houve veto do presidente da República no texto enviado à sanção. A nova regulamentação estabelece que é essencial e obrigatória a presença dos ACS nos programas ligados à saúde da família e de agentes de combate às endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.



TOMAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

Liberação para genérico da hepatite C

Um protesto (22/8) em frente à sede brasileira da farmacêutica norte-americana Gilead exigiu que a empresa desista do pedido de patente do sofosbuvir feito ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). A negativa do INPI pode assegurar a entrada de versões genéricas do medicamento no Brasil, ampliando o acesso ao tratamento da doença que atinge mais de um milhão de pessoas no país, como destacou matéria da Agência Aids (15/8). Com o genérico, o preço total do tratamento para uma pessoa será de R\$ 2.750 contra R\$ 16 mil quando feito com o comprimido da Gilead.

“É muito triste ver que o país tem uma vertente forte que manda no destino da nação que acha que educação, ciência e tecnologia é custo, não é investimento”

DIVULGAÇÃO



A frase é da pesquisadora Vanderlan Bolzani, professora do Instituto de Química da Unesp, em entrevista concedida ao portal Uol (26/8). Vice-presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e laureada como uma das “mulheres notáveis” pela Sociedade Química Norte-americana em 2011, a paraibana de origem indígena foi uma das agraciadas em agosto com a medalha da Ordem Nacional do Mérito Científico de 2018. Defensora do conhecimento como ferramenta de desenvolvimento e melhoria das condições sociais, a cientista reconhece o mérito da ciência brasileira em algumas áreas, mas lamenta os cortes nos investimentos em ciência e tecnologias no país. “A impressão que dá é que aqui [no Brasil] tem uma oligarquia pequena de milionários querendo um país de analfabetos absolutos e escravos e que trabalhem como mão de obra barata. Que sejam massas de manobra, porque um povo que não é educado é massa de manobra para político”, declarou ao jornal *Folha de S.Paulo* (26/8).

“A vida de uma galinha de macumba vale mais do que a de jovens negros”

A declaração contundente foi dada pelo advogado Hédio Silva Junior, personagem marcante no julgamento sobre a legalidade do sacrifício de animais em rituais e cultos das religiões de matriz africana, no STF, em agosto. A decisão foi adiada após um pedido de vista do ministro Alexandre de Moraes, mas a posição do advogado foi contundente, ao traçar um histórico de abates em outras religiões e associar a proibição ao racismo. “Nunca vi uma instituição pública se preocupar com o genocídio de jovens negros na periferia”, declarou ele, em entrevista à *Carta Capital* (13/8), quando criticou a “omissão do Estado” e denunciou o crescimento do “ódio religioso” no país. “A cada 15 horas um templo religioso, em geral das religiões afro-brasileiras, sofre algum tipo de ataque. Ele deriva da lógica de certos discursos, em especial de segmentos neopentecostais, que construíram suas organizações depreciando outras. Para capturar o medo, identificam o demônio como algo presente no cotidiano e associam o mal às religiões de matriz africana. Esse discurso é um ovo da serpente. A intolerância cresce e vai piorar”, disse à revista.



DIVULGAÇÃO

Racismo é entrave para direitos das mulheres

A Organização das Nações Unidas no Brasil lançou em agosto um documento de posição sobre direitos humanos das mulheres no país. O racismo e outras formas de discriminação étnica foram apontados como entraves para a eliminação das desigualdades no país. O texto recomenda que as ações voltadas à promoção de atenção integral da saúde das mulheres, educação, empoderamento político e econômico e enfrentamento à violência incluam estratégias de desconstrução do racismo para gerar impactos diferenciados para as mulheres em sua diversidade, especialmente negras e indígenas. Sete áreas recebem recomendações da ONU Brasil para o cumprimento de normas internacionais em favor dos direitos das mulheres: empoderamento econômico; educação inclusiva e equitativa; saúde integral e inclusiva; enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres; empoderamento político e representatividade; institucionalidade, orçamento e políticas. O relatório técnico completo pode ser encontrado na internet pelo link: goo.gl/f59AGT

Dandara no Panteão

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania aprovou (7/8) a inclusão do nome de Dandara dos Palmares no Livro dos Heróis e Heroínas da Pátria. Mais conhecida por ter sido a companheira de Zumbi, ela é reconhecida hoje como uma das importantes lideranças do Quilombo dos Palmares, embora sua história ainda seja pouco conhecida. “Dandara, assim como Maria Felipa (heroína da independência da Bahia e, por conseguinte, do Brasil) e Luísa Mahin (líder dos Malês e participante da Sabinada), simplesmente são ignoradas pelos livros didáticos, porém sobrevivem no imaginário popular porque se identificam e são identificadas com as mães e companheiras espalhadas por todo o território nacional”, defende a historiadora Sandra Santos, para quem a história da personagem não ganhou espaço nos registros oficiais por vivermos “num mundo sexista e racista”.

ONGs denunciam violação de direitos nas favelas

Moradores que acordam com a polícia dentro de casa. Pessoas detidas como suspeitas por compartilhar informação nas redes sociais. Celulares devassados. Crianças com mochilas revistadas. Projetos sociais atingidos por disparos. Móveis e eletrodomésticos danificados durante abordagens nas residências sem mandados de busca de apreensão. Essas denúncias foram feitas em agosto (20/8) pela ONG Redes da Maré, durante mais uma ação da intervenção federal na Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, em vigor desde fevereiro. Dessa vez, os complexos do Alemão, Maré e Penha, na Zona Norte da capital fluminense, tiveram quatro dias de patrulhamento e intenso tiroteio. À reportagem do jornal *O Dia* (21/8), a ONG informou que recebeu vários relatos de violação de direitos dos moradores, entre elas, duas invasões de domicílio e uma depredação de veículo feita por policiais.

A megaoperação das Forças Armadas na região deixou oito mortos, incluindo três policiais militares, e 86 presos. Na ocasião, o coletivo Papo Reto, uma iniciativa de comunicação formada por jovens do Complexo do Alemão, disse que moradores procuraram os integrantes do coletivo para informar sobre corpos que teriam sido largados na mata nos arredores da área. Em nota (21/8), o Papo Reto exigiu um posicionamento de entidades como Anistia Internacional, Comissão dos Direitos Humanos e Defensoria Pública do Estado do Rio sobre o problema.


Segundo matéria do portal R7 (22/8), o Ministério Público do Rio de Janeiro (MPJR) informou que recebeu as denúncias e que tem percorrido as comunidades para embasar possíveis ações judiciais. “Todos sabemos que a segurança vive um momento crítico no Estado. Mas isso não pode servir de salvo conduto para que, em nome de um suposto restabelecimento da ordem, cidadãos sejam agredidos em suas casas, a caminho do trabalho, da escola ou enquanto brincam na rua”, afirmou Rodrigo Pacheco, subdefensor-geral do Estado, à reportagem. “Não pode ser justificativa para abuso de autoridade”.

Nas reportagens que destacaram as denúncias dos moradores, o Comando Conjunto da intervenção na segurança pública do Estado não comentou as arbitrariedades apontadas. Para o advogado Breno Melaragno, membro da Comissão de Segurança Pública da OAB-RJ, a intervenção tem sido desastrosa, pois aumentou a letalidade. Foi o que declarou à revista *IstoÉ* (24/8). A revista reproduziu dados do Observatório da Intervenção com um balanço desde que a intervenção militar começou sob o comando do coronel Walter Braga Netto. Os índices de criminalidade e de mortes no estado pioraram, como apontou a reportagem. Entre os homicídios, 27% aconteceram em decorrência da ação das polícias e houve um aumento de 38% nas mortes por agentes de segurança. (Leia mais nesta edição, na página 20)

Queda de vacinas

A crise de financiamento e a piora dos serviços do SUS têm papel determinante na diminuição do acesso à vacinação, de acordo com nota publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 21/8. O risco de ressurgimento da poliomielite, também conhecida como paralisia infantil, soma-se à recente epidemia de sarampo registrada em 2018, diante da queda da cobertura vacinal. Entre 2015 e 2017, de acordo com dados do Ministério da Saúde, a vacinação contra a pólio caiu de 98,3% para 79,5%, enquanto a 1ª dose da tríplice viral (que previne o sarampo) caiu de 96,1% para 86,7%. Segundo a Abrasco, a situação é complexa e envolve muitos fatores, como contexto político e econômico de fragilidade, crescente movimento anti-vacinas e falsa sensação de segurança com o sucesso na prevenção dessas doenças; porém, o congelamento dos gastos públicos com a Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, torna ainda mais grave a falta de recursos no SUS, com consequências no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Falsidade na rede

Perfis falsos nas mídias sociais disseminam “informações nocivas à saúde” provocando crescimento do risco de pandemias, afirmam pesquisadores da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Em estudo publicado na revista científica *American Journal of Public Health* (23/8), os cientistas concluíram que bots (programas de computador fabricados para automatizar procedimentos, geralmente repetitivos) no Twitter e trolls russos (perfis cujo objetivo é desviar o foco de qualquer discussão) são responsáveis pela disseminação da desinformação que “aumenta os riscos de pandemias globais”. A pesquisa identificou, por exemplo, que trolls e bots são responsáveis por 50% dos tuítes em inglês contendo crenças contrárias a vacinas. Confira o artigo na íntegra em <https://goo.gl/5HjQox>. 



RADIS Adverte

“ O principal desafio que enfrentamos hoje é garantir que a globalização se torne uma **força positiva** para todas as pessoas do mundo, em vez de deixar para trás, na miséria, milhares de milhões de seres humanos. ”

Kofi Annan [★ 1938 - † 2018]

Ex-secretário-geral da ONU e Prêmio Nobel da Paz em 2001.



Boatos e xenofobia

A Folha de S.Paulo denunciou (21/8) uma série de boatos que estariam alimentando conflitos contra venezuelanos em regiões de fronteira do país. Na sua maioria disseminadas nas redes sociais, muitas destas informações falsas foram compartilhadas inclusive por autoridades da região. Essa rede de desinformação tem sido apontada como uma das responsáveis por episódios de violência e xenofobia, como os que se registraram em Pacaraima (RO) e que resultou na expulsão de 1.200 venezuelanos do país. Na edição de julho, Radis já alertava para os riscos de se compartilhar notícias falsas. Uma dica para quem costuma compartilhar conteúdos nas redes sociais: checar a veracidade da informação evita injustiças e riscos à saúde.


De lugar nenhum

Enquanto o destino e a integridade de milhares de migrantes venezuelanos são incertos no Brasil, o Paraguai dá um passo além no tratamento dos apátridas. O país é o primeiro das Américas a aprovar lei especial que ajudará a identificar, proteger e resolver a situação das pessoas que não têm nacionalidade, assegurando os seus direitos humanos e a concessão de tornar o processo de naturalização mais fácil. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) estima que pelo menos 10 milhões de pessoas no mundo são apátridas, muitas delas sem acesso a direitos básicos, o que motivou a criação de uma campanha para erradicar a apatridia antes do ano 2024. Saiba mais em <https://goo.gl/qjL4SS>

Gotinha macabra

Personagem querida das campanhas de imunização no Brasil, Zé Gotinha já viveu dias melhores. Não bastasse a crescente onda anti-vacina nas redes sociais, tem município que está maculando sua imagem. Que o digam as crianças do município de Maracaju (MS), que foram recebidas no último Dia D da vacinação (18/8) por uma versão nada amigável da personagem, vestida com uma fantasia que mais lembrava a veste de um integrante da Ku Klux Klan, organização secreta racista que nasceu no final do século 19 nos Estados Unidos, cujos integrantes ficaram conhecidos por usar vestes brancas com capuzes para esconder a identidade e assustar as vítimas. Se a intenção era atrair as crianças...

Quem fala sobre aborto?

“Homens são os que mais se posicionam sobre aborto nas redes sociais”; “Brasil tem 5,5 milhões de crianças sem pai no registro”. A contradição, apontada pela página “Quebrando tabu”, no Facebook, parte de dados de um levantamento do jornal O Globo, segundo o qual 61% das referências ao tema nas redes sociais seria feita por homens — a maioria deles contrários à descriminalização. Na postagem, internautas destacaram a tendência de homens culparem as mulheres pela decisão de ter ou não os filhos. 

“Trata-se de um travesti envelhecido, feio, figura patética (...) A linguagem é efeminada, afetada, prolixa. Apresenta conduta delinquente e antissocial, homossexualismo, transvestismo e crises histéricas extremamente bizarras e de tal forma dramáticas que sugerem um surto psicótico”

Laudo Psiquiátrico
23 DEZ 1991

Diferenças na berlinda

“Questionar os valores morais que sustentam as perspectivas tradicionais de dispositivos médico-jurídicos torna-se essencial para o estabelecimento de outra relação com esses transtornos. Ir além do medo daquilo que escapa à racionalidade hegemônica é a via central para reafirmar eticamente as diferentes possibilidades de existir no mundo”, afirmam Willian Guimarães, Simone Mainieri Paulon e Henrique Caetano Nard, no artigo que assinam na edição de agosto dos Cadernos de Saúde Pública. Os pesquisadores discutem como a prática e o discurso médico-jurídico definem o destino de pessoas “desviantes” para hospitais de custódia, os conhecidos manicômios judiciários, a partir de seis peças judiciais de pessoas não heterossexuais e/ou não cisgêneras que receberam uma medida de segurança. Acesse o artigo na íntegra em <https://bit.ly/2OVqj8v>



ÚNICO, MAS AINDA DESIGUAL

AO CELEBRAR 30 ANOS DE EXISTÊNCIA, SUS AINDA TEM PELA FRENTE
O DESAFIO DE ENFRENTAR AS DESIGUALDADES
E FORTALECER A DEMOCRACIA DENTRO E FORA DA SAÚDE

LUIZ FELIPE STEVANIM

É tempo de comemorar? No ano em que o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 30 anos de sua criação, com a Constituição de 1988, o maior congresso de saúde coletiva da América Latina alerta que, mais do que celebrar, é preciso defender o legado de três décadas da saúde pública contra os ataques aos direitos e à democracia brasileira vividos no presente. No balanço de 30 anos do SUS, os participantes do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão) apontam que o sistema criado com a Constituição trouxe a melhoria nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população, mas também destacam que é necessário enfrentar as desigualdades que ainda persistem. Também enfatizam a urgência de retomar a relação inseparável entre saúde e democracia, presente na origem do SUS — como lembrou Michelle Bachelet, ex-presidente do Chile e atual chefe de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), na conferência de abertura do congresso: “Não é possível falar da saúde das pessoas sem a saúde da democracia”

Enfrentar as desigualdades é ainda o principal desafio compartilhado pelo conjunto de países da América Latina, na visão da médica pediatra que governou o Chile por duas vezes (de 2006 a 2010 e de 2014 a 2018) — Leia entrevista exclusiva à *Radis* na página 15. “Somos países que partilham mais do que fronteiras. Somos uma comunidade que comunga lutas, causas e esperanças, abraçando nossa diversidade para encontrar alternativas para o futuro”, proferiu a ex-presidente, que deixou o governo do país em março de 2018. Desde então, Bachelet preside uma comissão da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) encarregada de propor soluções que ampliem o acesso e a cobertura em saúde na região das Américas até 2030. “A desigualdade continua sendo a nossa grande falência e deve concentrar nossos esforços”, ressaltou. Segundo ela, as desigualdades de gênero, de níveis de escolaridade, regionais, de idade e pertencimento étnico impactam sobre os indicadores de saúde. “Se queremos melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde de nossos países para garantir direitos, devemos começar por entender aquilo que somos, como resultado de processos sociais, culturais e políticos”.

As marcas deixadas nos países da América Latina pelas ditaduras militares, entre os anos 1960 e 1990, ainda são sentidas pela população, na visão de Bachelet. Segundo ela, as experiências autoritárias vividas por países como Chile, Brasil e Argentina se converteram em “experimentos neoliberais”, com a supremacia do mercado e a exclusão de grandes parcelas da sociedade. “Os que são deixados de lado são aqueles que não possuem as melhores ferramentas para competir, aqueles que não são rentáveis para o modelo neoliberal, como as mulheres e os idosos”, avaliou. Ao encarar o exemplo do seu país, ela ressaltou que o Chile possui hoje um sistema de saúde melhor do que tinha na ditadura, mas que ainda continua fragmentado e com falta de recursos para atender a todas as necessidades. “Nossos sistemas de saúde levam as marcas dos avanços, bloqueios e retrocessos que vivemos em nossas democracias”, ponderou.

Em relação à América Latina, ela apontou importantes avanços nos indicadores de saúde desde os anos 2000, como o aumento da esperança de vida, a diminuição da mortalidade infantil e materna e a queda no número de casos de malária, hanseníase e sarampo. Porém, Bachelet lembrou a persistência das desigualdades entre homens e mulheres, urbano e rural, ricos e pobres e entre regiões: um dos exemplos é a falta de assistência adequada às mulheres e crianças indígenas em comparação com as não indígenas. “As desigualdades nada mais são do que resultado das decisões políticas passadas e presentes”, ressaltou. Bachelet também destacou a ofensiva que se observa no Brasil dos setores conservadores contra o SUS, por meio de pressões a favor da mercantilização da saúde. “É importante saber quanto custa a saúde, mas muito mais importante é conhecer o gasto da inação, o custo do que não se fez pela saúde”.

Ao contrário da visão que enxerga a saúde como despesa, Bachelet defende que a saúde pública é um investimento do Estado em qualidade de vida e capital humano. “Há uma correlação entre crescimento e saúde: bons sistemas sociais de saúde melhoram a produtividade. Os governos deveriam encarar os recursos destinados ao setor como um investimento de longo prazo, não um custo”, explicou, tomando por base o relatório do Banco Mundial intitulado *“The changing wealth of nations”* (2018), que considera que 70% da riqueza dos países provém de investimentos em capital humano. “Investir estrategicamente em educação, proteção social, saúde e em trabalho decente leva a mais bem-estar, mas também a forças laborais mais produtivas, a progresso econômico e estabilidade”, defendeu.

Para a ex-presidente, somente a democracia e o sistema público podem garantir a saúde como um direito. “A ação transformadora sobre os determinantes sociais da saúde exige, por um lado, abandonar a prática de uma saúde pública fundamentada no paradigma dos fatores de risco, baseada no indivíduo e centrada na conduta, e por outro lado adotar uma política mais integral, empoderadora dos indivíduos e comunidades, para que estes possam exercer controle sobre as circunstâncias de sua vida”, afirmou. Ela advertiu que as políticas públicas sérias são integrais, não são “unidimensionais”, segundo o interesse de cada um. Bachelet também defendeu a atenção primária como base de uma saúde que garanta direitos a todos. “O essencial é não perder o enfoque e o enfoque são as pessoas, tanto os pacientes e cidadãos em toda a sua diversidade, quanto os profissionais de saúde, que querem ser valorizados e reconhecidos”, completou.



SUS: AVANÇOS E OBSTÁCULOS

Transformar a sociedade por meio da saúde: esse era o sonho e o projeto dos participantes do movimento da Reforma Sanitária, que lutaram pela criação do SUS, ainda nos anos 1970 e 80, como lembrou José Gomes Temporão, ex-ministro da Saúde (2007-2010) e pesquisador aposentado da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). “A luta política da população por melhores condições de vida e saúde alimentou e originou o SUS”, destacou. Concretizado com a Constituição de 1988, o sistema criado há 30 anos foi resultado, advertiu Temporão, de um gigantesco esforço coletivo, que reuniu experiências institucionais, sindicatos, associações de bairros, pesquisadores, usuários e movimentos do campo e da cidade. “A Reforma defendia um sistema democrático, descentralizado e universal, visando reduzir as desigualdades. Além disso, combatia a privatização, propondo a redução gradual da oferta privada de serviços e o fortalecimento da oferta pública”, pontuou.

Para o sanitário, a Reforma Sanitária foi um “movimento cultural” que transformou a percepção sobre a saúde no Brasil. No lugar de um modelo biomédico, centrado na oferta de serviços, apareceram novas práticas e olhares. Com esse novo paradigma, surgem as noções de determinantes sociais da saúde, transversalidade e intersetorialidade, com a saúde presente em todas as políticas. “Esse modelo é muito mais difícil de implementar, mas muito mais potente para atuar nas desigualdades em saúde”, enfatizou.



Celebrar os 30 anos do SUS, sem esquecer que ainda há muito para avançar: esse foi um dos tons do Abrascão

Mesmo convivendo com os dois modelos, a Reforma Sanitária se aproximou mais da segunda ideia, de acordo com Temporão, e esse ideal mudou completamente o modo de se fazer saúde pública no Brasil. “A Constituição Cidadã, com seu capítulo da Saúde, cria uma ruptura entre o que havia antes e o que veio depois. Antes do SUS, os muitos ricos tinham acesso à atenção, pagando diretamente pelos serviços; os assalariados com carteira assinada contavam com a proteção do Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social]; e a grande maioria da população sofria e morria em completo abandono”.

Os trinta anos do SUS geraram impactos significativos em diferentes indicadores, ressaltou Temporão, como a redução da mortalidade infantil, a queda na mortalidade por doenças crônicas e o aumento da expectativa de vida. De acordo com o sanitarista, o Brasil possui experiências exitosas, reconhecidas internacionalmente, em áreas como transplantes, HIV/aids, vacinação e combate ao câncer. “O impacto do SUS é expressivo não só em relação à redução da prevalência de doenças. Avançamos na participação social e na construção de experiências inovadoras e exitosas”, concluiu. Uma das principais inovações adotadas pelo SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliou sua cobertura — que subiu de 8% da população, em 2000, para 58%, em 2016 —, mas ainda enfrenta um grande desafio, segundo o sanitarista: o modelo assistencial não está efetivamente estruturado de modo que essa estratégia seja de fato a porta de entrada única e universal.

Outro ponto que Temporão considera estratégico para o futuro do SUS é a relação entre saúde e desenvolvimento, com a capacidade de geração de riqueza e trabalho pelo setor da saúde. “São 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos [no setor]. A saúde pode ser vista inclusive como solução para a crise, mas infelizmente ela é vista como gasto”,

avaliou. De acordo com o sanitarista, é preciso articular a base produtiva que forma o complexo econômico e industrial do setor com as necessidades da população, para garantir que o acesso às tecnologias e a seus benefícios seja igualitário. “Para alcançar os objetivos da cidadania e a plena implementação do SUS, é preciso uma base industrial de inovação própria. É fundamental ter uma política industrial para o setor, usando o poder de compra do Estado”, defendeu.

Os avanços do SUS esbarram, porém, nos interesses daqueles que apostam na mercantilização da saúde. Essa disputa, segundo Temporão, não vem de hoje. “A adversidade acompanhou a construção do sistema desde o início, que se deu na contramão do neoliberalismo. O SUS nunca foi uma política hegemônica no interior dos governos”, enfatizou. Outro obstáculo, segundo ele, é a visão da saúde pública como gasto e não como investimento. Em contrapartida, a presença crescente dos interesses privados na saúde contribui para ampliar as desigualdades. “Ao invés de uma gradual redução do setor privado na oferta dos serviços, o que nós vimos foi o contrário: o crescimento da cobertura por planos coletivos e seguros, que hoje cobrem cerca de 25% da população”, afirmou. Para Temporão, o corte de investimentos no setor afeta programas como a Saúde da Família e as consequências já são sentidas, por meio, por exemplo, do retorno de doenças que haviam sido erradicadas no passado, como o sarampo. “A austeridade na saúde não é sábia nem necessária. Ela simplesmente é criminosas”, sentenciou.

DESIGUALDADES CONTRA A DEMOCRACIA

A recente democracia brasileira — que completa também 30 anos, em outubro, com o aniversário da Constituição de 1988 — ainda não conseguiu resolver o problema das



desigualdades sociais e enfrenta uma série de ataques que trazem retrocessos aos direitos da população, na visão de Gastão Wagner, médico sanitário e professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que se despediu da presidência da Abrasco em 2018. “Temos uma democracia no Brasil profundamente desigual do ponto de vista da distribuição do poder, em relação a gênero, etnias, classes sociais e regiões brasileiras”, analisou. Ele citou o exemplo da reforma trabalhista, aprovada em 2017, como uma agressão aos direitos dos trabalhadores. “Conseguiram restringir a nossa democracia, que já era imperfeita, mas não terão a capacidade de desconstruir tudo o que conquistamos com os 30 anos da Constituição Cidadã e do SUS”, ressaltou.

Para o sanitário, é preciso reconhecer os problemas do SUS, defender os avanços e ter propostas concretas para aperfeiçoá-lo. “Ao mesmo tempo em que defendem o SUS, os brasileiros apontam problemas gravíssimos, como filas e desumanização”, destacou. Para ele, o SUS deve ser uma instituição pública com grau de autonomia e obrigação de prestação de contas. Para isso, é preciso, segundo ele, construir propostas concretas e fortalecer o direito à voz e à participação de populações marginalizadas, como negros, mulheres e indígenas. “Grande parte da nossa elite, daqueles que têm poder de vocalizar, passa uma mensagem de que a opressão vai durar para sempre, de que a violência não tem saída, de que as nossas cidades vão continuar degradadas eternamente, de que o SUS não tem jeito”, analisou. Segundo ele, é possível e necessário superar essa “mensagem de desesperança”, com o protagonismo de novas vozes.

De acordo com o sociólogo Jessé Souza, professor da Universidade Federal do ABC (UFABC) e autor de diversos livros, entre eles “A elite do atraso” (2017), a crise brasileira

atual está relacionada a um ataque do capitalismo financeiro internacional, aliado a uma elite brasileira “de rapina”, que nunca teve um projeto de longo prazo. Para Jessé, ao mesmo tempo em que vende a ilusão da liberdade de consumo para o trabalhador, o chamado capitalismo financeiro expropria a população de direitos básicos, como saúde e educação. “As pessoas trabalham 13 e 14 horas por dia achando que elas estão trabalhando para elas mesmas e não para pagar as contas que têm no banco”, enfatizou. Quando a prioridade do orçamento do Estado é pagar juros da dívida pública e não investir em ciência, saúde e educação, ocorre uma forma nova e sofisticada de exploração dos pobres, de acordo com o sociólogo. “Segundo essa visão, o orçamento não pode ir para os mais pobres. Os juros implicam uma drenagem gigantesca dos recursos da população para a classe dos rentistas”, completou.

As desigualdades no acesso à saúde e à educação comprometem a produtividade das pessoas, como conclui o relatório “A ineficiência da desigualdade”, publicado em 2018 pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Os dados mostram que, ao reduzir capacidades e oportunidades, as desigualdades comprometem a inovação e os aumentos de produtividade — como consequência, geram grandes perdas tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. “Quando uma pessoa abandona seus estudos antes de concluir a educação primária ou secundária, seu potencial produtivo se resente pelo resto de sua vida ativa”, aponta o documento. O mesmo acontece em relação à saúde. Na América Latina, diz ainda o estudo, uma proporção significativa da população com mais de 18 anos não alcança um nível equivalente ao primeiro ciclo de educação secundária completo. Para Jessé Souza, essa é a forma de excluir permanentemente os trabalhadores em uma sociedade capitalista moderna. “Nega-se o acesso à educação e ao conhecimento. Classes inteiras são excluídas de qualquer processo de aprendizado escolar e dificulta-se assim o acesso ao mercado de trabalho competitivo”, avaliou.

SÁUDE GLOBAL, MUNDO DESIGUAL

A cena de cerca de 1.200 venezuelanos deixando o Brasil, depois de sofrerem ataques de brasileiros, no município de Pacaraima (Roraima), na fronteira com a Venezuela, mostra a existência de um movimento anti-migração no país que fere um direito humano básico: a liberdade de ir e vir. Para Deisy Ventura, professora de Ética e Direito Internacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), a reação à entrada de imigrantes, em diversos países do mundo, é um exemplo de como as promessas feitas pela globalização econômica não foram cumpridas — dentre elas, a livre circulação de pessoas. “Não somente dois terços da população mundial são sedentários, ou seja, nunca deixam o lugar onde nasceram, como também há uma grande ofensiva contra os movimentos de migração e refúgio nos países mais importantes do mundo hoje”, pontuou.

“Vivemos em um mundo interconectado, mas radicalmente desigual, inseguro e doente”, afirmou. Ela citou ainda a eleição do presidente Donald Trump nos Estados Unidos, “que jogou o mundo em um cenário de grande instabilidade”, como exemplo de como o mercado não foi capaz de garantir equilíbrio na democracia e respeito mínimo aos direitos humanos. Em um contexto em que a onda conservadora ameaça os direitos das populações,

incluindo a saúde, não somente no Brasil, mas em todo o mundo, é preciso resgatar a noção de direitos no âmbito da saúde global. “Essas agendas tecnicistas, frias, que fazem listas de doenças, não servem. Nós precisamos de uma agenda de enfrentamento das desigualdades e que traga o tema da equidade, da justiça e dos direitos para dentro da saúde global”, destacou.

O chamado “filantropocapitalismo” (*Radis* 172) é, segundo Deisy, uma estratégia dos grandes investidores internacionais em encarar a saúde global como uma oportunidade para fazer negócios. O exemplo emblemático dessa prática é o da Fundação Bill & Melinda Gates, mantida pelo multimilionário norte-americano Bill Gates e sua esposa, responsável por aportes de recursos na OMS acima de 10% do orçamento da instituição. Para além da filantropia e da “caridade” dos doadores privados, o impasse surge quando o “dono” do dinheiro define as prioridades de investimento. “Cerca de 16% dos recursos da OMS provém do estado norte-americano e quase o mesmo montante da Fundação Gates. Nem sempre a OMS age de acordo com sua própria agenda e sim segundo seus financiadores”, apontou a pesquisadora.

De acordo com Deisy, as ações de saúde global passaram a ter como prioridade promover a segurança dos países desenvolvidos. “Esse é o pior caminho em um mundo desigual: o fortalecimento dos sistemas de vigilância em detrimento do aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Significa que o campo da saúde e o combate à miséria e às doenças é uma oportunidade para fazer negócios”, ressaltou. Em contrapartida, ela pontuou que a experiência recente de enfrentamento da epidemia de zika congênita no Brasil mostrou como um sistema fortalecido é a melhor garantia para assegurar saúde

para as pessoas. “Que sistema ou utensílio de segurança é capaz de substituir o SUS, com a capilaridade que ele tem, com os médicos de beira leito que atenderam na Paraíba e em Pernambuco e descobriram a associação entre o vírus, a microcefalia e outras más formações?”, questionou. Ela enfatizou ainda que é preciso defender os sistemas públicos em todo o mundo e resistir à mercantilização da saúde. “Não é com programas de fundações privadas norte-americanas que vamos resolver os problemas de saúde das populações”, completou.

A desigualdade é ainda uma marca nas relações entre o Norte e o Sul global, apontou Carlos Milani, cientista político e pesquisador de Relações Internacionais do Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). “A probabilidade de uma criança morrer com menos de 5

anos de idade é 14 vezes maior na África do que no resto do mundo”, destacou como exemplo. Ele pontuou que os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), adotados pelas Nações Unidas em 2000, tinham indicadores bastante claros e precisos para monitoramento até 2015 — três deles eram diretamente focados na saúde: redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; e combate ao HIV/aids, malária e outras doenças.

Já os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), acordados em 2015, são 17 novas metas para a agenda global até 2030; de acordo com o professor, são objetivos “mais difusos” e menos claros quanto ao monitoramento. “Existem alguns tipos de progresso social a serem celebrados nos primeiros quinze anos do século 21 no campo da saúde. Mas ainda persistem enormes disparidades e desigualdades”, sintetizou.

“VIVEMOS EM UM MUNDO INTERCONNECTADO, MAS RADICALMENTE DESIGUAL, INSEGURO E DOENTE”

Luta por direitos e contra a mercantilização da saúde marcaram a participação de movimentos sociais no Abrascão



EDUARDO DE OLIVEIRA

“Nosso grande desafio ainda é a desigualdade”

A falta de assistência às mães antes, durante e depois do parto, principalmente as mais pobres e as indígenas, é um exemplo de como persistem as desigualdades em saúde na região das Américas. O tema é uma das principais bandeiras da ex-presidente do Chile, Michelle Bachelet (2006-2010; 2014-2018). Ela coordena uma comissão de alto nível da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) encarregada de ampliar a cobertura e o acesso à saúde no continente até 2030. Médica pediatra, Bachelet também foi ministra da Saúde e da Defesa em seu país; além disso, foi a primeira ocupante da direção da ONU Mulheres, em 2011, cargo em que ficou por três anos. Recentemente, a ex-presidente foi nomeada chefe de Direitos Humanos da ONU (8/8). Após a conferência de abertura no Abrascão, Radis conversou com a ex-presidente, em parceria com a Videosaúde da Fiocruz.

Quais os desafios que se colocam em comum para os países da América Latina no enfrentamento da mortalidade materna e infantil?

Na região, ocorreram avanços importantes, particularmente a diminuição da mortalidade infantil. Ainda temos menos avanços no que se refere à mortalidade materna. Portanto, devemos revisar muito bem quais são as políticas em relação sobretudo à atenção ao parto. Há muitas mulheres da região, sobretudo as indígenas e rurais, que não têm acesso a um parto de qualidade e, por isso, têm complicações que podem levar à morte. Precisamos claramente de políticas de planejamento familiar, porque muitas das gestações não planejadas ocorrem por falta de acesso aos métodos contraceptivos. Além disso, temos que ter também sistemas de atenção aos recém-nascidos, para que aqueles que nasçam com dificuldade possam continuar vivendo em boas condições. Eu diria que na região há países que têm bons indicadores em relação à redução da mortalidade materna e infantil. Essas experiências podem ser utilizadas para apoiar outros países, que têm indicadores muito ruins.

Como enfrentar as desigualdades em saúde que ainda persistem na região?

Hoje em dia, o que vemos é uma expressão da desigualdade. A desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, que afeta sobretudo os setores mais vulneráveis, como as mulheres, os idosos, os afrodescendentes, as pessoas vivendo com HIV/aids, as crianças, as populações rurais, os indígenas. Isso é o que temos que enfrentar através da saúde, mas também por meio de todos aqueles fatores que se chamam determinantes socioeconômicos, como a pobreza, o acesso à água limpa, o acesso à energia não contaminante, poder contar com alimentação suficiente, moradia digna etc. Não basta somente uma boa atenção em saúde, porque ela

está determinada por um conjunto de outros fatores que vão impactar, por exemplo, em taxas mais baixas quanto à mortalidade materna e infantil. As situações são distintas de um lugar a outro, de região a região. Atualmente morrem mulheres tanto no parto quanto por complicações do câncer de colo de útero nos países em desenvolvimento, mesmo com as vacinas que se podem oferecer às meninas para evitar que desenvolvam essa doença. São múltiplas áreas a trabalhar. O importante é enfatizar que a saúde é um direito de todos, que devemos garantir. (LFS)



EDUARDO DE OLIVEIRA



DESIGUALDADE ADOECE E MATA

PESQUISADORES ALERTAM QUE INIQUIDADES NÃO SÃO NATURAIS,
MAS DECISÃO POLÍTICA QUE ENCURTA E DESQUALIFICA
A VIDA DE MILHÕES DE PESSOAS

BRUNO DOMINGUEZ

“**A** injustiça social mata em grande escala”. A frase é do inglês Michael Marmot, pesquisador do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da University College London, que liderou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante palestra no Abrascão. A conclusão, ele mesmo indicou, já estava presente no relatório final da comissão, publicado em 2008 — “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” ou “Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde por meio da ação sobre os seus determinantes sociais”.

O texto afirmava que “justiça social é uma questão de vida e morte”, pois afeta o modo como as pessoas vivem, sua chance de adoecer e seus riscos de morte prematura. E tudo é moldado por forças políticas, sociais e econômicas. “Na Dinamarca, 8% das crianças vivem na pobreza; no México, 30%. Isso é consequência de uma decisão nacional. O Brasil pode escolher se quer ser como o México ou como a Dinamarca”, disse.

A fala do pesquisador buscava reforçar a ideia de que a desigualdade não é um fenômeno natural. “Não há razão biológica para homens do Haiti terem uma expectativa de vida 18 anos menor que os homens do Canadá. Essa diferença ocorre por conta da maneira como essas sociedades estão organizadas e dos determinantes sociais da saúde”, frisou,



Medidas de austeridade nunca devem ser a única ou a primeira solução para problemas econômicos, recomenda a ONU

se referindo a fatores que influenciam a ocorrência de doenças, como renda e sua distribuição, educação, habitação, segurança alimentar, emprego e condições de trabalho, redes sociais, inclusão e exclusão social, e serviços de saúde.

“Não temos que aceitar as desigualdades”, repetiu Marmot. Para o pesquisador, o Brasil é um exemplo de que é possível reduzir as diferenças. Ele citou especificamente o Bolsa-Família e seu impacto na redução da mortalidade infantil por diarreia e desnutrição. O país atingiu a meta de reduzir em dois terços os indicadores de mortalidade de crianças com até cinco anos. O índice, que era de 53,7 mortes por mil nascidos vivos em 1990, passou para 13,82 em 2015. “A resposta do país de vocês é de que é possível ter uma sociedade mais justa e com mais equidade”.

AUSTERIDADE PIORA DESIGUALDADE

Por outro lado, dias depois do fim do Abrascão, um grupo de especialistas em direitos humanos das Nações Unidas enviou comunicado ao governo brasileiro, em 3 de agosto, pedindo que reconsiderasse seu programa de austeridade fiscal e coloque os direitos humanos da população no centro de suas políticas econômicas. O diagnóstico é simples: “Algumas das decisões financeiras e fiscais feitas nos últimos anos afetam a garantia de diversos direitos, incluindo a moradia, alimentação, água, saneamento, educação, seguridade social e saúde, e estão piorando as desigualdades pré-existentes”.

O texto cita dados publicados recentemente que mostraram aumento da mortalidade infantil no Brasil pela primeira vez em 26 anos. Desde 1990, o país apresentava queda média anual de 4,9% na mortalidade. Nos anos 1980, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chegou a registrar 82,8 mortes por mil nascimentos. Em 1994, passou a 37,2; em 2004, a 21,5. Em 2015, a taxa foi de 13,3 mortes a cada mil nascidos e, em 2016, de 14 por mil, um aumento de 4,8%.

Os relatores da ONU também apontaram “reversão dramática” das principais políticas de segurança alimentar — outro relatório, este produzido pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO/ONU), indicou a iminência de o Brasil voltar ao mapa da fome, um resultado preocupante diante dos compromissos assumidos como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a serem cumpridos até 2030 (Radis 186). Na área de habitação, lembraram dos cortes no programa “Minha Casa Minha Vida”; em relação à água e saneamento, da redução do orçamento em um terço nas previsões de 2018.

Assinaram o comunicado o argentino Juan Pablo Bohoslavsky, especialista independente para a dívida externa e os direitos humanos; o brasileiro Leo Heller, relator especial para o direito humano a água e saneamento; a croata Ivana Radacic, presidente do grupo de trabalho para a questão da discriminação contra mulheres na lei e na prática; a turca Hilal Elver, relatora especial para o direito à alimentação; a canadense Leilani Farha, relatora especial para o direito à moradia; o lituano Dainius Puras, relator especial para o direito à saúde física e mental; e o burquinense Koumbou Boly Barry, relator especial para o direito à educação.

Para o grupo, as medidas de austeridade nunca devem ser vistas como a única ou primeira solução para os problemas econômicos, especialmente considerando seu impacto nos mais vulneráveis. “Alcançar metas macroeconômicas e de crescimento não pode ser feito em detrimento dos direitos humanos: a economia é servidora da sociedade, não seu mestre”, concluíram. O grupo criticou nominalmente a Emenda Constitucional 95, conhecida como PEC do teto, que limita os gastos públicos por 20 anos, afirmando que “não deixa nenhuma esperança de melhoria no futuro próximo”.

“Existe um equívoco frequente entre governos e instituições financeiras internacionais de que as crises econômicas podem justificar todo e qualquer corte nos serviços essenciais e nos direitos econômicos e sociais. Mas exatamente o oposto é verdadeiro. As

medidas de austeridade devem ser tomadas apenas com a análise cuidadosa de seu impacto, em particular porque elas afetam os indivíduos e grupos mais desprivilegiados. Elas devem ser consideradas apenas após uma avaliação abrangente do impacto sobre os direitos humanos.”

No comunicado, os especialistas identificaram que as pessoas vivendo na pobreza e outros grupos marginalizados estão sofrendo desproporcionalmente como resultado de medidas econômicas restritivas em um país que já foi considerado exemplo de políticas progressistas para reduzir a pobreza e promover a inclusão social. “As mulheres e crianças que vivem na pobreza estão entre as mais atingidas, assim como a população afrodescendente, as populações rurais e as pessoas que vivem em assentamentos informais”, ressaltaram.

PIORA NOS INDICADORES DE SAÚDE

No Abrascão, a epidemiologista Deborah Carvalho Malta, professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que por 12 anos trabalhou como diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, expôs dados que corroboram a preocupação dos especialistas da ONU. “A crise institucional e o retrocesso nas políticas públicas já impactaram nossos indicadores de saúde”, afirmou. Um exemplo: a taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, que vinha caindo, estagnou pela primeira vez. O compromisso com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável é de reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis em 2030. “Com os resultados dos últimos cinco anos projetados até o prazo final, o país só atingiria 18% de declínio”, calculou.

O tabagismo, que vinha em declínio frequente nos últimos 20 anos, apresentou estabilidade. A prática de atividade física, que crescia havia sete anos, caiu. O consumo de frutas, legumes e hortaliças teve piora abaixo dos níveis de 2013. O uso abusivo de álcool cresceu. Entre as razões, Deborah indicou que o Brasil parou de avançar nas medidas regulatórias, como taxação de produtos. “O Estado precisa se preocupar com a proteção dos indivíduos. O México taxou as bebidas açucaradas, o que diminuiu a prevalência do consumo de refrigerantes”. Ela citou “forte oposição da indústria” a projetos como de embalagens genéricas, taxação de alimentos ultraprocessados, subsídios a alimentos saudáveis e restrição a propaganda de cerveja.

DESIGUALDADE NO ACESSO À SAÚDE

Pesquisadora do Laboratório de Informação em Saúde (LIS/Icict) da Fiocruz e coordenadora da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Célia Landmann Szwarcwald acrescentou, no Abrascão, que a falta de equidade social se manifesta não só nas taxas de morbimortalidade ou de adoecimento mais precoce das camadas menos favorecidas, mas também no acesso e utilização dos serviços de saúde por elas. A partir de dados da PNS de 2013, que realizou 64.348 entrevistas domiciliares e 60.202 entrevistas individuais, foi possível notar desigualdade na consulta a médicos por renda e região geográfica. Entre os brasileiros que recebem até meio salário mínimo, 66% se consultaram com médico em um período de 12 meses, diante de 89% dos que recebem 10 salários mínimos ou

mais. No Norte, o acesso foi de 61%; no Sudeste, de 75%.

Os reflexos são claros na auto-avaliação de saúde: 57% dos que recebem até meio salário avaliam sua saúde como muito boa ou boa, índice que é de 88% entre os que ganham 10 salários ou mais. “O Brasil, por meio de uma combinação de políticas públicas e de assistência de saúde, melhorou significativamente o acesso ao médico para uma ampla camada da população, mas permanecem desafios a serem superados”, afirmou. Segundo a pesquisadora, a PNS retrata uma desigualdade que tende a ser acentuada, dada a situação do país.

Landmann destacou que o principal argumento para a redução das desigualdades da saúde baseia-se no princípio da equidade, que incorpora a dimensão de justiça social. O conceito foi proposto pela pesquisadora inglesa Margaret Whitehead em 1990: “Equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter uma justa oportunidade de atingir todo o seu potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para atingir esse potencial, se isso puder ser evitado”.

POPULAÇÕES NEGLIGENCIADAS

Outra expressão da desigualdade levantada no Abrascão foi a atenção dada às chamadas doenças negligenciadas, grupo de doenças tropicais endêmicas, especialmente entre as populações pobres da África, Ásia e América Latina, que juntas causam de 500 mil a 1 milhão de mortes por ano. Entre elas, estão doença de Chagas, leishmanioses, doença do sono, HIV pediátrico, hepatite C, filaríases e micetoma.

Apesar de altas taxas de prevalência e mortalidade, a pesquisa, a produção de medicamentos e medidas de controle dessas enfermidades têm investimentos reduzidos no mundo. Dos 850 novos produtos terapêuticos aprovados entre 2000 e 2011, apenas quatro foram indicados para doenças negligenciadas, mesmo que representem 11% da carga global de doenças, expôs a coordenadora de Comunicação da Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi) da América Latina, Marcela Dobarro. “Não são as doenças que são negligenciadas, mas sim as populações”, corrigiu ela.

A pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (Icict/Fiocruz) Inesita Soares de Araújo observou que a comunicação está vinculada ao processo de negligenciamento em saúde, ao invisibilizar as pessoas atingidas por essas doenças e todas outras em situação de vulnerabilidade. “A comunicação hegemônica está divorciada da busca pela redução da desigualdade e da promoção da equidade em saúde. Essas populações são negligenciadas não só nas suas demandas de saúde, mas em todos os aspectos da sua vida. São ‘desimportantes’, não têm a mesma condição de cidadania, de acesso aos serviços e à comunicação como direito de ter informação e de falar.”

Pesquisadora do Observatório Saúde nas Mídias, ligado ao Laboratório de Comunicação e Saúde do Icict/Fiocruz, a jornalista Raquel Aguiar reforçou que a comunicação é um processo social no qual as desigualdades da sociedade também se manifestam. Em uma cultura em que a visibilidade é condição de existência, o que não é visto não existe, disse. Raquel avaliou que, nas poucas vezes em que as doenças negligenciadas são abordadas pela mídia, há apagamento dos determinantes sociais da saúde, com predomínio da lógica de causalidade biomédica e da

medicalização como solução. “Raramente a imprensa trata das condições de vida dessas populações, sobrevalorizando o individual em detrimento do coletivo”.


RESISTÊNCIA

A economista Tereza Campello, assessora da Fiocruz Brasília e ex-ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, defendeu que a inclusão não é somente uma questão de justiça social, mas também um motor do desenvolvimento econômico. “Quanto mais as pessoas têm acesso a bens e serviços, mais a economia do país avança”, disse. Assim, frisou que a desigualdade é um fenômeno não apenas social, mas político, pois não prescinde de investimentos em políticas sociais. “A desigualdade esgarça o tecido social e o tecido econômico, e impede a sociedade de avançar.”

A médica Jurema Werneck, diretora da Anistia Internacional Brasil, apontou como caminho a resistência ao desmonte do Estado, especialmente por parte daqueles historicamente excluídos do processo de formulação das

políticas, como a população negra (leia na pág. 20). “Não há outro jeito de enunciar um país mais justo que não tenha a nossa voz, que não seja em primeira pessoa, em que nossa gente deixe de ser apenas um pé de página”, afirmou.

A presidente da Fiocruz, Nísia Trindade Lima, considerou que a saúde é parte essencial do processo de construção de um novo projeto de país ou de “possíveis futuros”. “A ciência e a saúde estão comprometidas e vinculadas à luta por um país, uma sociedade e um mundo melhor. Aqui assumimos a emergência das necessidades presentes com novos sonhos e novas lutas para um novo projeto de sociedade”.

Ao assumir o cargo de presidente da Abrasco, a diretora do Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj), Gulnar de Azevedo e Silva, também destacou que a vida de todos os brasileiros importa muito à saúde coletiva. “Esse desafio que a gente assumiu é porque a vida nas favelas nos importa e muito. A vida das crianças que estão morrendo por conta das políticas de austeridade nos importa; a vida de jovens vítimas da violência urbana nos importa; a vida dos trabalhadores rurais vítimas da violência no campo nos importa; a vida dos idosos que estão sem assistência nos importa.” 



Aos gritos de “Marielle, presente!”, os cerca de 4 mil participantes presentes à cerimônia de abertura do Abrascão, em 26 de julho, saudaram Anielle Franco, irmã da vereadora do Rio de Janeiro Marielle Franco, assassinada em março. Anielle falou em “luta por justiça até o final”, frase que pode ser entendida tanto como uma crítica às investigações que ainda não produziram resultados quanto como

um chamado à resistência contra as desigualdades que persistem no país. O então presidente da Abrasco, Gastão Wagner [a diretora do Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj), Gulnar de Azevedo e Silva, assumiu o cargo no encerramento do evento], contou que a escolha de Marielle como homenageada foi unanimidade entre os organizadores. O auditório principal levou seu nome.



RACISMO NOSSO DE CADA DIA

O QUE O COMPORTAMENTO RACISTA TEM A VER COM A SAÚDE, A VIOLÊNCIA
E AS DESIGUALDADES QUE ESTRUTURAM A SOCIEDADE BRASILEIRA

ANA CLÁUDIA PERES

Quando a voz forte e grave de Elza Soares canta para o mundo que “a carne mais barata do mercado é a carne negra”, ela ajuda a traduzir o que os números no Brasil apontam. Em um período de uma década, entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros no país cresceu 23,1%; enquanto isso, no mesmo período, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%, de acordo com o Atlas da Violência 2018, organizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Somente em 2016, o risco de ser morto foi três vezes maior para os negros. Naquele ano, 71,5% das pessoas assassinadas no país eram pretas ou pardas. Elza Soares ainda diz, nos versos da música de Seu Jorge, Marcelo Yuka e Wilson Cappelletto, que a carne negra é “que vai direto pro presídio e pro saco plástico, pro subemprego e hospitais psiquiátricos”. Isso tem nome, acredita a bióloga e pesquisadora em saúde pública Fernanda Lopes. Chama-se racismo e essa é uma característica estrutural da sociedade brasileira, elucida.



Complexo da Maré (RJ) despede-se do menino Marcos Vinícius, morto durante megaoperação policial

MAURO RIVENTEL/AF/APP

Para a pesquisadora, no Brasil, o racismo alimenta-se da linguagem do dia a dia e acaba por orientar comportamentos. “Isso vai determinar a forma como as pessoas organizam suas relações pessoais e como elegem aquilo que é mais ou menos digno”, diz. Na opinião de Fernanda, o racismo é responsável por atribuir características negativas a pessoas que têm determinados padrões e, por conta disso, deixam de ser consideradas detentoras de direitos. “Isso acaba por justificar que sejam cometidas as maiores injustiças e violações”, lamenta. Fernanda explica que o racismo não é apenas questão de opinião pessoal. Ele está no centro de tudo, influenciando linguagens, estruturando relações e também definindo as trajetórias individuais e as condições socioeconômicas, de vida e de saúde da população.

Era manhã de domingo, o último dia do Abrascão e a tenda Marielle Franco, a principal do congresso, pouco a pouco foi ficando pequena para o tamanho do discurso daquela mulher negra, integrante do GT de Racismo e Saúde da Abrasco. “Se reconhecemos o racismo como estruturante da desigualdade que impera no Brasil, fica mais fácil compreender os impactos dele para a saúde”, continua. Porque o racismo, ela acrescenta, também vai orientar os serviços ofertados e o modo como eles se organizam. Para Fernanda, além do racismo estrutural, o racismo institucional também influencia na qualidade da saúde do brasileiro — em especial, da brasileira, mulher, jovem e de periferia. “Em alguns países, existem leis que determinam o acesso desigual a serviços. No Brasil, ainda que não haja leis, os costumes e hábitos cotidianos vão determinando o mesmo. Essa é a expressão mais evidente do racismo institucional”, diz Fernanda.

Dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2014 e coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), constatam que as mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica, as que

mais peregrinam na hora do parto, ficam mais tempo para serem atendidas, têm menos tempo de consulta, são mais submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia e estão em maior risco de morte materna. Segundo o estudo, a violência obstétrica — também considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como violência de gênero — atinge uma em cada quatro mulheres no Brasil e, dessas, 65,9% são negras. Além disso, cerca de 60% das mortes maternas são de mulheres negras.

Fernanda defendeu que o SUS precisa ter as lentes ajustadas. “Ele deve ser focado nas pessoas — em todas as pessoas — e orientado para as diferentes necessidades”. Ao lembrar que 80% daqueles que só têm o SUS como plano de saúde são negros, a pesquisadora foi enfática: “Quando o SUS não funciona, ele não funciona majoritariamente para nós, negros”. De acordo com Fernanda, não há como defender o Sistema Único de Saúde e discutir iniciativas para a melhoria da saúde pública sem o enfrentamento do racismo, dentro e fora do SUS. “O Estado brasileiro funciona fazendo com que algumas vidas importem e outras não. É preciso combater isso para que este Estado democrático de direito seja real”.

À *Radis*, o midiavivista Raull Santiago, morador do Complexo do Alemão, região na periferia do Rio de Janeiro, afirmou que o racismo se perpetua na sociedade brasileira e vai assumindo novas faces no contexto atual. Visivelmente empolgado com o fato de o tema ter merecido destaque em várias mesas do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ele não compreende uma saúde apartada dessa discussão e menos ainda que a população marcada pelo racismo fique à margem dos debates que interferem em seu cotidiano. Para Raull, qualquer conversa sobre redução de danos hoje precisa contar com “a presença da favela, a fala da favela, a cor da favela”. Além disso, prossegue, “não existe discutir redução de danos sem discutir o genocídio do nosso povo”.



Jovens presos indiscriminadamente durante uma festa sob a alegativa de que eram milicianos: naturalização do racismo

Raull é um dos criadores do coletivo de comunicação Papo Reto e também do Movimentos — um grupo de 12 jovens de favelas cariocas que decidiram se reunir para serem ouvidos no debate sobre a política antidrogas implantada no país. “O dia a dia na periferia é atravessado pela rotina de violência. Ônibus paralisam por conta disso. Postos de saúde não atendem. Escolas são fechadas”, disse Raull. Ele sugere que a saúde ocupe um espaço hoje dominado por uma política de segurança pública extremamente controversa que se resume ao combate às drogas. “Os governantes dialogam conosco pela mira de um fuzil”, sustenta. Para Raull, as pessoas estão adoecendo, sendo encarceradas e mortas pelo simples fato de morarem onde moram e esse é mais um traço do racismo sorrateiro que impera no Brasil. Durante o Abrascão, ele participou da mesa redonda “Nas entrelinhas do cuidado: práticas e experiências de redução de danos em favelas do Rio de Janeiro”. Na mesa com Raull, Rodrigo Bodão, integrante da ONG Redes da Maré e pesquisador do Observatório de Favelas, foi categórico: “Os moradores de favela têm sido muito mais vítimas dessa política de segurança do que beneficiados por ela”.

MARCOS VINÍCIUS E O RACISMO

Marcos Vinícius da Silva tinha 14 anos, uma mochila cheia de livros, um caderno com a capa do Flamengo. No dia 20 de junho, quando ia para a escola no Complexo da Maré, zona norte do Rio de Janeiro, foi morto durante uma operação que contou com policiais civis e militares e soldados do Exército. Havia carros blindados por terra e um helicóptero que sobrevoava as ruas da Vila do João, onde morava. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) concluiu que Marcos Vinícius foi atingido pelas costas e que a bala perfurou ainda a barriga do garoto. Ele foi levado a uma UPA onde morreu depois de falar com a mãe: “Foi o blindado, mãe! Ele não me

viu com a roupa da escola?”. Os pais de Marcos Vinícius estão processando o Estado.

Em vídeo que circulou nas redes sociais, Bruna disse que a “operação truculenta” que alvejou seu filho foi uma ação covarde e defendeu a comunidade em que mora. “Falamos que a minha comunidade é perigosa. Mas a minha comunidade não é perigosa. Quando sair daqui e voltar para casa, é aquele povo lá, quente e caloroso, que vai estar me esperando para me dar um abraço”. Bruna falava em nome de outras mães, esposas e filhos. Ao lado dela, no vídeo, estava Mônica Benício, esposa da vereadora Marielle Franco — assassinada na noite de 19 de março, no Rio de Janeiro, quando voltava de uma roda de conversa intitulada “Mulheres Negras movendo as estruturas”; o crime continua não elucidado. “Isso aqui é uma caça aos pobres. Aos favelados. Eu sou favelada. Marquinhos, presente!”, repetiu Bruna. Ao repercutir o caso, a Organização das Nações Unidas (ONU) lamentou a morte do estudante e aproveitou a ocasião para lançar a campanha “Vidas negras”, que pede o fim do racismo e da violência letal contra a população negra.

CRIME E CASTIGO

Para o promotor do Ministério Público Haroldo Caetano, que falou no Abrascão sobre “Encarceramento em massa e lutas por liberdade: asilos, manicômios e prisões”, é urgente pensar o problema do encarceramento em massa a partir de um ponto de vista antirracista. O problema, ele diz, é que o sistema criou condições para legitimar o seu funcionamento violento e convencer as pessoas sobre a necessidade das prisões, estruturando-se no discurso da política de segurança pública, de combate ao crime e da “guerra às drogas”. Para Caetano, esse discurso baseado no racismo causa cegueira em muita gente. “É ele que vai permitir que o policial bata o pé e derrube a porta da população marginalizada”.

Para Fernanda Lopes, do GT de Racismo e Saúde da Abrasco, é necessário reconhecer o racismo como estruturante das desigualdades

O resultado, nas palavras do promotor, é que “encarcerar pessoas passou a ser uma política pública”. Com 726 mil presos, o Brasil tem hoje a terceira maior população carcerária do mundo. Entre 2014 e 2016, houve um crescimento de mais de 104 mil pessoas, segundo dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) divulgado em 2017. Mais da metade dessa população — 64% dos presos no sistema penitenciário nacional — é negra. Durante o Abrascão, o promotor reiterou que o encarceramento em massa é algo que se relaciona com a gestão criminal da miséria. É sobre a população pobre e negra, ele reforça, que “irá recair o aparato punitivo do Estado”.

Uma outra mesa abordou o tema ao discutir “violência e política de drogas no Brasil”. Desde que passou a vigorar em 2006, a Lei 11.343 tem provocado leituras controversas e debates acalorados. Para a advogada Luciana Boiteux, que falou para um auditório lotado no penúltimo dia de Abrascão, a atual legislação traz sérios problemas. Apesar de ter despenalizado o usuário e aumentado a penalização do traficante, na prática, ela não funciona assim: “Quem é um e quem é o outro?”, questionou a palestrante. Na teoria, a resposta é simples, ela diz: o traficante é quem comercializa e o usuário é quem consome. “Mas na verdade o que define esse status é o CEP, a classe social, a cor”.

Luciana explica que o jovem, negro, pobre, da favela vai ser sempre enquadrado como traficante mesmo que não tenha consigo a quantidade de droga suficiente para tipificar crime. “Já o jovem branco e estudante, morador do Leblon [bairro nobre da zona sul carioca], independente da quantidade, vai ser enquadrado apenas como usuário”. Para ela, é importante reconhecer a estrutura desigual e a influência de uma sociedade racista que vai determinar políticas de acordo com interesses ideológicos, econômicos e comerciais. Luciana criticou a política da “guerra às drogas”. “Ela não reduz consumo e não tem impacto na proteção da saúde pública”, destaca. “Mas atende diretamente aos fins não declarados dessa política de controle das populações”.

Segundo ainda a advogada, que é também professora de Direito Penal e Criminologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), até aqui a legislação infelizmente não levou a um fortalecimento da assistência e dos serviços de saúde. Atualmente, tramita no Supremo Tribunal Federal uma ação sobre a descriminalização do porte de drogas para uso pessoal. Mas apesar de considerar que uma aprovação do dispositivo pode trazer avanços importantes para a realização de pesquisas e produção de medicamentos, ela considera que terá pouco efeito em relação às políticas de segurança. “Vai continuar amenizando para quem é considerado usuário e criminalizando aquele que é visto como traficante, e isso não trará nenhum impacto no sistema carcerário”.

De acordo ainda com o Infopen, os crimes relacionados ao tráfico de drogas são os que mais levam pessoas às prisões, com 28% da população carcerária total. Somados, roubos e furtos chegam a 37%. Homicídios representam 11% dos crimes. No Brasil, hoje, há 45.989 mulheres presas — 62% por sua ligação com o tráfico de drogas. Quando levados em consideração somente os homens presos, o percentual é de 26%. Tanto para Luciana quanto para Caetano, o discurso punitivista, que se limita a pensar a política antidrogas apenas do ponto de vista criminal — além da desculpa da segurança pública — são argumentos usados para justificar, por exemplo, uma intervenção federal no Rio de Janeiro, decretada em fevereiro de 2018, e que determina que até 31 de dezembro a segurança pública do estado fique sob responsabilidade de um interventor militar. Apesar de prevista na Constituição de 1988, uma intervenção nos estados brasileiros nunca havia sido aplicada.

OS 159 DE SANTA CRUZ E O RACISMO

Uma das notícias do *Jornal Nacional* de 7 de abril alardeava: “A polícia do Rio de Janeiro prendeu mais de 140 pessoas, na maior operação já realizada para combater as milícias do

estado” — termo que denomina o poder paralelo formado por militares, fora do serviço ou ainda na ativa, e por outros agentes paramilitares que dominam bairros inteiros e, sob a desculpa de proteger o território, atuam no tráfico e cobram por serviços como gás, luz e TV a cabo. Segundo o noticiário daquela noite, a operação havia sido um sucesso por prender “bandidos” que aproveitavam a noite em um sítio, em Santa Cruz, na zona Oeste. Sem uma apuração mais rigorosa, a reportagem limitou-se a reproduzir a fala dos investigadores que afirmavam que “todos eram milicianos”.

Dez dias depois, com exclusividade, o site *The Intercept Brasil* (16/4) denunciou que “a maior operação contra as milícias” já feita no Rio foi apenas um espetáculo midiático. “A polícia não prendeu 159 milicianos. A polícia entrou em uma festa — promovida por uma estação de rádio, com ingresso, anúncio nas redes, pulseirinha — e prendeu indiscriminadamente todos os homens que nela estavam”, anotaram os repórteres Leandro Demori e Pedro Paulo. Todos os homens que nela estavam eram pretos. Em um vídeo que completa a reportagem, a mãe de um dos jovens, emocionada, indagava: “O que meu filho vai dizer pra mim? Que adianta a senhora me por pra estudar? Que adiantou a senhora me ensinar a escolher os bons caminhos, se hoje eu tô no meio de uma cadeia, dormindo no chão e passando fome, sendo maltratado e esculachado?”

Sob a afirmação do secretário de Segurança do Rio, general Richard Nunes, de que aquela foi a “mais exitosa operação da intervenção federal”, os jovens permaneceram presos por 18 dias. Em 25 de junho, a Justiça revogou a prisão preventiva e concedeu liberdade para 137 dos 159 jovens. Mereceu pouca divulgação o balanço da intervenção militar na capital fluminense, mas completados seis meses do início das operações no Rio, o Observatório da Intervenção contabilizou 4.850 tiroteios. O relatório apresentado em 16/8 revelou que, de fevereiro a agosto, 736 moradores

foram mortos pela polícia e 51 agentes de segurança também perderam suas vidas. Em 372 operações que mobilizaram 172 mil agentes, foram apreendidas apenas 373 armas. Dados do Instituto de Segurança Pública (ISP) indicam um aumento de 38% no número de mortes provocadas por ações policiais.

IMAGINÁRIO ABOLICIONISTA

Para o promotor Haroldo Caetano, o sistema punitivo se direciona para aqueles que estão “para além das margens”, sem qualquer proteção do capital. “A essas populações, reservamos as prisões e os manicômios”. Ele diz que uma sociedade racista trata os indivíduos como objetos. “A pessoa deixa de ser gente pela simples suspeita da prática criminosa. Desumanizamos os indivíduos para implantar contra eles uma gama de arbitrariedades. E isso é naturalizado no imaginário da população”. O promotor tem sido uma voz ativa contra a ação da polícia que, em suas palavras, “vai ao morro para buscar alguém e não para promover política pública ou segurança”.

Segundo ele, o Brasil precisa parar de prender pessoas. “A liberdade, sim, é um dispositivo necessário para enfrentar graves problemas na sociedade”. Radical na defesa das penas alternativas, Haroldo diz que promotores e juizes estão sendo não apenas omissos, mas “cúmplices da barbárie” que vem ocorrendo, e defende uma reeducação de juizes e promotores para uma atuação criminal democrática pautada nos direitos humanos. “Penso que devemos ter o imaginário abolicionista como utopia. O termo utopia sendo entendido não como algo fadado a não acontecer, mas a se transformar a partir de nossas práticas”. Com os debates sobre o racismo que atravessaram o Abrascão de ponta a ponta, o campo da saúde pública pareceu apostar nessa utopia.



Abrascão: debates e performances sobre a saúde integral da população negra e representações de matriz africana

PETER ILLICIEVICCS FIOCRUZ

“É preciso racializar a história”

O psicólogo Emiliano de Camargo David é um estudioso da discussão sobre racismo e iniquidades em saúde, em especial dos reflexos dessa relação para o campo da saúde mental. Integrante do Instituto AMMA Psique e Negritude, de São Paulo, ele afirmou, durante o Abrascão, que “a reforma psiquiátrica é branca”, e fez um convite ao “aquilombamento”, por considerar os quilombos uma experiência radicalmente brasileira que deveria ser valorizada em toda a sua potência. Nesta entrevista à *Radis*, ele amplia a discussão.

Como o racismo afeta a saúde mental?

Penso que o racismo humilha. Essa, inclusive, foi uma campanha do Conselho Federal de Psicologia: “O racismo humilha e humilhação faz sofrer”. É necessário tomar o racismo como violência e pensar que, como qualquer outra violência, essa também pode gerar muito sofrimento. Com um grande cuidado para não patologizar, porque o racismo vai gerar sofrimento, mas não necessariamente doença. Pensar em termos de doença seria perigoso, geraria medicalização, diagnósticos. Isso a gente não quer. Mas quando entendido enquanto uma violência, assim como todas as violências, ele é passível de gerar sofrimento psíquico.

O quanto a naturalização do racismo na sociedade brasileira contribui para o aumento da violência e do sofrimento assim como para alimentar práticas racistas?

Não é nova a ideia de que o brasileiro tem preconceito de ter preconceito. Essa é uma ideia antiga do Florestan Fernandes [sociólogo, autor de “Corpo e alma do Brasil”]. A gente é muito forjado pela dimensão do processo escravocrata no Brasil e pelo mito da democracia racial. Então, essa naturalização do racismo — e, logo, do preconceito racial — existe como se fosse algo tácito, como se fosse um dado. Aqui, o racismo não tem apenas uma dimensão institucional. Ele é estrutural. É o racismo que estrutura a sociedade brasileira. Então, a gente ainda precisa resgatar a ideia de se autorizar enquanto um país racista para, a partir daí, promover práticas antirracistas.

A gente pode dizer que a razão do racismo é a manutenção de privilégios?

Inclusive. Inclusive e fortemente. Essa é uma das ideias que compõem o racismo no Brasil, mas não só. A gente está falando também de populações indesejáveis, de uma política de branqueamento, a gente está falando de um entendimento de corpos que não são bem-vindos, de raças que são tidas como anormais e que precisam ser exterminadas. Então, sim, o racismo é estruturado no privilégio da branquitude, mas não apenas. Há que se enfrentar o discurso sobre o racismo inclusive problematizando a ideia de vulnerável e de minoria. Nós negros não somos minoria, somos 53% da população brasileira, embora a ideia de minoria esteja ancorada em outra coisa. Mas é importante problematizar isso. É impossível chamar de vulnerável uma população que sobreviveu ao processo escravocrata, que sobreviveu a genocídios, que ainda se faz presente, ativa, que produz cultura, alegria, que produz saber. Essa ideia de vulneráveis é também uma ideia que nos leva para as franjas e nos coloca em um lugar que é periférico. É preciso brigar muito contra essa estigmatização. Porque, sim, a Europa é tomada como o centro do mundo, logo, a população branca é o centro do mundo. Mas a gente precisa racializar a história.



EDUARDO DE OLIVEIRA

Você afirmou que “a reforma psiquiátrica é branca”. Por quê?

Eu digo que a reforma psiquiátrica é branca no seu componente ético-político. Ela cuida de negros, porque 70% dos usuários do SUS se autodeclararam pretos ou pardos; os Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e, em especial, a Estratégia de Saúde da Família, estão nos territórios periféricos. Mas a reforma psiquiátrica não racializa e não percebe a cor desses territórios e dessa população. Ela é branca quando ensurdece para o movimento negro que participou de sua criação. E aí pretende-se fazer projetos terapêuticos singulares. Mas se esse projeto terapêutico não discute raça, se não discute gênero, ele não é singular. Para um campo que discute tanto a diferença como a luta antimanicomial, a dimensão racial é inviabilizada. De alguma forma, esse é um grupo que também está estruturado no racismo estrutural, que pouco dialogou com os modos de cuidar da loucura ou com os saberes afro-diaspóricos e afro-indígenas. Por exemplo, a gente não dialoga muito — aliás, dialoga quase nada — com os territórios negros, as casas de axé, os espaços de terreiro, para saber como eles entendem determinados fenômenos. Um exemplo que é um contrassenso: na atenção básica, a gente traz para a saúde os saberes tradicionais da medicina chinesa, mas a gente não se debruça sobre os saberes e tradições afro-brasileiras. Há um grande desconhecimento da cultura e das formas de cuidado e dos saberes gerados pelas populações tradicionais.

É disso que você está falando quando propõe um “aquilombamento” dos Caps? É possível estender essa ideia para outros espaços da vida?

Eu acho que sim, porque o quilombo já era o espaço do comum, ainda que sustentado numa briga abolicionista. E se a gente quer um processo de ampliação do laço social, de acolhimento dos ditos indesejáveis, dos loucos, das prostitutas, dos drogados, um espaço de inclusão de pessoas, a gente vai precisar pensar isso. O quilombo foi uma das estratégias mais potentes da nossa cultura. Ele já trazia em si o acolhimento. O quilombo não é algo identitário, do negro, do aparte. É algo nosso, radicalmente brasileiro — protagonizado por negros, sim, mas que, não à toa e racistamente, a gente nega como parte da história. (A.C.P.)



EQUIDADE E AUTONOMIA

GÊNERO, DIVERSIDADE E SEXUALIDADE SÃO EXPRESSÕES QUE DETERMINAM PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA E ESTÃO RELACIONADAS À JUSTIÇA SOCIAL

ELISA BATALHA

“**F**oram 20 anos condensados em quatro meses, e nada será como antes”, comemorou a pesquisadora argentina Silvina Ramos. Ela se referia ao movimento pela descriminalização do aborto no seu país. Os ares do movimento de mulheres nas ruas de Buenos Aires quase podiam ser sentidos ainda, e era possível avistar um ou outro lenço verde — símbolos da luta pela aprovação da lei — entre as participantes do Abrasão.

A ativista e pesquisadora Sonia Correa usou um durante a sua palestra em uma das grandes tendas. Em entrevista à *Radis*, ela lembrou que é importante entender e ter como objeto de estudos os fenômenos de conservadorismo moral e ataques aos direitos das mulheres e da população LGBT que procuram cercear até mesmo estudos e exposições artísticas sobre o tema. “São ataques ao pensamento crítico sobre gênero”, avaliou a socióloga, que tem no currículo o cargo de vice-presidenta do comitê especial da Organização Mundial da Saúde na área de reprodução humana.

O pensamento e os estudos sobre gênero, diversidade, sexualidade e saúde das mulheres e da população LGBT não foram deixados de lado no congresso. “Nos tiraram tantas coisas que nos tiraram também o medo”, dizia um dos cartazes mostrado por Silvina, em uma apresentação repleta de imagens muito impactantes do movimento e da campanha #quesealey (“que seja lei”). “Os partidos políticos nunca foram os motores do movimento”, lembrou. As alianças e composições políticas inusitadas, feitas em torno da proposta de lei de despenalização do aborto — que acabou vetada no Senado argentino, no início de agosto — foram consideradas inovadoras.

Independente de o projeto ter sido rejeitado no Senado algumas semanas depois por uma diferença de sete votos, Silvina e todos os estudiosos presentes ao congresso tinham a certeza de que os aprendizados não foram perdidos. “Até mesmo as filhas dos senadores deram declarações públicas e pressionaram seus pais para que se posicionassem”, contou Silvina. A mensagem que ela trazia é a de que devemos olhar cuidadosamente para esse momento, porque novas formas de fazer política e ativismo apontam para o futuro.

“O movimento não surgiu da noite para o dia, e foi impulsionado com a chegada do medicamento misoprostol ao mercado, que provocou uma ‘revolução tecnológica’, nas palavras da ginecologista. A rede de solidariedade feminina que se estruturou naquele país em prol de redução de danos resultantes de abortos foi lembrada. “Elas se chamam Las Sororas (as irmãs)”, mencionou Silvina. O uso sistemático de evidências científicas também contribuiu para promover um alto nível na argumentação sobre o assunto, registrou a pesquisadora.

Muitas das evidências científicas vieram da experiência de outro vizinho latinoamericano, o Uruguai. O país descriminalizou o aborto em 2012. Mas, desde 2008, a chamada lei de redução de danos e riscos já havia praticamente zerrado a mortalidade materna, embora o aborto continuasse penalizado. “O assessoramento obrigatório das mulheres em situação de gravidez não desejada, conferido pela lei, permitiu a confidencialidade dos atendimentos antes e depois dos procedimentos, protegendo profissionais e pacientes”, explicou Verônica Fiol, professora da Faculdade de Medicina da Universidad de La Republica. Os dados sobre a descriminalização no país, por ocasião dos cinco anos da lei, foram apresentados no periódico *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.

MULHERES IMPULSIONANDO MUDANÇAS

As estatísticas podem ser resumidas em uma expressão: sem mortes. “O sistema de saúde excluía as mulheres em situação de gravidez não desejada. Em 2001 a principal causa de mortalidade materna no país era aborto provocado, um terço de toda a mortalidade materna”, lembrou a médica, sem nenhuma saudade daqueles tempos. Não houve nenhuma morte por complicações de aborto provocado no período de vigência da lei. Verônica ainda está em busca de mais segurança, no entanto.

Houve ainda, desde 2012, três mortes maternas por abortos inseguros, feitos fora do período gestacional permitido por lei naquele país. Se a mulher não está dentro das doze semanas de gestação, e portanto, amparada pela lei da despenalização, mesmo assim ela está sob a luz da lei de redução de danos e riscos, o que implica que tudo deve ser feito para salvar a sua vida, lembrou a ginecologista. “Na minha experiência, observo que a mesma mulher que recebo no meu consultório por uma gravidez feliz pode ser

a mulher que recebo em outro momento da vida para fazer um aborto. É a mesma pessoa, e eu também sou a mesma profissional com ela”.

“Aprendemos que o modelo do Uruguai, principalmente a redução de danos e riscos, é replicável em toda a América Latina e em países com marcos legais restritivos, para o bem das mulheres, de suas famílias e dos profissionais de saúde”, resumiu Verônica, para quem uma das lições aprendidas é que “a despenalização sozinha não

é o suficiente”. Os desafios enfrentados atualmente no seu país são relacionados ao fato de, por ainda haver abortos inseguros, ser preciso também fortalecer a confidencialidade no serviço.

No Brasil, o consenso entre as especialistas e ativistas presentes ao congresso, é que a perspectiva interseccional — que leva em consideração diferentes sistemas de opressão — é uma das principais chaves para se abordar a questão da mortalidade materna e do aborto no Brasil. Mulheres negras e pobres não têm acesso a assistência em igualdade de condições de outras, e as taxas refletem essa discrepância. “Curetagem [raspagem da parede interna do útero, normalmente feita para concluir uma perda gestacional ou aborto induzido] é o segundo procedimento mais realizado no SUS, mas a categoria raça/cor é subnotificada”, afirmou enfermeira Emmanuelle Goes, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que defendeu tese sobre racismo e aborto no Brasil. Durante a Plenária Final do Abrascão, foi aprovada a Moção de Apoio à ADPF 442 — pela descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, assinada pelos membros dos Grupos Temáticos Gênero e Saúde e pelo Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco.

LGBTS ESBARRAM EM DISCRIMINAÇÃO

“Aqui todo mundo é igual, não tem discriminação”. Segundo Flávia Teixeira, da Universidade Federal de Uberlândia, essa frase pode soar como uma declaração de boas intenções. Nos serviços de saúde, em um contexto de assistência a pessoas LGBTs, no entanto, o discurso aparece como maneira de tentar esconder negligência ao princípio da equidade. “São violências que não reconhecemos como violência. É a ‘igualdade’ que sufoca a equidade”, constata a pesquisadora.

Exames que machucam mulheres lésbicas, oferta de testagem de HIV antes de qualquer pergunta, no início de uma consulta de travestis, e impedimento de doação de sangue de homens gays são situações citadas por pessoas LGBT, de violações do direito a um cuidado equitativo e figuram como resultados da pesquisa “Limites e possibilidades para a

“OS SERVIÇOS [DE SAÚDE] NÃO SÃO ‘ENTES’, SÃO FORMADOS PELA MANEIRA COMO OS PROFISSIONAIS LEEM E LIDAM COM AS PESSOAS”



O nome de Marielle Franco se fundiu - literalmente - na bandeira com os anseios de autonomia e representatividade feminina e LGBT: vereadora carioca virou símbolo de luta

EDUARDO DE OLIVEIRA

atenção integral à saúde da população LGBT no SUS", coordenada pela Universidade de Brasília (UnB), em parceria com outras universidades e financiamento do Ministério da Saúde. O estudo de abrangência nacional teve objetivo de identificar e compreender as dimensões do acesso e da qualidade do serviço de atenção à saúde, na perspectiva do usuário, dos profissionais que os assistem e dos gestores de saúde pública, com uma amostragem expressiva em diferentes cidades de médio e grande porte. Em São Paulo, por exemplo, abrangeu 30 unidades básicas de saúde.

Os resultados mostram o que incomoda no dia a dia. "Chamamos 'síndrome do cotovelo', quando uma pessoa entra no serviço de saúde, e no lugar de receber acolhimento e ter seu problema resolvido, todos a sua volta começam a lançar olhares cruzados e fazer sinais um com o outro — cutucando com o cotovelo o colega do lado, por exemplo — e os profissionais tentam 'passar o problema adiante', contou Flávia Teixeira, da Universidade Federal de Uberlândia. "Muitos gestores não responderam sequer ao questionário da pesquisa, numa demonstração de descaso com o problema", assinalou.

"Quero me afastar do crachá governamental e falar como enfermeira, servidora pública e mulher lésbica. Os serviços não são 'entes', são formados pela maneira como os profissionais lêem e lidam com as pessoas". O relato de Margareth Cristina Gomes, servidora do Ministério de Desenvolvimento Social e pesquisadora da área de antropologia social, foi bastante contundente e a sua própria figura

representava questões de sexualidade nos serviços de saúde, profissionais, pesquisadores e as singularidades de cada um. Margareth, que foi também técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, lembrou que "corpos são linguagens e recursos de poder", e falou de invisibilidade. "Não há produção farta sobre mulheres lésbicas e saúde. Um dos principais documentos existentes é o dossiê "Saúde das mulheres lésbicas", publicado pela Rede Feminista em 2006.

"Um dos problemas é que a prática sexual de mulheres lésbicas é muitas vezes desconsiderada e elas são incluídas no rol de mulheres em não-atividade sexual. Além da saúde sexual e reprodutiva, a saúde mental dessa população exige maior atenção, uma vez que se observa a relação entre violências sofridas por essas pessoas, que funcionam como gatilhos para problemas de saúde mental e uso de álcool e drogas", declarou ela, que defendeu que seja disponibilizada em todos os serviços uma ficha de notificação da violência homofóbica.

O campo da saúde foi pioneiro da "cidadanização" de sujeitos sexuais. "Os direitos sexuais e reprodutivos constituem um foco fundamental das políticas de equidade e de combate à discriminação, bem como do fortalecimento de movimentos sociais", lembrou o antropólogo Sergio Carrara, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ele reforçou que sexualidade, assim como gênero, são construtos sociais que se conformam a partir de múltiplos discursos que regulam, constituem e instauram saberes sobre o corpo, sexo e desejo.

Segundo ele, a população LGBT, em decorrência da não adequação de gênero ao sexo biológico ou à identidade sexual heteronormativa tem, sistematicamente, seus direitos humanos básicos agredidos e é submetida a situações de vulnerabilidade que incidem na determinação social da saúde, ao desenvolver processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura, decorrentes do preconceito e do estigma social.

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNASI-LGBT), como esforço em direção à construção da equidade dentro do SUS. Todo o arcabouço legal e a estrutura governamental que existe no país para proteger os direitos dessa população está sob ameaça. Mais um exemplo é a Política Nacional de Humanização, que, segundo Ana Paula Uziel, da UERJ, “está em desmonte, inclusive com realocação de funcionários”, alertou.

O estigma que as pessoas carregam por determinada atividade ou situação social são assuntos varridos para baixo do tapete, mas que têm muita importância quando se persegue a equidade. Pesquisas sobre a situação específica de mulheres trans no sistema prisional, de prostitutas que atuam na Baixada Fluminense e relatos de situações como de homens trans que apresentam câncer de colo de útero e têm que ser internados no Instituto Nacional do Câncer (INCA) em enfermaria coletivas femininas criaram momentos de consternação e denúncia no Abrascão. Sob recortes antropológicos e históricos, foi lembrado que “a homossexualidade se manteve na Classificação Internacional de Doenças (CID) como diagnóstico até 1990, sob o código 302.0”, como apontou o antropólogo Sérgio Carrara. O processo de despatologização aconteceu nas décadas de 1980 e 1990, com o envolvimento de atores políticos e científicos. Mas, na Constituição, “com todos os seus avanços, não consta como as pessoas deveriam ser preservadas do preconceito”, lembrou ele, “e hoje já temos muitos gays e lésbicas internados em comunidades terapêuticas”.

O termo “ideologia de gênero” surgiu em alguns momentos nos debates, não para ser legitimado, mas como objeto de estudo de um fenômeno que precisa ser entendido para ser criticado e contestado (ver entrevista na página 30). “Ele evoca uma pseudociência. É uma estratégia de eliminação da diversidade social e de gênero”, declarou Sérgio, para quem a relação entre religião e Estado também é um fenômeno em permanente transformação que merece estudos. “Nunca tivemos Estado nem totalmente laico na prática nem totalmente religioso. Valores religiosos estão sob constante revisão. Por outro lado, verdades científicas também muitas vezes se apresentam como imutáveis. A questão é como a religião e a ciência podem se adaptar a um espaço que seja de fato democrático”, ponderou.

JUSTIÇA REPRODUTIVA

A justiça social é diretamente ligada à autonomia das mulheres sobre seus corpos. A relação direta entre esses conceitos foi sintetizada pela ativista norte-americana Monica Simpson, diretora executiva da organização *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective*. Os princípios que a organização defende são que toda mulher deve ter o direito humano de decidir se e quando vai ter um filho e as condições nas quais vai dar à luz; de decidir se não vai ter um filho e as opções para prevenir ou interromper uma gestação; de cuidar dos filhos que tenha, com o apoio necessário e em comunidades saudáveis, sem medo da violência, seja de indivíduos, seja do governo; e

por último, deve ter o direito à autonomia sobre seu corpo, livre de todas as formas de opressão reprodutiva.

O conceito de Justiça Reprodutiva é o esboço de uma síntese entre as lutas por justiça social e tem origem nos embates por autonomia das mulheres negras. Integrantes de uma delegação de mulheres da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, acontecida no Cairo em 1994, retornaram aos Estados Unidos e, no estado de Illinois, redigiram um primeiro documento em que desenvolviam a estratégia para exigir que as propostas de reformas do sistema de saúde integrassem o acesso ao aborto

Ativista Monica Simpson denuncia governo Trump, que ameaça direitos sexuais e reprodutivos e separa crianças de suas mães



e necessidades das mulheres negras. Elas integraram os conceitos de direitos reprodutivos, justiça social e direitos humanos para cunhar o termo Justiça Reprodutiva.

“Nossa visão sobre justiça reprodutiva é que ela se dará quando todas nós tivermos poder político e econômico e recursos para tomar decisões saudáveis sobre os nossos corpos, sexualidade e reprodução, para nós mesmas”, disse ela em uma das grandes tendas, para uma emocionada plateia quase exclusivamente feminina. Desde o início desta década, segundo Monica, uma “guerra contra as mulheres” acontece nos Estados Unidos, com restrições ao aborto, realização de ultrassonografias obrigatórias, desfinanciamento de ações de planejamento familiar e aumento da violência contra a mulher.

Sob o governo de Donald Trump, segundo a ativista, estão sob ameaça a maior parte dos direitos sexuais e reprodutivos que poderiam tornar concreto o conceito de justiça reprodutiva. Um exemplo é a separação das crianças de suas famílias, a ponto de serem presas se seus pais estão em situação de imigração ilegal. “Isso não é isolado, não é um caso à parte”, mencionou a ativista, com relação ao acesso ampliado a assistência em saúde reprodutiva e aborto, que é legal em vários estados do país, mas faz parte de uma política de criminalização das comunidades marginalizadas e da violência contra a mulher.

“HÁ UM ATAQUE AO PENSAMENTO CRÍTICO SOBRE GÊNERO”

Em 2017 um ônibus-protesto circulou pela Espanha com os dizeres “Os meninos têm pênis, as meninas têm vulva. Não deixe que te enganem”. A organização internacional que planejou a campanha nomeou o veículo de “ônibus da liberdade de expressão”. No Brasil, a visita da escritora Judith Butler, estudiosa da teoria *queer*, também em 2017, foi acompanhada de protestos. No Chile, em 2018, três mulheres que se manifestavam pela despenalização do aborto foram esfaqueadas nas ruas de Santiago. Estas ações têm em comum o fato de atacar uma suposta “ideologia de gênero” e fazer campanha contra ela, associando-a a uma ameaça a valores da família. Para Sônia Correa, que atua no Observatório de Sexualidade e Política, da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), é urgente olhar criticamente este fenômeno, que é seu objeto de estudo. “É uma agenda que ataca a educação sexual, os direitos das pessoas trans, a questão das novas estruturas de família e a identidade de gênero”, resumiu a pesquisadora em sua palestra sobre “Políticas Antigênero”, apresentada no Abrascão. Em entrevista à *Radis*, a investigadora associada do Departamento de Estudos de Gênero da *London School of Economics and Political Science* e autora de várias publicações na área dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres alertou que é preciso compreender a questão e “não achar que isso é mais do mesmo, do que já é conhecido do dogmatismo religioso, seja católico, seja evangélico, em relação a essas questões”.

O que você entende por “ideologia de gênero”?

Eu e outros pesquisadores estamos chamando de campanhas antigênero. Só se deve usar a terminologia “ideologia de gênero” entre aspas porque uma coisa importante é não replicarmos, não reproduzirmos a mesma semântica que os atores e forças envolvidos nas campanhas antigênero estão usando. Não devemos reforçar o campo semântico de quem tem feito ataques virulentos à democracia sexual e de gênero, às concepções mais abertas, plurais e plásticas de gênero e de sexualidade.

As campanhas antigênero são ataques aos direitos sexuais e reprodutivos?

Os direitos sexuais e reprodutivos têm uma pauta mais ampla. O ataque não é específico a direitos sexuais e reprodutivos, é a isso que eles conceberam como “ideologia de gênero”, e a dimensão de direitos como ao aborto é uma das pautas que sofrem ataque. É um ataque ao pensamento crítico sobre gênero. Quando essas forças fazem um ataque, elas não fazem um ataque a gênero formulado dessa forma, mas um ataque a algo que é plástico e um ataque fundamentalmente normativo — são normas da linguagem, são normas do Estado, ou seja, leis, que determinam essa construção. O que é muito importante nesse embate é saber de onde isso vem. Conhecer a genealogia disso, que é uma fabricação ideológica, e aqui eu não posso fugir do termo ideologia. Compreender que não é uma formação nacional, local, são formações nacionais com uma origem transnacional que, entretanto, assumem formas muito diversas em cada contexto. Essa fórmula fabricada permite isso porque é uma espécie de “cesta vazia” onde cabe muita coisa, com muita flexibilidade para se adaptar a contextos específicos.



EDUARDO DE OLIVEIRA

Qual é a origem desse pensamento conservador? Como abordá-lo como objeto de estudo?

São campanhas, não são políticas locais, vinculadas a um tecido muito complexo de articulações globais, que tem no seu centro, na sua origem, aquela instituição transnacional que é a mais antiga da História que é a Igreja Católica. O Vaticano está no centro dessa elaboração de ideias e estratégias. Embora não seja uma campanha de um único ator nesse momento. Vem de uma elaboração de intelectuais católicos e papas, mais especificamente de Joseph Ratzinger (papa Bento XVI), que mesmo antes de ser escolhido papa já tinha feito essa elaboração, nos anos 90. Devemos entender do que se trata, tratar as campanhas antigênero como produção e objeto de pesquisa. Não é muito produtivo ter apenas reações “epidérmicas” [de repulsa, raivosas].

Quais são as pautas mais atacadas pelos formuladores desta “cesta”?

Os estudos sobre gênero estão no centro, mas estas campanhas têm permitido reunir uma série de agremiações, experiências, fatos políticos, não necessariamente associados, que passam pela educação sexual nas escolas e o casamento de pessoas do mesmo sexo. Esse guarda-chuva permite uma agenda ampla e flexível, que vai ser aplicada de diferentes maneiras em diferentes lugares. Eu acho que compreender isso, ter um entendimento, análise crítica, é o passo mais importante que temos que dar.

O campo da Saúde está preparado para compreender e enfrentar esse tipo de campanha?

No campo da Saúde, o tema das ciências biológicas e da biopolítica está no centro dos estudos, então certamente temos que refletir sobre isso. Porque um dos aspectos que apoia as campanhas e produções bibliográficas antigênero é um giro biologizante, um giro naturalizante, um apelo à “verdade da ciência”, especialmente da biologia, como âncora. Essas forças vão argumentar que o pensamento antigênero estaria de acordo com o que diz a ciência biológica. Uma concepção não dogmática da ciência, uma concepção democrática e pluralista é o caminho a se perseguir nesse debate. (E.B.)



O ESTIGMA DO INIMIGO PÚBLICO

DISPUTA POR TERRITÓRIOS ACENTUA PERDAS DE DIREITOS
E EXCLUSÃO DE GRUPOS SOCIAIS

ADRIANO DE LAVOR

No começo dos anos 2000, o sociólogo polonês Zygmunt Bauman criticou a opção feita na modernidade pelo modelo de desenvolvimento que tem, como um dos efeitos colaterais, a produção de “refugo humano”. Refugiados e migrantes econômicos, populações e atividades tradicionais, sistemas de produção não associados à acumulação de capital são entraves à evolução do modelo e, portanto, considerados “inaptos” ou “deslocados”, sustenta o teórico.

Um dos aspectos que torna visível esta situação de exclusão e desigualdade é a luta travada por grupos para se manterem em seus próprios territórios: “Nós vivemos na zona do sacrifício; ninguém quer a gente naquele lugar”, declarou emocionada a marisqueira Eliete Paraguassu, ao descrever a luta de 10 mil pessoas em permanecer na Ilha de Maré, em Salvador, e preservar o território pesqueiro na Baía de Todos os Santos (*Radis* 129).

Integrante do Movimento dos Pescadores e Pescadoras Artesanais da Bahia, ela esteve no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão), onde denunciou a dificuldade de manter sua atividade profissional e sobreviver em um cenário disputado por grandes empreendimentos e ameaçado pela poluição química: “Nosso

povo está sendo mutilado pela ganância”, alertou a ativista, que considera não ser possível discutir o direito ao território sem falar em racismo ambiental. “Tudo isso acontece porque é terra de pretos e pretas”, disse a ativista. Lágrimas nos olhos, Eliete relatou como crianças e jovens estão adoecendo por conta da contaminação das águas por cádmio, chumbo e mercúrio, metais pesados que também têm causado elevada mortalidade de peixes e mariscos, essenciais para a alimentação das 500 famílias que lá vivem. “Se não nos matarem por tiro, vão nos matar de veneno”, advertiu.

Racismo e disputa por terra também aparecem na resistência protagonizada pelos povos indígenas brasileiros. A historiadora e antropóloga Jane Beltrão, da Universidade Federal do Pará (UFPA), trouxe ao congresso uma análise que produziu sobre o conteúdo do Relatório Figueiredo — documento com mais de 7 mil páginas, elaborado em 1967 pelo procurador Jader de Figueiredo Correia, que descreve violências praticadas por latifundiários brasileiros e funcionários do Serviço de Proteção ao Índio contra índios brasileiros entre 1940 e 1960, e que passou 45 anos desaparecido.

Jane relatou que além de casos de encarceramento, escravidão e tráfico humano, o relatório registra assédio e espancamento de mulheres e crianças, envenenamento, inoculação do vírus da varíola, além de sonegação de medicamentos e tratamento — “simplesmente pelo fato de serem indígenas”. Sob o olhar atento da plateia, ela leu trechos do relatório que descrevem situações em que indígenas tiveram tornozelos e joelhos triturados por coronhadas de revólver, além de outras práticas cruéis de tortura, desterro, execução de pessoas e até de chacinas de coletivos.

A pesquisadora, que defende uma “política indigenista” para o país, considerou que tais violações tiveram origem em “uma política indígena racista, que desloca e desterra”, que não puniu nenhum dos servidores acusados dos crimes e que promoveu o que é pior para os povos tradicionais: a perda de seus territórios. Tais violências parecem se atualizar, alertou Jane, citando relatos de alunos indígenas que denunciavam envenenamento de comunidades por agrotóxicos.

Os relatos se referem a denúncia feita pela organização não governamental Operação Amazônia Nativa (Opan), que em abril de 2018 divulgou imagens de um avião agrícola pulverizando veneno na Terra Indígena Marãiwatsédé, na região noroeste de Mato Grosso, onde vivem povos da etnia Xavante, como registrou o portal G1 (14/4).

“Os índios e a luta por seus direitos se tornaram novamente inimigos públicos”, avaliou a sanitarista Luiza Garnelo, pesquisadora do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazonas). Ela considera que os indígenas são marcadores no processo de perda de direitos, salientando que o momento é de contraste entre os ganhos constitucionais e a crescente perda de direitos e cidadania. “As opressões hoje são plenamente legais”, sinalizou.

Luiza apresentou dados de pesquisa recente realizada na região do Alto Rio Negro, no Amazonas, onde investigou a relação entre o acesso às políticas de trabalho e geração de renda e o consumo alimentar e circulação de mercadorias nas comunidades. O impacto se deu, segundo ela, não somente na compra de roupas, implementos agrícolas e equipamentos eletrônicos, mas também nas relações sociais e até na condução do movimento político.



“Nenhum grupo social pagou com tanto sangue o período da ditadura quanto nós”, comentou o líder indígena Wiliam Xakriabá, também professor da UFPA. Ele partiu dos casos relatados pelo Relatório Figueiredo para acentuar a presença das desigualdades na história dos povos indígenas no país — realidade que, para ele, também se reflete na assistência à saúde (ou na falta dela). Wiliam criticou com ênfase o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado em 1999, por considerar que este deveria ser complementar, ao invés de “tomar o lugar” dos sistemas tradicionais. “Não se discutiu o conceito de saúde indígena; não se levou em consideração o que seria saúde para nós”, argumentou.

MODELOS EM DISPUTA

Também presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) de Altamira (PA), William reivindicou novas epistemologias que possam dar conta das singularidades não atendidas pela medicina e saúde oficiais. “Não existe somente o SUS, assim como não existe somente a medicina tradicional”, salientou. “Os sistemas precisam conversar, mas como conversar com alguém que não te reconhece? Como dialogar com alguém que não te respeita como sujeito de direitos? Uma conversa tem que ser horizontal, se não é monólogo”, criticou.

William defende a revitalização dos sistemas tradicionais de cura indígena, de maneira a incluir tradições e crenças. “Feitiço não tem CID”, ironizou, referindo-se à Classificação Internacional de Doenças, reivindicando o reconhecimento, por parte da saúde, de que há problemas “que os médicos não podem tratar” e reforçando a relação entre saúde indígena e território. “Isso não tem nada a ver com posse ou propriedade, mas sim com pertencimento ao lugar. Ninguém é dono da mãe”, assinalou.

A luta que une os grupos marginalizados não é, no entanto, apenas pelo direito ao território, mas sim por um modelo alternativo de desenvolvimento para o país, acenou Fernando Carneiro, pesquisador da Fiocruz Ceará. “Estes movimentos sociais representam grandes forças contra a barbárie”, disse ele, destacando que grupos como os trabalhadores sem-terra, agricultores familiares, mulheres e povos das águas são muito potentes na disputa por um novo modelo de sociedade — o que inclui outro conceito de saúde.

Coordenador geral do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), o economista João Pedro Stédile demonstrou preocupação com este momento de “agudização” do conflito entre dois modelos de produção agrícola e exploração da natureza. Ele identifica de um lado o agronegócio, modelo do capital, cujo objetivo é o lucro, e de outro o modelo de agricultura camponesa, comprometida com a produção de alimentos saudáveis para a população.

O primeiro está comprometido com empresas multinacionais de laticínios, sementes e fertilizantes e busca produtividade máxima em tempo mínimo, por meio da mecanização e das monoculturas; o segundo investe na função social da terra, valorizando o trabalho familiar e buscando a policultura. “Estes dois modelos não conseguem conviver no mesmo território”, sinalizou Stédile, advertindo que o agronegócio não se sustenta em longo prazo, já que desequilibra o ambiente e causa doenças.

Ele citou como exemplo a falta de água em cidades próximas ao Cerrado, “a caixa d’água do Brasil”, e o aumento de casos de câncer relacionados ao consumo de alimentos contaminados com agrotóxicos. Stédile aposta na agroecologia,

“Nosso povo está sendo mutilado pela ganância, denunciou a marisqueira Eliete Paraguassu, da Ilha de Maré, na Bahia




EDUARDO DE OLIVEIRA

um modo de trabalho diverso ao “modelo predador”, “um conjunto de técnicas que consegue aumentar a produtividade em equilíbrio com a natureza”.

SAÚDE E DEMOCRACIA

Coordenador da ONG Agricultura Familiar e Agroecologia (AS-PTA) e vice-presidente da Associação Brasileira de Agroecologia (ABA), o agrônomo Paulo Petersen também aposta na perspectiva transformadora da agroecologia — e da sua relação com a saúde (*Radis* 190). Para isso, sustentou, é preciso defender a democracia como base para um novo modelo de desenvolvimento — que se apoie, entre outros pilares, na noção de que alimento e saúde são bens comuns, e não mercadoria. Paulo lembrou que oito entre 10 fatores que pré-determinam doenças têm origem na alimentação, incluindo falta de acesso à comida ou à comida de qualidade (*Radis* 186). “Saímos do mapa da fome e entramos no mapa da obesidade”, criticou.

Na fala que fez no Abrascão, ele pleiteou ser importante desmistificar a ideia de que o agronegócio é “salvador da pátria”, já que este se apoia na produção de matérias primas e, cada vez mais na importação de alimentos e de fertilizantes. “Quem se apropria da riqueza gerada pelo agronegócio?”, questionou, argumentando que a prática interfere em questões políticas, como a definição de trabalho escravo e o conteúdo do Código Florestal. “A narrativa ‘agro é pop’ esconde uma produção ideológica que não tem base empírica”, assinalou.

Paulo convocou os que defendem a saúde a tirar da invisibilidade práticas populares que apresentem novas soluções econômicas e diferentes relações com a natureza, que sejam emancipatórias e possam ser disseminadas em rede e convidou os colegas da academia a se aliarem ao conhecimento produzido “de baixo para cima”, a partir de outras bases epistemológicas, colocando o conhecimento científico a serviço das forças que defendem aqueles que estão vivos. 

PUBLICAÇÕES

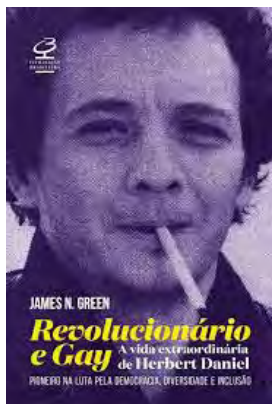
Creche como direito



Resultado das discussões e debates promovidos ao longo da disciplina “Direito à Infância e à Educação: Educação Infantil em creches, uma história das mulheres”, ministrada por Maria Amélia de Almeida Teles no curso de licenciatura em Pedagogia na Unicamp, **Porque a creche é uma luta das mulheres? Inquietações femininas já demonstram que as crianças pequenas são de responsabilidade de toda a sociedade** (Pedro &

João Editores), organizado por ela, Ana Lúcia Goulart de Faria e Flávio Santiago, situa a creche como um espaço de direito construído coletivamente, em textos que tratam de temas como a promoção da equidade, a luta do movimento feminista pela sua construção, a divisão sexual do trabalho e a maternidade compulsória, entre outros.

Ativismo em biografia



Importantes momentos na luta pela democracia e pela saúde estão retratados nas páginas de **Revolucionário e Gay – A vida extraordinária de Herbert Daniel** (Editora Record), onde o historiador James Green resgata a vida do ativista, conhecido por sua atuação revolucionária contra a ditadura militar e seu engajamento em defesa do meio ambiente e dos direitos das mulheres, dos homossexuais e da população negra e indígena. O livro também narra a trajetória da personagem na articulação, em todo o país,

do movimento pela garantia dos direitos de pessoas que vivem com HIV/aids – ação que lhe deu reconhecimento internacional, apresentando-o como uma ponte vital entre antigos revolucionários e novos ativistas de movimentos sociais.

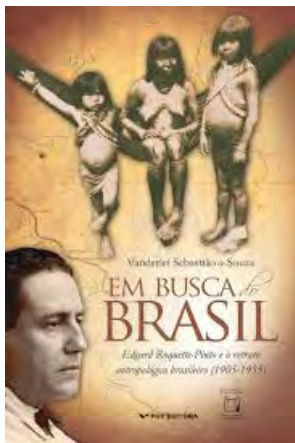
Austeridade e saúde



Os resultados das políticas de austeridade no Brasil agravaram a recessão, defendem Ana Luíza Matos de Oliveira, Esther Dweck e Pedro Rossi, autores de **Economia para poucos – Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil** (Editora Autonomia Literária). O livro traz um diagnóstico sobre os efeitos das políticas de cortes no Brasil, como o agravamento do desemprego, da desigualdade, da miséria, da violência urbana, do desmatamento, das epidemias, entre outros.

Parte do conteúdo da obra foi utilizada na produção do relatório “Austeridade e retrocesso – impactos da política fiscal no Brasil”, apresentado em agosto em audiência pública na comissão de Direitos Humanos do Senado, e está disponível em <https://goo.gl/N1b6HQ>.

Brasil antropológico



Vencedor do Prêmio Associação Nacional de História (ANPUH) de teses em 2012, Vanderlei Sebastião de Souza fez um estudo sobre a história da antropologia física nas primeiras décadas do século 20, registrado no livro **Em busca do Brasil – Edgard Roquette-Pinto e o retrato antropológico brasileiro** (FGV Editora/Editora Fiocruz), propondo um diálogo entre o pensamento do pioneiro do rádio no Brasil e interlocutores de sua época, como Euclides da Cunha, Alfredo Ellis Junior, Manoel Bonfim, Renato Kehl e

Gilberto Freire, que traz à tona discussões sobre o nacionalismo e a questão racial e conferem um olhar mais complexo sobre o país, a ciência e a política.

EVENTOS

8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

O evento, lançado pela Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco durante as reuniões prévias do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aconteceu em julho na Fiocruz, terá como tema “Igualdade nas diferenças: enfrentamentos na construção compartilhada do bem viver e o SUS”.

Data 26 a 30 de setembro de 2019

Local João Pessoa, PB

Info www.abrasco.org.br

1º Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

A partir do tema “Segurança do Paciente como direito: reduzir riscos com a contribuição de todos”, o evento recebe inscrições de trabalhos até 28 de fevereiro de 2019. Entre os temas estão a segurança do paciente como política pública de saúde, soluções e inovações para a qualidade do cuidado e o engajamento das pessoas, familiares e comunidade.

Data 05 a 07 de junho de 2019

Local Rio de Janeiro

Info www.sobrasp2019.com.br/index.php

PreP

e a prevenção combinada do HIV: uma reviravolta urgente

Jacob Milnor *

A atual situação do HIV no Brasil é de extrema urgência, sobretudo para os grupos mais vulneráveis como adolescentes, gestantes e populações queer, como transgêneros e homens que fazem sexo com homens (HSH). A taxa de detecção de novos casos de HIV triplicou entre homens entre 15 e 19 anos de idade na última década, e duplicou entre os que têm entre 20 e 24 anos; a taxa de casos de aids entre HSH aumentou de 35% a 46% no mesmo período, quando comparada às demais categorias; os jovens HSH agora representam cerca de 40% dos todos os casos de HIV no Brasil;

Houve um aumento de 28% nos diagnósticos de HIV em gestantes desde 2006. Também nos últimos 10 anos aumentou a proporção de HIV entre pardos e negros em 37% — quando comparados aos brancos; por outro lado, houve uma queda de quase 22% para os brancos, na mesma medida. Uma pesquisa de 2018 registrou prevalência de HIV entre mulheres trans por volta de 40% pro Rio de Janeiro e São Paulo, e, espantosamente, por volta de 60% em Porto Alegre.

A cara do HIV no Brasil é cada vez mais jovem, negra, feminina e *queer* — aspectos tipicamente oprimidos em sistemas patriarcais. É impossível separarmos as questões sociais das questões epidemiológicas quando falamos de HIV, e os dados reverberam isto. Paradoxalmente, também nos últimos 10 anos surgiram várias inovações em métodos e metodologias de prevenção, tanto no mundo quanto no Brasil. Estes incluem métodos biomédicos, como profilaxia pré e pós exposição (PrEP e o PEP, respectivamente), tratamento como prevenção (TasP), e métodos sociocomportamentais, como prevenção combinada e alfabetização de prevenção (*prevention literacy*). Muitas dessas pesquisas inovadoras, como PrEP e TasP, foram conduzidas inclusive no Brasil, em locais como a Fiocruz e o Hospital Geral de Nova Iguaçu (RJ), entre outros. Em 2015, o Unids declarou o fim de aids iminente devido a estes avanços, mas tanto no Brasil quanto nos outros países do Sul Global, a face e situação atual do HIV ainda representam um desafio enorme, mas não inexorável, frente a este otimismo apresentado pelo Norte.

O SUS, em particular, se encontra à mercê de políticas e medidas de austeridade. Apesar da sua aprovação em 2017,

o PrEP sofre com implementação incompleta e preconceitos que limitam seu acesso, sobretudo aos grupos mais afetados pelo HIV. O debate sobre o PrEP envolve questões de comportamento de risco entre os homens brancos cisgêneros, o que atrapalha seu potencial como ferramenta de empoderamento — ou de estabelecer esquemas de saúde queer — ambas melhor definidas e melhor acessíveis.

É necessário enfatizar que, como profissionais de saúde, é imprescindível que continuemos a promover a camisinha e o sexo seguro, mas não ignorar que as pesquisas têm demonstrado que os grupos mais afetados pelo HIV, sobretudo HSH, precisam e querem alternativas além do uso de preservativo. O nosso dever não é castigar e influenciar nas escolhas do outro, mas, como agentes de saúde pública, ajudar as pessoas a entenderem e personalizarem seu risco individual não só em relação ao HIV, mas também para outras DSTs.

O PrEP e a prevenção combinada podem ser um ato político para viabilizar tudo isso, e no ambiente em que nos encontramos agora, deve ser. O PrEP é muito mais do que tomar um comprimido diariamente, é um programa complexo de saúde sexual. Precisamos nos aproveitar disso para levantar o conhecimento sexual nas populações mais vulnerabilizadas pela sociedade. Temos que colaborar com elas, temos que aprender sobre elas. Para isso, é preciso trabalhar juntos com elas.

Não podemos simplesmente enfrentar questões de implementação sem enfrentar essas questões críticas sociais, e vice-versa. O HIV é fomentado pelo estigma, pela vulnerabilidade e pelo ódio. É o nosso dever, como ativistas, como sociedade civil e como profissionais de saúde, enfrentar e combater esses dois lados da crise — tanto epidemiológica quanto social —, sobretudo quando esses grupos mais afetados (jovens, trans, mulheres, negros etc) também são desumanizados dentro da própria comunidade LGBT (uma olhada em qualquer aplicativo gay pode confirmar isso).

Precisamos procurar e localizar dentro de nós preconceitos sobre como tratar e prevenir o HIV e nos divorciar deles. O nosso status quo não está funcionando e o HIV vem crescendo. O PrEP e a prevenção combinada do HIV oferecem uma reviravolta urgente para melhor combatermos essa crise no Brasil.



Jacob Milnor é epidemiologista social e pesquisador do Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz).



TRÊS DÉCADAS DE LUTA

Mais de 100 pesquisadores brasileiros, de todas as regiões do país, reunidos em uma reflexão sobre os avanços, limites e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde ao longo de 30 anos.

Acesse já em <https://goo.gl/UeHo7W>
ou escaneie o código QR

