

NESTA EDIÇÃO

Equívoco e clientelismo

Análise de matéria jornalística na seção 'Toques da Redação'

10ª ExpoEpi

O poder da comunicação na vigilância em saúde

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 102 ♦ fevereiro de 2011

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

www.ensp.fiocruz.br/radis



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



FIOCRUZ

Mala Direta Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Metade dos municípios brasileiros ainda despeja resíduos a céu aberto, mas cenário vem melhorando nas últimas duas décadas

Hésio Cordeiro
Novas bandeiras para a saúde



Regular a comunicação, desafio do novo governo

Bruno Domínguez

Deixar a carga do cidadão a escolha dos meios de comunicação nos quais deve confiar é pouco. Para quatro autores de artigos publicados no suplemento temático *Políticas de Comunicação, democracia e cidadania* da *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* (Reciis), lançado em evento na Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fiocruz, em novembro de 2010, regular a comunicação segundo o interesse da sociedade é um dever democrático do Estado, mesmo que para isso tenha de enfrentar interesses corporativos.

“Parte dos interesses das corporações coincide com os da sociedade, mas apenas parte”, observou durante o debate o pesquisador argentino Guillermo Mastrini, da Universidade de Buenos Aires, apoiado na experiência de seu país, que aprovou a *Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual* (mais conhecida como *Ley de Medios*). Na Argentina, a aprovação do texto foi objeto de uma “campanha de descrédito incomum”, por parte das principais empresas de comunicação, descreve Guillermo no artigo *O processo de regulação democrática da comunicação na Argentina*. Em sua avaliação, a resistência evidencia que esses grupos defendem um sistema de meios de comunicação baseado na concentração de propriedade, na centralização da produção e na ausência de meios públicos não governamentais.

Guillermo destacou como principal avanço da lei a reserva de 33% de todo o espaço radioelétrico – por onde transitam as ondas eletromagnéticas – para organizações sem fins lucrativos, de forma a garantir uma comunicação mais plural e transparente. “Falta um país grande cumprir o seu dever nesse sentido”, provocou ele, incentivando a presidenta Dilma Rousseff a seguir o exemplo de sua colega Cristina Kirchner.

A expectativa do pesquisador Marcos Dantas, da Escola de Comu-



Mastrini, na mesa com Álvaro (E), Marcos e Bia, e a 'Ley de Medios', da Argentina: “Apenas parte dos interesses das corporações coincide com os da sociedade”

nicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), é que Dilma aprofunde o diálogo com os movimentos populares iniciado por Lula e ponha em prática as medidas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Comunicação (Confecom), realizada já no fim do governo passado. Um novo desafio, indicou, é estender o sistema de regime público às plataformas convergentes de comunicações (banda larga e telefonia celular, por exemplo). Dantas afirma que é em torno do conteúdo que a discussão deve se dar – já que este é “produtor de ideologias”.

A discussão precisa incluir os movimentos sociais, como defendeu Bia Barbosa, representante do coletivo Intervezes, organização que luta pela democratização da comunicação. Para ela, a Confecom deve ser vista como um primeiro passo no caminho da institucionalização de um modelo de participação popular para o desenvolvimento de políticas democráticas de comunicação.

O pesquisador Álvaro Nascimeto, da Fiocruz, fez uma ressalva: é necessário que as vozes dos movimentos sociais sejam realmente ouvidas, e não haja apenas um simulacro de participação. Ele criticou, em especial, o modelo de consultas públicas adotado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), na elaboração de um novo modelo

regular para a propaganda de medicamentos. De acordo com sua pesquisa, o setor regulado, isto é, a indústria farmacêutica, equivaleu a apenas 10% dos participantes da Consulta Pública 84/2005, mas viu-se representado em 61% do texto da nova norma reguladora, ao passo que entidades científicas, de ensino e pesquisa e profissionais de saúde, que somaram 59,6% dos participantes da consulta pública, não viram contempladas quaisquer de suas propostas encaminhadas à Anvisa. A sugestão de proibição total dessas propagandas para o grande público, apoiada em documento assinado por 133 especialistas no uso correto do medicamento que incluía o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, não foi sequer considerada pela agência, contou.

COMO ACESSAR

A Reciis publica trabalhos científicos voltados para a compreensão da dinâmica da saúde na sociedade contemporânea e suas relações com as áreas da informação, comunicação e inovação. Revista do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), existe apenas em versão virtual, que pode ser acessada no endereço <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/>.



Problema e solução

Nessas décadas de triunfo do neoliberalismo, o artifício para sustentar soluções prontas independentemente de sua adequação às realidades foi a repetição à exaustão de um discurso único. Esse modelo neovelho de primazia do capital contou (conta) com o apoio da mídia para validar de forma tautológica as soluções, isto é, pela reafirmação delas mesmas como forma de sua comprovação. Assim, não importa o problema, a melhor solução será a que interessar ao capitalismo voraz.

A dialética progressista dos séculos recentes recomenda outro caminho. Partir do diagnóstico da realidade para depois chegar às soluções, tratando as teses como possibilidades e avaliando cada alternativa conforme a realidade; conhecer o problema e suas implicações em profundidade, para buscar alternativas para um mundo sustentável e pessoas saudáveis, por exemplo. Não se trata apenas de pertencer a um lado ou outro, mas de se escolher o que focar primeiro – o problema ou a solução.

Nesta edição, um exemplo de problema grave – resultante dos modelos de desenvolvimento adotados até o momento – cuja falta de solução afeta diretamente a saúde das pessoas e do ambiente. Metade das cidades brasileiras está afogada em lixo. Há dez anos era ainda pior, 72% dos municípios despejavam tudo em lixões a céu aberto, fora o que nem era recolhido. Nossa reportagem traz um diagnóstico do problema, ouve especialistas, mostra bons exemplos de soluções encontradas e conta histórias de pessoas comuns

que construíram suas vidas coletando e reciclando materiais. Após 20 anos sendo varrida para baixo dos tapetes no Congresso Nacional, lei assinada pelo ex-presidente Lula, em dezembro de 2010, determina que em todas as cidades, até 2015, o poder público terá que fazer coleta seletiva de lixo, aproveitar o material reciclável e destinar corretamente o restante em aterros sanitários, enquanto as empresas serão encarregadas de recolher seus produtos e embalagens aproveitáveis após o uso. À sociedade caberá o desafio também de reduzir o consumo e fazer a separação do que descarta.

Artigo na seção Pós-Tudo aprofunda a discussão sobre os impactos da modernização da sociedade, recorrendo ao sociólogo Zygmunt Bauman para alertar sobre a produção de “refugo humano”, com a exclusão social e a invisibilidade daqueles considerados “dispensáveis” nesse modelo de desenvolvimento. Contra esse processo de tornar pessoas irrelevantes para a participação econômica e política e para receber o devido cuidado por parte do Estado e da sociedade, construiu-se, desde os anos 1970, o arcabouço teórico, ético e político da Reforma Sanitária brasileira. Dele resultou o Sistema Único de Saúde. O que se conhece de bom no SUS é apenas um desenho inicial do que virá se lutarmos por ele. Com uma entrevista exclusiva do professor Hésio Cordeiro, homenageamos um dos precursores dessa luta.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

- ♦ Regular a comunicação, desafio do novo governo 2

Editorial

- ♦ Problema e solução 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Radis adverte

6

Toques da Redação

7



Lixo

- ♦ O ‘primo pobre’ do saneamento básico 8
- ♦ Gramacho, uma história ilustrativa 10
- ♦ De lixão a centro de tratamento 11
- ♦ Proteção, saúde e auto-estima em alta, entre os catadores de Campinas 13



10ª ExpoEpi

- ♦ Comunicação em prol da vigilância em saúde 15
- ♦ Diversidade de temas nas experiências premiadas 17

Entrevista

- ♦ Hésio Cordeiro: “A saúde perdeu um pouco suas bandeiras” 18

Serviço

22



Pós-Tudo

- ♦ O futuro longe da lata de lixo 23

CARTUM



ROSÂNGELA PIZZOLATTI



CARTAS

SAÚDE MENTAL



Parabenizamos pela reportagem *Para além da saúde mental! A palavra é intersectorialidade*, da *Radis* 97, material que me foi emprestado por um colega. Sou psicóloga e trabalho na Apae de Miguel Pereira (RJ) e no CRAS III do município de Mendes (RJ), e me sentiria muito honrada com a possibilidade de ser assinante da *Radis*.

♦ Socorro Malkes, Miguel Pereira, RJ

▣ *Cara Socorro, para tornar-se assinante da Radis, você deve entrar no site www.ensp.fiocruz.br/radis, fazer seu cadastro e aguardar. A assinatura é gratuita, mas sujeita a aumento de tiragem. Nesse meio tempo, você pode acessar a coleção completa da revista, em versão digital, no mesmo site.*

SAÚDE DA CRIANÇA

Olá, pessoal! Sou enfermeira e estou me especializando em Psicopedagogia. Tenho imenso prazer quando recebo a *Radis*, e, a cada mês, aprendo mais com vocês. Fico ansiosa esperando pela revista, que nos traz muito conhecimento, nos favorecendo bastante como profissionais da área da Saúde e Educação e como cidadãos. Considero a *Radis* porta de entrada para a formação de opinião e para o conhecimento aprofundado do SUS. Gostaria de sugerir que a revista publicasse ainda mais artigos sobre saúde da criança e do adolescente, tais como: psicologia da aprendizagem, auto-estima e transtornos de aprendizagem.

♦ Solange Gomes da Silveira, Rio de Janeiro

▣ *Cara Solange, com certeza, voltaremos a esses temas. Por ora, recomendamos a leitura das edições 44, 70 e 88, entre outras. Acesse as mais antigas em www.ensp.fiocruz.br/radis*

SAÚDE DO HOMEM

Sou médica do Ambulatório de Saúde do Homem, projeto piloto em Brasília,

que vem atendendo a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Estamos nos reestruturando e gostaríamos de contar com o seu apoio, no sentido de recebermos a indicação de algum material.

♦ Maria Aparecida Narciso Murr, Distrito Federal

▣ *Cara Maria Aparecida, sugerimos a edição 74 da Radis, que tem como matéria de capa a saúde do homem. Você pode acessar e efetuar busca em toda coleção da revista pelo site www.ensp.fiocruz.br/radis.*

SUGESTÃO DE PAUTA

Sugiro que se prepare uma edição destacando o grande cientista Hermann Gonçalves Schatzmayr [virologista brasileiro, 1936-2010]. Talvez seja pouco escrever sobre a vida deste ícone da Medicina Veterinária brasileira. Acreditamos que este cientista, que doou sua vida à ciência (em particular, à Virologia), merece ser imortalizado no bronze, pelo legado que deixou para a humanidade.

♦ Aristeu P. Gonçalves, presidente da Academia de Medicina Veterinária do Rio de Janeiro, RJ

RADIS TAMBÉM AGRADECE

Gostaria de agradecer à *Radis*, pela possibilidade e o privilégio de ter a assinatura desta revista, e de parabenizar a todos que fazem parte dela, sempre apresentando matérias atuais e importantes, não só para o profissional de saúde, mas para o público em geral. Parabéns!!!

♦ Karilena Karlla de A. Pedrosa, Natal, RN

Agradeço a oportunidade que a Fiocruz dá às pessoas de ter a assinatura de uma revista de tanta qualidade e gratuita. Isso está me ajudando a fazer trabalhos de pesquisa em meu curso de técnico em Nutrição. A revista tem linguagem fácil de ser entendida e assuntos super-recentes.

♦ Thalita Ribeiro Mazzoni, Juiz de Fora, MG

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 72.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

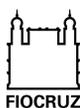
Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lator e Bruno Dominguez (Milênio)

Arte Dayane Martins (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Benigno



Ministério
da Saúde



Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Lucas e Vitor Gomes Neto (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho

Endereço

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

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

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

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

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

Site www.fiocruz.br/ouvidoria

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

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

NOVO MINISTRO QUER SAÚDE NO CENTRO DA AGENDA DO PAÍS

A necessidade de a Saúde ser compreendida como central para o crescimento sustentável da economia do país foi defendida pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso de posse (3/1). “Por mais que tenhamos consciência da importância do SUS, esse grande projeto de inclusão social, ainda persiste, por vezes, o sentimento de que a Saúde não está no centro da agenda de desenvolvimento”, observou o ministro, logo no início de sua fala. “Nunca um presidente da República na sua mensagem inicial ao povo brasileiro se comprometeu tão fortemente com a consolidação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde”, disse, referindo-se a um dos compromissos assumidos pela presidenta Dilma Rousseff.

Padilha ressaltou que iniciativas como o Bolsa Família e metas como a evolução na Educação Básica só se concretizam em parceria com a Saúde e seus trabalhadores. “Nós sabemos que esse país não cresce sem a força dos mais de quase 10 milhões de trabalhadores da Saúde espalhados por várias cidades”, afirmou. “Não queremos só o Brasil como a quinta economia do mundo. Queremos que o conjunto do povo brasileiro se sinta parte dessa quinta economia do mundo”.

Padilha comprometeu-se — e os jornais de maior circulação optaram por destacar, em detrimento do restante da fala do ministro — a buscar reduzir o tempo de espera por atendimento no SUS. Ele lembrou que os dados da Pnad indicam que 86% dos atendidos no SUS consideram o sistema satisfatório. “As pessoas só dizem que é satisfatório quando entram. E a grande reclamação é exatamente o não acesso, a espera, a demora”, analisou. “Tenho, como ministro da Saúde, uma obsessão: perseguir a garantia do acolhimento de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde daquelas pessoas. Este tem que ser um objetivo quase único deste Ministério”. O ministro propôs também a criação de um indicador nacional de qualidade, conhecido de toda a população e convocou governadores, prefeitos e secretários a um esforço em prol de se consolidar o “modelo de pactuação” e de “política pública interfederativa” que caracteriza o SUS. “Foi importante o processo de descentralização, mas sabemos que a integralidade só se constrói quando

você tem uma rede de atenção à saúde, de vários níveis”. O diálogo com estados e municípios deverá se dar em prol também do financiamento da saúde, e da regulamentação da Emenda Constitucional 29. “Nós precisamos ter regras claras de financiamento sustentável”, afirmou, apontando que deverá ficar claro também qual é o volume de recursos que cada nível da Federação tem que investir, “e o que é investimento em saúde neste país”. O novo ministro abordou, ainda, a questão da saúde suplementar, que, afirmou, não pode ser negligenciada pela saúde pública e com a qual deverá ser construída um agenda comum.

NOVA BACTÉRIA: VIDA EXTRATERRESTRE?



Equipe da Universidade do Arizona, nos Estados Unidos, descobriu uma bactéria cuja composição contém arsênio como substituto ao fósforo. Encontrada em um lago da Califórnia, a bactéria redefine o que até hoje se considerava como elementos químicos básicos da composição de todos os seres vivos — carbono, hidrogênio, nitrogênio, oxigênio, fósforo e enxofre —, o que abre espaço para novas concepções de vida, não baseadas nas formas conhecidas, informou o Portal G1 (2/12). A descoberta, que ainda está em investigação, foi divulgada pela Nasa, agência espacial americana, buscando responder especulações sobre a possibilidade de vida extraterrestre. O arsênio, encontrado na bactéria, não é um elemento químico tóxico ao corpo. A Nasa considera que a descoberta aponta para a possibilidade de existirem formas de vida em planetas que não têm fósforo na sua atmosfera.

No Brasil, está em fase de conclusão o primeiro centro de Astrobiologia — que estuda a origem, a evolução e a distribuição da vida no Universo, informou a *Folha de São Paulo* (4/2). O espaço ficará em Valinhos (SP) e aproveitará a infraestrutura do Instituto de Astronomia, Geofísica e Ciências Atmosféricas da USP. Uma das primeiras máquinas a entrar em funcionamento será uma câmara de simulação, para testar a sobrevivência

de organismos, como bactérias, em situações que imitam ambientes extraterrestres equivalentes à nossa lua ou a Titã (lua de Saturno). O Brasil já tem cientistas que trabalham com Astrobiologia, mas ainda não havia um lugar que reunisse equipamentos para pesquisas. Na América Latina, só existia um centro de Astrobiologia, na Colômbia. Lá, pesquisadores estão estudando bactérias capazes de sobreviver nas condições adversas de Marte.

HOMICÍDIOS ENTRE ADOLESCENTES

Estudo do governo federal estima que 33 mil adolescentes entre 12 e 18 anos serão assassinados em período de sete anos, informou o *Correio Braziliense* (9/12). É uma média de 4,7 mil vidas perdidas anualmente, mais que o dobro do número de vítimas fatais da gripe suína em 2009, no país (2 mil). Os dados foram calculados a partir do Índice de Homicídios na Adolescência (IHA), ferramenta elaborada há três anos pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, em parceria com entidades como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), para medir a violência letal nessa faixa etária. Foram utilizados dados de mortalidade de 2007 do Ministério da Saúde.

O IHA já teve outras duas edições, com a cidade de Foz do Iguaçu (PR) sempre se mantendo na dianteira no ranking de municípios de maior índice de adolescentes assassinados, com taxa de quase dez homicídios para cada mil adolescentes. A causa estaria no fato de se tratar de região de fronteira, associada ao contrabando e ao tráfico de drogas. Já no Nordeste, em especial, as regiões metropolitanas de Recife, Salvador e Maceió, aparecem como mais problemáticas, com oito das 20 cidades com maior IHA. Para o sociólogo Ignácio Cano, do Laboratório de Análise da Violência da Uerj, um dos pesquisadores do projeto, o dado referente ao Nordeste surpreendeu. “Essa região nunca esteve entre as mais violentas. Verificamos, então, que mesmo diante do crescimento econômico lá no último ano, a violência não caiu”, afirma o especialista. Entre fatores de risco apontados pelo estudo estão a cor, o gênero e os meios utilizados. Meninos têm 12 vezes mais chances de ser assassinados do que meninas. Os negros correm risco quatro vezes maior. E a probabilidade de morrer por arma de fogo é seis vezes superior às

demaís formas. Para Carmen de Oliveira, subsecretária nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, as condições de acesso aos serviços básicos que o Estado deveria oferecer a todos os cidadãos fazem toda a diferença na vida do adolescente. “O pico da evasão escolar é o momento do assassinato e também o pico da internação para cumprimento de medidas socioeducativas”.

Casimira Bengé, que coordena o Programa de Proteção à Infância do Unicef, sugere que o tema do racismo seja trabalhado nas salas de aula, no esporte, na cultura. Ela lembra que, das 530 mil crianças de 7 a 14 anos fora da escola no país, 330 mil são negras. “Precisamos de políticas específicas para garantir que as crianças salvas da mortalidade infantil não acabem morrendo na adolescência”, destaca. Para Ignácio Cano, o que está por trás do fator raça é a condição socioeconômica, de acordo com a pesquisa. Os dados sugerem que se invista em políticas públicas não só na faixa dos 20 aos 24 anos. “É preciso começar a trabalhar na adolescência”, disse Inácio Cano.

BRASIL EM ALTA NA COMUNIDADE CIENTÍFICA

A pesquisa científica brasileira foi tema de sete páginas da revista americana *Science*, em dezembro, elogiando o “florescimento da ciência no Brasil”. O fato foi divulgado nos principais jornais e revistas do país. De acordo com o *Correio Braziliense* (6/12), o destaque na revista americana foi o terceiro obtido pelo Brasil em 2010, indicando que o aumento de recursos, pessoal especializado e estudos está chamando a atenção da comunidade internacional. Em julho, a revista *Nature* havia dedicado reportagem, seguida por um editorial, sobre esses avanços. Em outubro, o país foi o primeiro da América do Sul a ganhar um capítulo no relatório anual de ciência da Unesco.

A reportagem da *Science* trata dos novos achados da Petrobras, apontando que um crescimento da economia e a descoberta das reservas na camada pré-sal colocam a ciência brasileira em alto patamar; apresenta o caso do neurocientista Miguel Nicolelis, que encabeça, nos Estados Unidos, uma das mais avançadas linhas de pesquisa sobre o mal de Parkinson, e criou o Instituto Internacional de Neurociências de Natal (RN); e destaca que, como anfitrião da Copa do Mundo de 2014 e das Olimpíadas de 2016, o Brasil está cheio de autoconfiança. A revista informa que, entre 1997 e 2007, o número de artigos publicados em periódicos especializados mais do que dobrou, colocando o Brasil na 13ª posição em termos de publicações — acima de Israel, Suécia e Holanda — e que milhares de novos empregos foram abertos nas universidades federais. Isso foi possível devido ao financiamento das pesquisas, que deu um salto nos últimos anos. Mas, na reunião regional da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o chefe do Departamento de Difusão e Popularização da Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), Ildeu de Castro Moreira, afirmou que os recursos, bem como desenvolvimento e o financiamento privado ainda estão aquém do necessário. Em nota oficial, a SBPC ressaltou o êxito da ciência brasileira e pediu a continuidade das ações do ministério.

MOSQUITO DA DENGUE TRANSMITE NOVA DOENÇA

O combate aos focos do mosquito *Aedes aegypti* tornou-se fundamental não só na prevenção da dengue, como de uma nova doença, que teve três casos detectados no país, em 2010: a chikungunya. Comum em países da África e da Ásia, a doença ainda não circula em território brasileiro — as três pessoas foram afetadas durante viagens ao exterior, à Índia e Indonésia, tendo apenas os sintomas manifestos no Brasil. O Ministério da Saúde aumentou a vigilância contra a chikungunya e prepara medidas para impedir a circulação do vírus causador da doença. O melhor método de prevenção é o combate aos focos do mosquito, não deixando água parada, informou *O Globo* (9/12). Segundo o pesquisador Pedro Tauil, do Núcleo de Medicina Tropical e um dos que investiga os casos no Brasil, é baixo o risco de surgirem casos contraídos no próprio território. Ele explicou que é preciso que os mosquitos se infectem com sangue de pessoas doentes no período de transmissibilidade, de cerca de 5 dias, após o início dos sintomas.

“Tendo em vista a distância das áreas endêmicas atuais (ilhas do Pacífico, do Oceano Índico e Sudeste asiático), é possível, mas pouco provável, que pessoas infectadas cheguem ao Brasil no período de transmissibilidade”. Os sintomas da dengue e da chikungunya são parecidos, mas um em especial caracteriza a nova doença: a febre alta vem acompanhada de dores nas articulações muito fortes que impedem que o paciente caminhe normalmente (daí o nome chikungunya ou “aqueles que se dobram”, em uma das línguas oficiais da Tanzânia). Na dengue, as dores são predominantemente musculares. A infecção leva até sete dias para se manifestar.

O Ministério da Saúde prepara cartilhas para fornecer à rede do SUS, para ajudar os profissionais de saúde a identificarem possíveis casos da doença, e aguarda o recebimento das amostras de vírus vindas do Centro para Controle de Doenças dos Estados Unidos, para que outros laboratórios brasileiros possam produzir os antígenos usados nos exames de detecção do chikungunya. Por enquanto, somente o Instituto Evandro Chagas, referência nacional para doenças tropicais, localizado em Belém, tem capacidade de realizar os exames.

CRÍTICAS E ELOGIOS AO ACORDO DE CANCÚN

Os quase 200 países reunidos na Conferência do Clima da ONU (COP -16), em Cancún, México, aprovaram pacote para combater o aquecimento global no mundo, informou *O Estado de São Paulo* (12/12). Entre as decisões está a criação de um Fundo Verde para permitir que os países em desenvolvimento recebam recursos das nações industrializadas para reduzir suas emissões de CO₂. Também foi estabelecido o mecanismo de Redução de Emissões por Desmatamento e Degradação Florestal (Redd), relevante para países com florestas, como o Brasil. Por meio dele, pode haver a compensação financeira para quem mantiver suas matas. Embora as medidas não tenham a ambição considerada necessária para resolver o problema, o resultado foi visto como importante para a manutenção das negociações multilaterais e como passo fundamental em direção ao fechamento de um acordo com valor jurídico no futuro, apontou o jornal. A Bolívia tentou bloquear o acordo, considerando-o um recuo, alegando falta de consenso. A presidenta da COP-16 e ministra das Relações Exteriores do México, Patricia Espinosa, rebateu, respondendo que consenso não quer dizer unanimidade. O documento, chamado de Acordo de



toques da redação



SAÚDE, UM BOM NEGÓCIO – A entrevista concedida a *O Globo* (29/12) pelo presidente da Amil, Edson Godoy, é um flagrante da deturpação no entendimento do artigo 196 da Constituição – “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Publicada, não por acaso, na seção *Negócios & Cia* do jornal, a entrevista, tanto nas respostas quanto nas perguntas, realça com impressionante naturalidade a visão privatista da saúde, tida ao longo da conversa como uma mercadoria – de grande valor, por sinal. “Saúde é negócio em escala?”, é uma das perguntas da jornalista. Resposta afirmativa do entrevistado, que enumera as conquistas da empresa carioca para tornar-se líder no mercado paulista, aponta que, para “ganhar em escala”, é preciso oferecer “produtos” para todas as classes,

seja “classe alta”, seja a “classe C”. Na entrevista, o lado empresário do entrevistado parece falar mais alto que o do cidadão. “Rezo para a saúde pública melhorar”, diz ele, para, no entanto, completar que “o Brasil tem grande chance de ter metade da população na saúde pública e metade na iniciativa privada. Hoje, são 23% nos planos”. Ou seja, o desejo não é que o SUS atenda satisfatoriamente a todos os brasileiros, e sim que os planos de saúde dobrem seu atendimento – uma aposta no fracasso da saúde pública brasileira. Bem alertou o ex-ministro José Gomes Temporão no seu discurso de passagem de cargo (4/1), para o risco de “americanização” do SUS: “Com uma mão tiram recursos do setor público e com outra aplicam no privado. É o apartheid social”.

INTERESSE NADA JORNALÍSTICO – O sabidamente insuficiente orçamento da Saúde foi tratado como “verbas bilionárias”, em matéria, também do jornal *O Globo* (6/1), que põe os R\$ 77,3 bilhões reservados para a pasta em 2011 no centro de uma suposta disputa de cargos entre o PT e o PMDB. Além de cometer equívocos preconceituosos,

como chamar o usuário do Sistema Único de Saúde de “dependente do SUS”, a matéria passa a ideia de que existem bilhões de reais a serem loteados de acordo com interesses político-partidários, sem chamar atenção para o fato de que esses recursos estão alocados para o atendimento das demandas de saúde da população. O texto, nitidamente escrito sob encomenda, trata o Estado do ponto de vista de interesses particulares, e comete um outro engano absurdo. A Fiocruz aparece como uma das instituições “cobiçadas” no loteamento de cargos, ignorando-se que a instituição obedece rigorosamente há mais de duas décadas a um estatuto inovador e exemplar na gestão pública. O regimento estabelece mandato de quatro anos para seus dirigentes, que são indicados pelo voto da comunidade da Fiocruz, em lista tríplice, ao ministro da Saúde e ao presidente da República. Os diretores das 17 unidades técnico-científicas vinculadas à Fundação também são escolhidos por mérito e votos e têm mandatos a cumprir. Nem um único cargo da instituição está à disposição de barganhas e clientelismo.

Cancún, veio ao encontro de expectativas que vinham sendo alimentadas desde a COP 15, na Dinamarca, quando já se esperava obter um pacote de decisões. A ministra do Meio Ambiente do Brasil, Izabella Teixeira, deu nota 7,5 para o acordo e classificou o documento como “equilibrado, embora não seja perfeito”. Ela gostaria que tivesse sido definido no texto o segundo período de compromisso do Protocolo de Kyoto, o que não ocorreu – o primeiro período se encerra em 2012. Para a organização WWF, os países saem de Cancún com “renovado senso de boa vontade e de propósito” e que um processo rumo à decisão sobre o segundo período de compromisso foi iniciado, para ser concluído em Durban, este ano, na COP-17. Para o secretário do Fórum Brasileiro de Mudanças Climáticas, Luiz Pinguelli Rosa, em artigo publicado no jornal *O Globo* (20/12), Cancún foi um fracasso transformado em êxito, com aprovação de “medidas pontuais, como um Fundo Verde, o financiamento pelos países desenvolvidos para mitigação e adaptação e compensações pela redução de desmatamento”. Pinguelli observa que, embora se reitere o limite de 2° C no aumento da temperatura global até o fim do século, não se estabeleceu como isso pode ser obtido, pois nenhuma meta foi definida.

DERIVADOS DO TABACO E NOVAS REGRAS DA ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou (28/12) a proposta CP 117/2010, que traz inovações quanto às restrições de venda dos produtos derivados do tabaco. O documento, em consulta pública, propõe que esses produtos não poderão estar mais expostos ao público, somente em tabacarias, locais destinados ao comércio de tabaco. Outra novidade sugerida é a inclusão, nas embalagens dos produtos, da frase *Tabagismo é doença. Você tem direito a tratamento - Disque Saúde 0800-611997*. Essa frase deverá ocupar 50% da parte inferior da área de maior face visível ao público, que não possua advertência sanitária. Uma das faces já é ocupada 100% pela advertência sanitária com uma imagem. Contribuições à proposta podem ser enviadas por escrito para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Produtos Derivados do Tabaco (Avenida Graça Aranha 206, 2° andar, Centro - Rio de Janeiro, RJ, CEP 0030-001), por fax (61-3462-6790) ou e-mail (controle.tabaco@anvisa.com.br), até 31 de março de 2011.

MARIA DA PENHA CRIA INSTITUTO PARA MONITORAR LEI

Completo um ano o instituto que a farmacêutica cearense Maria da Penha, inspiradora da lei que pune a violência contra a mulher, criou, no Recife (PE). O Instituto Maria da Penha busca monitorar a lei que também leva o nome de sua criadora e capacitar mulheres, por meio de cursos, para que se tornem multiplicadoras em áreas vulneráveis, informou o *Globo Online* (24/12). Vítima de violência doméstica, depois de ter sobrevivido a atentado praticado pelo ex-marido que a deixou paraplégica, Maria da Penha usou seu drama para encorajar outras mulheres a denunciar abusos. Com a promulgação da Lei nº 11.340, em 7 de agosto de 2006, a farmacêutica passou a não dar conta da quantidade de denúncias que lotavam sua caixa de e-mail, em busca de orientação. Os cursos do instituto têm atraído também os homens. Em abril de 2010, Maria da Penha recebeu o título de Mulher Coragem, concedido pela Embaixada dos Estados Unidos. 

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

LIXO

FOTOS: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

O 'primo pobre' do saneamento básico

Destino dado aos resíduos sólidos melhorou nos últimos 20 anos, mas investimento tardio levou a atraso no atendimento da demanda do país



Em Nova Iguaçu, o aterro sanitário da CTR é preparado com dupla impermeabilização para receber os resíduos sólidos, que antes passam por triagem

Katia Machado*

Os lixões a céu aberto ainda são o destino final dos resíduos sólidos em 50,8% dos municípios brasileiros, ou em 2.810 cidades. O dado é da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) 2008, do IBGE, que afere a oferta de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais e manejo de resíduos sólidos. Responsáveis pela decomposição da matéria orgânica, liberando os gases carbônico e metano na atmosfera e poluindo o solo e os lençóis freáticos, esses vazadouros de resíduos sólidos a céu aberto provocam fortes impactos ambientais e estão diretamente associados a doenças como leptospirose, leishmaniose, cólera, salmonelose, desintéria, e à proliferação de vetores, como moscas, baratas, ratos, pulgas e mosquitos. "Outros problemas ligados ao destino inadequado do lixo são a poluição dos mananciais, pelo chorume (líquido escuro que escorre do lixo), e a contaminação do ar, pela queima do lixo, provocada ou natural", aponta a pesquisadora Débora

Cynamon Kligerman, do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Débora explica que o lixo foi durante muito tempo o *primo pobre* do saneamento básico. "Na década de 70, época de forte investimento feito na área e com o advento do Plano Nacional de Saneamento Básico (Planasa), destinaram-se mais recursos ao abastecimento de água, componente que estava diretamente ligado à mortalidade infantil, depois em esgoto e, por fim e muito pouco, em lixo", disse. "Foi somente no fim da década de 80 que se começou a falar de saneamento ambiental, englobando água, esgoto, lixo e drenagem, ou seja, todos os braços do saneamento".

Nos últimos 20 anos, o panorama do destino dado ao lixo veio mudando para melhor. Essa trajetória ascendente culminou com a recente Política Nacional de Resíduos Sólidos, criada pela Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, e regulamentada em decreto de 23 de dezembro de 2010, do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva. O texto, que tramitou durante duas décadas no Congresso, é considerado um marco, pois propõe melhorar a gestão do lixo a partir da divisão de responsabilidades entre a sociedade, poder

* Colaborou Bruno Dominguez



O lixo é depositado formando camadas de cinco metros, em platôs, e coberto em no máximo 24 horas, evitando-se sua exposição

público e iniciativa privada. No compartilhamento das tarefas, cabe ao poder público apresentar planos para o manejo correto dos materiais; às empresas, o recolhimento dos produtos após o uso; e, à sociedade, participar dos programas de coleta seletiva e reduzir o consumo. Entre outras determinações, a lei obriga a substituição de lixões por aterros, até 2015, e proíbe a importação de resíduos.

Segundo a PNSB 2008, em 1989, os lixões representavam o destino final de resíduos sólidos em 88,2% dos municípios; em 2000, o índice caiu para 72,3%, chegando aos 50,8%, em 2008. Já os aterros controlados — espaços *remediados*, adjacentes aos lixões, que recebem cobertura de argila e grama para proteger o lixo da água da chuva, e podem captar o chorume — representavam o destino de 9,6% do lixo, em 1989, subindo para 22,3%, em 2000, e para 22,5%, em 2008. Os aterros sanitários, medida mais adequada para o despejo do resíduo sólido — preparados previamente, com nivelamento de terra e selamento da base com mantas de PVC, impedindo que o lençol freático se contamine com chorume (como informa o site lixo.com.br) — saltaram de 1,1%, em 1989, para 17,3%, em 2000, e 27,7%, em 2008. As regiões que mais destinam seus resíduos aos lixões, segundo dados de 2008, são Nordeste (89,3%) e Norte (85,5%). Já as regiões Sudeste e Sul apresentaram os menores percentuais: 18,7% e 15,8%, respectivamente.

INICIATIVAS BEM-SUCEDIDAS

O avanço no que se refere à destinação correta do lixo, ainda que

insuficiente diante da demanda, pode ser observado em algumas experiências bem-sucedidas, como a extinção do antigo lixão da Marambaia e a criação da Central de Tratamento de Resíduos (CTR), em Nova Iguaçu, a revitalização do antigo lixão de Gramacho, localizado em Caxias (RJ), e a criação da Usina Verde, próxima ao Hospital Universitário da UFRJ, todos no Estado do Rio de Janeiro, e o projeto Catadores Encantadores, que se desenvolve em Campinas (SP).

Em Nova Iguaçu, a 50 quilômetros do Rio de Janeiro, o lixão da Marambaia foi extinto em 2003. No mesmo ano, começou a funcionar a Central de Tratamento de Resíduos Nova Iguaçu S.A., fruto de investimentos do Grupo S.A. Paulista. A central compõe-se de aterro sanitário e industrial que permite o confinamento seguro do lixo, garantindo controle da poluição ambiental e proteção da saúde pública, uma unidade de tratamento de resíduos de serviços de saúde, uma unidade de tratamento do chorume e aproveitamento energético do biogás, uma unidade de britagem de entulho e uma unidade de gerenciamento de resíduos industriais que inclui um laboratório. Além disso, conta com um centro de educação ambiental e viveiro de mudas de Mata Atlântica (ver matéria na pág. 11).

Maior aterro sanitário da América Latina, Gramacho recebe, por dia, mais de 7 mil toneladas de lixo proveniente de três municípios da Baixada Fluminense e, também, da cidade do Rio de Janeiro. O agora chamado aterro de lixo controlado, possui uma usina de biogás. O chorume produzido pelo lixo está sendo bombeado para a usina, que vende o biogás para a Refinaria de Duque de Caxias (Reduc), da Petrobras (ver box na pág. 10).

Já a Usina Verde, que teve parte da tecnologia desenvolvida pela Coppe/UFRJ, trabalha com a incineração de lixo urbano. Considerada tecnologia



Débora: com a Política de Resíduos Sólidos, avanço no padrão de consumo e mais responsabilidade para quem gera o lixo

limpa, por destruir termicamente os gases poluentes produzidos no processo, liberando na atmosfera apenas vapor de água e CO₂, sem causar danos ambientais, a usina foi inaugurada em 2004, na Ilha do Fundão, próximo ao Hospital Universitário, e recebe diariamente 30 toneladas de resíduos sólidos, já pré-tratados, provenientes do aterro sanitário da Companhia de Limpeza Urbana do município, no bairro do Caju. Na unidade, os resíduos passíveis de reutilização ou de reciclagem são retirados; o restante é incinerado. Os gases ácidos resultantes da incineração do lixo são lavados com água alcalinizada, ocorrendo, então, uma reação química que transforma as substâncias em sais minerais e água.

GESTÃO DO LIXO EM LEI

Para Débora Cynamon, a Política Nacional de Resíduos Sólidos representa uma alteração da postura nos padrões de produção e consumo, prática do princípio dos 3 Rs (redução, reutiliza-

ção e reaproveitamento dos resíduos), prevendo gestão integrada de resíduos sólidos e responsabilidade compartilhada, além de incentivos creditícios, fiscais e financeiros e inclusão das organizações formais de catadores. A pesquisadora destaca também na nova política a logística reversa, em que o fabricante do resíduo sólido é também responsável pelo seu descarte. “Ou seja, o gerador é responsável por recolher o próprio lixo”, observa. Em sua avaliação, isso representa um avanço e quem sabe mudança no padrão de consumo. “A política dá maior responsabilidade a quem gera o lixo”, elogia Débora. Ela explica que se levou muito anos para aprovar o novo código, pois havia por trás interesses de mercado. “A política reorganiza a produção e isso significa gastos que os geradores não queriam ter”, analisa.

Cabe aos geradores, ainda, garantir segurança dos processos produtivos, manter informações atualizadas, permitir a fiscalização, recuperar áreas degradadas e contaminadas sob sua res-

ponsabilidade e desenvolver programas de capacitação continuada. Ao Distrito Federal e aos municípios, cabe adotar tecnologia para absorver ou reaproveitar os resíduos sólidos reversos dos sistemas de limpeza urbana e dar disposição final ambientalmente adequada aos dejetos, bem como articular com os geradores a estrutura necessária para garantir o retorno dos resíduos sólidos reversos sob sua responsabilidade.

FABRICANTES E IMPORTADORES

Aos fabricantes e importadores, cabe adotar tecnologia para coletar, absorver ou reutilizar os resíduos e informar ao consumidor sobre as possibilidades de reutilização e tratamento dos produtos, advertindo sobre riscos ambientais resultantes do descarte inadequado.

Aos revendedores, comerciantes e distribuidores, a nova política propõe receber, acondicionar e armazenar temporariamente os resíduos sólidos do sistema reverso sob sua responsabilidade,

Gramacho, uma história ilustrativa

A história do Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho – em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense (RJ) – reflete em parte a demora na evolução das políticas brasileiras de destinação de lixo. Maior aterro sanitário da América Latina, começou a funcionar a céu aberto em 1978. Em 2005, a inexistência de medidas alternativas eficazes fez com que o terreno de 1,3 milhão de metros quadrados atingisse o que então se acreditava ser sua capacidade máxima. As pilhas de detritos alcançaram até 80 metros de altura.

Ainda assim, o aterro continuou aberto e o acúmulo de lixo provocou três acidentes geotécnicos – em 2006, 2007 e 2008. Em 2008, vistoria da Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema) encontrou rachaduras de até 40 centímetros no terreno, o que já indicava a possibilidade de vazamento de milhares de litros de chorume na Baía de Guanabara ou na foz do Rio Sarapuí.

Somente a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Comlurb) do Rio de Janeiro despeja mais de 6,7 mil toneladas de lixo por dia no aterro, segundo dados da própria Comlurb. Caxias, Nilópolis, Meriti e Queimados levam mais cerca de 1,5 mil toneladas ao local diariamente.

Em 1996, teve início processo para transformar Gramacho em ater-



Inicialmente lixão a céu aberto, Gramacho atingiu a capacidade máxima e será desativado

ro controlado – quando se adotam medidas para minimizar a agressão ao ambiente. De lá pra cá, houve cobertura dos resíduos sólidos com argila, melhoria do sistema de drenagem de águas pluviais e de coleta de chorume, captação dos gases por meio de poços, aplicação de barreira vegetal, criação de estação de tratamento de chorume e revitalização de 110 hectares de manguezal.

Em 2009, foi inaugurada a Usina de Biogás de Jardim Gramacho, considerado o maior projeto de redução de emissões de gases do efeito estufa no Brasil. A usina capta e queima o gás pro-

duzido pela decomposição da matéria orgânica, evitando a liberação de cerca de 75 milhões de metros cúbicos de metano para a atmosfera anualmente.

Jardim Gramacho é tema do documentário *Lixo Extraordinário*, dirigido pela britânica Lucy Walker e pelos brasileiros João Jardim e Karen Harley, que mostra o trabalho do artista plástico brasileiro Vik Muniz com os catadores do aterro. O filme foi premiado nos festivais de cinema de Berlim, Sundance, Paulínia, São Paulo e Amazonas, entre outros. A previsão é de que o aterro seja desativado ainda em 2011.



criar e manter centros de coleta para garantir o recebimento dos resíduos, informar ao consumidor a indicação dos pontos de coleta e divulgar mensagens educativas de combate ao descarte indevido e inadequado. Já ao consumidor, cabe acondicionar adequadamente e de forma diferenciada os resíduos sólidos, atentando para as práticas que possibilitem a redução da geração de lixo e, após a utilização do produto, efetuar a entrega dos resíduos sólidos reversos aos comerciantes e distribuidores, ou encaminhá-los aos postos de coleta.

A lei dispõe também sobre a formalização do trabalho dos catadores.

Cerca de 60 mil catadores trabalham formalmente, mas o número de informais chega a um milhão. De acordo com a PNSB de 2008, em todo o país, 26,8% dos municípios com serviço de manejo de resíduos sólidos sabiam da presença de catadores nas unidades de disposição final desses resíduos, a maioria nas regiões Centro-Oeste e Nordeste – 46% e 43%, respectivamente. Destacam-se os estados do Mato Grosso do Sul (57,7% sabiam da existência de catadores), Goiás (52,8%), Pernambuco (67%), Alagoas (64%) e Ceará (60%).

Na antevéspera do Natal do ano passado, o então presidente Lula es-

teve com catadores, como faz nessa data, desde 2003. Acompanhado da presidenta eleita Dilma Rousseff, assinou decreto que instituiu o Programa Pró-Catadores, ao qual cabe articular as ações do governo federal voltadas para esse grupo. Foram firmados, ainda, o convênio para aquisição de carrinhos elétricos pelas cooperativas de catadores, acordo de cooperação técnica para estruturar o Programa de Atendimento Jurídico da População em Situação de Rua no Estado de São Paulo e o Programa de Efetivação dos Direitos da População em Situação de Rua.

De lixão a centro de tratamento



O chorume, líquido proveniente do lixo, que, sem tratamento, polui os lençóis freáticos, é recolhido em espaços impermeabilizados

A montanha de resíduos que durante duas décadas formava o antigo lixão da Marambaia, no bairro de Adrianópolis, em Nova Iguaçu (RJ), trazendo malefícios ao meio ambiente e à população da redondeza, bem como aos cerca de cem trabalhadores que viviam daqueles resíduos, deu lugar a uma área reflorestada por mudas de Mata Atlântica. A mudança, iniciada em 2003, foi fruto de concessão da Prefeitura de Nova Iguaçu ao grupo S.A. Paulista que, em contrapartida, tornou-se responsável pela revitalização da área do antigo lixão e pela criação da Central de Tratamento de Resíduos Sólidos (CTR) Nova Iguaçu S.A.

Construída em uma área de 1,2 milhão de metros quadrados, a central

é composta por um aterro sanitário e industrial (que recebe também resíduos de indústrias), de grande porte, uma unidade de tratamento de resíduos de serviços de saúde, uma unidade de tratamento de chorume e aproveitamento energético do biogás, uma unidade de britagem de entulho e uma unidade de gerenciamento de resíduos industriais que inclui um laboratório. “Aqui temos 250 trabalhadores diretos, em média, e uns 100 trabalhadores indiretos”, informa o analista de Sistema de Gestão Integrada da CTR Nova Iguaçu, Aurimar Carvalho de Faria.

A unidade, destaca, recebe de 3 mil a 4 mil toneladas de lixo, por dia, o que representa 400 caminhões

de resíduos sólidos. O lixo, que chega nos caminhões, passa por controle de pesagem informatizado, e por controle da qualidade dos resíduos, realizado pelo laboratório instalado dentro da central, em parceria com o Centro de Tecnologia Ambiental (CTA) da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan).

Se não for infectante, o lixo é encaminhado ao aterro sanitário. Licenciado pela Secretaria de Meio Ambiente de Nova Iguaçu, pela agência estadual de controle ambiental (Feema) e pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), para operar no Estado do Rio de Janeiro, o aterro é formado por terreno de dupla im-



Marcelo: liberação de nitrogênio sem problema

permeabilização, com camada de 1,10 metros de solo argiloso compactado com baixíssima permeabilidade, protegida por manta de polietileno de alta densidade (Pead), o que impede qualquer passagem do chorume para o solo e o lençol freático. “Quando o lixo é jogado sobre o ter-



reno preparado, vem o trator que espalha os resíduos e, em seguida, um rolo compressor que compacta o lixo no solo, para não deixá-lo instável. No terreno do aterro, são

formadas camadas com platôs, a cada cinco metros, chamadas de cotas, e o lixo ali depositado tem que ser coberto num prazo máximo de 24 horas, evitando qualquer exposição”, explica Aurimar, no que se refere ao processo de tratamento dos resíduos sólidos. A vida útil do aterro termina em 2036. Ou seja, a área tem capacidade de receber e tratar os resíduos provenientes das residências e das indústrias por mais 25 anos.

No tratamento dos resíduos dos serviços de saúde, o CTR Nova Iguaçu utiliza tecnologia alemã de desinfecção térmica, substituindo assim a incineração. Os resíduos, nesse caso, vão para um equipamento compacto, que primeiramente tritura a massa para depois realizar uma desinfecção térmica contínua. Uma vez desinfetados, os resíduos podem ser destinados ao aterro sanitário.

DO CHORUME À ÁGUA

O chorume, líquido que nos lixões a céu aberto é responsável pela poluição dos lençóis freáticos e de águas subterrâneas, devido a sua elevada carga orgânica — sua aparência é bem escura e seu odor nauseante —, recebe tratamento na Estação de Tratamento de Efluentes (ETE), instalada na CTR Nova Iguaçu, próxima à área do aterro. O cuidado com esse líquido exige tecnologia sofisticada, mas o resultado é simples:



Aurimar: 3 mil toneladas de lixo por dia

o chorume vira água que serve para hidratar plantas e vias.

São dois sistemas de tratamento, o primeiro, responsável pela nitrificação do chorume, ou seja, pela oxigenação da amônia em nitrato. O segundo é responsável pela desnitrificação do chorume, ou seja, pela transformação dos nitratos e outras substâncias em gás nitrogênio (N₂). “O nitrogênio é liberado na atmosfera sem problema, pois é um gás inerte”, explica Marcelo Toste, químico e pós-graduado em Biologia Molecular, encarregado da ETE. O nitrogênio é um dos componentes da vida, para a produção de moléculas complexas necessárias ao desenvolvimento dos seres vivos, tais como aminoácidos, proteínas e ácidos nucleicos.

Na etapa seguinte de tratamento, o produto segue para o sistema de ultra-

filtração e nanofiltração. De acordo com Marcelo, são tratados 600 metros cúbicos por dia de chorume na ETE. “Como a produção no aterro, sazonalmente, é de mil metros cúbicos, o excedente é depositado em uma lagoa de equalização, de 4 mil metros cúbicos. Nas épocas de estiagem, quando tratamos em média 400 metros cúbicos de chorume, pegamos aquela reserva e completamos os 600 metros cúbicos”, explica.

DO LIXO À ELETRICIDADE

Na CTR, funciona ainda o projeto Novagerar, primeiro empreendimento do mundo a ser oficialmente inscrito no Mecanismo de Desenvolvimento Limpo (MDL) do Protocolo de Kyoto — assinado em 1997, e que conta com a adesão de 189 países, estabelecendo que os países ricos signatários reduzam suas emissões de gases de efeito estufa em 5% até 2012. De acordo com a norma MDL, os países comprometidos com o acordo poderão cumprir suas metas no país de origem ou fora, financiando e comprando créditos de carbono pela redução de emissões de gases do efeito estufa nos países em desenvolvimento. Pelo projeto Novagerar, a CTR Nova Iguaçu vende créditos carbono ao governo holandês. Na central, funciona ainda um viveiro de mudas de Mata Atlântica, onde trabalham ex-cataadores do extinto lixão da Marambaia, e o Centro de Educação Ambiental, aberto à comunidade, às escolas e aos colaboradores, onde são realizadas palestras, cursos, oficinas e eventos.



Tecnologia sofisticada, que inclui oxigenação, desnitrificação e nanofiltração, faz o chorume virar água, que pode ser usada para hidratar plantas e vias

Proteção, saúde e autoestima em alta, entre os catadores de Campinas

Prestar atendimento aos catadores informais de lixo é o foco do projeto *Catadores Encantadores*, da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP). O trabalho, que se propõe a incentivar catadores a desenvolverem ações de prevenção e controle da dengue nas áreas em que atuam, promover a saúde e prevenir riscos ambientais, se destaca por suas ações intersetoriais. Premiada na 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), realizada em 2009, a iniciativa envolve, além das equipes de controle ambiental da Covisa, que atuam diretamente no controle do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, profissionais das equipes de Saúde da Família — médicos, assistentes sociais e enfermeiros — e agentes comunitários de saúde, focados no cuidado desses trabalhadores.

“O projeto surge da percepção do aumento do número de catadores de lixo, da importância deles na retirada do lixo das ruas e dos riscos à saúde a que estão submetidos”, explica a psicóloga da Covisa Fernanda Borges. “Nós cuidamos da saúde desses trabalhadores informais, visitando-os em suas residências e trazendo-os para a unidade de saúde mais próxima”, reforça o biólogo Ovandro Provatti, responsável pela vigilância em saúde da Região Norte de Campinas, onde está localizado o Centro de Saúde Anchieta, unidade idealizadora do projeto.

Definidas as áreas de atuação, segundo indicadores de risco, o trabalho se desenvolve da seguinte maneira: os trabalhadores são cadastrados e acompanhados mensalmente pelas equipes de controle ambiental que os orientam quanto ao cuidado e manejo do material reciclável, normalmente armazenado na porta de suas casas ou mesmo dentro de seus quintais, melhorando, assim, suas condições sanitárias e agregando ao lixo que recolhem e armazenam valor comercial; e são rotineiramente visitados por agentes comunitários de saúde. O projeto inclui também palestras, exposições e atividades lúdicas sobre temas inerentes ao trabalho desses catadores, distribuição de sacos para armazenamento de resíduos recicláveis e de luvas, e vacinação contra hepatite B, tétano e difteria (dupla adulto), doenças recorrentes



Zezinho registrou em música a “missão de preservar a natureza” com o trabalho que realiza



A catadora Ivanir criou empresa informal com a família: “é o melhor serviço que já arrumei”

nesse grupo. Segundo o banco de dados do projeto, dos 112 trabalhadores cadastrados, a maioria (51%) não havia tomado qualquer das vacinas, 20% deles tomaram apenas a vacina contra tétano e 29%, contra tétano e hepatite.

Sabe-se ainda que 59% dos catadores são mulheres e 41%, homens, que ajudam na reciclagem das 22 mil toneladas mensais de resíduos produzidos pela cidade de Campinas. A renda familiar desses profissionais varia, em sua maioria (20%), entre R\$ 400,00 e R\$ 499,00. Outros 20% recebem entre R\$ 500,00 e R\$ 599,00. Uma pequena parte (5%) tem renda familiar entre R\$ 900,00 e R\$ 999,00 ou mais. A maioria (quase 30%) tem entre 50 e 59 anos, seguida

por quase 20% de catadores com 40 a 49 anos. Apesar do pouco que recebem e do tanto que trabalham, os catadores sentem-se orgulhosos de seu trabalho. “O projeto ajuda a resgatar a autoestima e a valorizar o trabalho deles”, revela André Ricardo Freitas, coordenador geral do Programa de Dengue da Covisa, também integrante do projeto.

É o caso de Ivanir Martins dos Santos, 44 anos, catadora nas ruas de Campinas há cinco anos. Ela vive com a família em uma casa simples, muito bem cuidada, localizada em uma rua não asfaltada da comunidade do bairro de São Fernando, na zona Sul da cidade. “É o melhor serviço que arrumei até hoje”, comenta. “Nós ajudamos a lim-



José Francisco, aposentado, armazena na garagem de casa o lixo que recolhe: "o serviço de catador ajuda no sustento da família"



Alzira: em dias frescos, duas viagens com seu carrinho, para fazer o recolhimento. No caminho, uma passada pelo posto de saúde

par a cidade". Ela, seu marido, de 38 anos, o filho, de 26, e o genro, de 27 anos, formam uma pequena empresa informal de coleta e seleção de lixo e já não dependem mais de atravessadores, como são conhecidos os donos de ferros-velhos ou sucateiros, e negociam diretamente com as fábricas de resíduos recicláveis.



Ivanir e a família guardam todo o material que recolhem em frente à casa. Infelizmente, entre os sacões de lixo e a residência corre uma pequena vala de esgoto. Ela separa o lixo plástico, segundo o valor que cada categoria de plástico tem no mercado, do lixo de papel, de vidro, do cobre e das sucatas. "O poliuretano de alta densidade (PAD), por exemplo, custa R\$ 0,70 o quilo, já o PET (poli tereftalato de etila), R\$ 0,60, o PVC (poli cloreto de vinila), R\$ 0,40, e o plástico misto – quando um recipiente é feito por dois tipos de plástico –, R\$ 0,30", enumerou a catadora à equipe da *Radis*, gentilmente recebida em sua residência. Cada integrante da família é responsável por um tipo de material. Enquanto Ivanir cuida da coleta e da separação do lixo plástico e dos papéis, seu marido separa a sucata, o cobre e o metal. Da mesma forma, cada um tem seu valor: o cobre vende a R\$ 8,00 o quilo; o metal, a R\$ 4,00; já a sucata, a R\$ 0,15.

Aos 62 anos, José Vieira Matos – ou Zezinho Vieira, como é mais conhecido, trabalha sozinho há cinco anos recolhendo lixo pelas ruas. Diferentemente de Ivanir, ele costuma vender os resíduos sólidos recicláveis para o sucateiro. Ele negocia o plástico, por exemplo, sem separá-lo por categoria, a R\$ 0,30 o quilo. Zezinho, que mora em uma casa humilde na zona Sul da cidade, sai cedo pela manhã, volta para sua casa, separa todo o lixo, depositando-o encostado ao muro da casa, faz seu almoço e volta a trabalhar um pouco

mais à tarde. O catador também é músico. Por sinal, ele compôs uma música para os catadores de lixo, intitulada *Recicladores*. Na letra, ele fala de preservação da natureza como missão dos catadores. Ele também fala com orgulho de seu trabalho e do projeto Catadores Encantadores. "Já participei de muitos encontros", comentou.

O catador José Francisco de Oliveira, de 60 anos, trabalha com a esposa e o filho. Na garagem de sua casa, localizada no bairro Vila Anchieta, onde está o Centro de Saúde Anchieta, ele armazena e separa todo o lixo que recolhe. "Eu trabalho há quase dez anos. Sou aposentado e o serviço de catador ajuda no sustento da família", diz.

Outra catadora do projeto, atendida pelo Centro de Saúde Anchieta, Alzira Gomes Ramos, 69 anos, 27 netos e sete bisnetos, trabalha pelas ruas de Campinas há mais de 10 anos. Ela chegou a frequentar lixões extintos da cidade. Hoje, sai cedo com seu carrinho, mesmo depois de sofrer um derrame no joelho. Antes, porém, arruma a pequena casa,

na zona Norte, e separa todo o lixo nos sacos que recebeu da equipe do projeto. O lixo que recolhe fica também depositado na frente de sua casa, encostado no muro, e costuma revendê-lo a sucateiros. Ela separa o plástico, o vidro, o papel branco e o papel jornal. "Gosto muito do meu trabalho. Se o dia está fresco, faço duas viagens. Se muito calor, uma apenas", explica à equipe da *Radis*, também recebida por ela.

Ao sair toda manhã, Alzira costuma passar pelo posto de saúde e cumprimentar os profissionais que a atendem. Não à toa, na visita da *Radis*, que ocorreu junto com a dos profissionais do posto de saúde que a atende, a auxiliar de enfermagem Neide Rossique de Lima e a Agente de Saúde Sandra Correia de Carvalho aproveitaram para conferir um carço no rosto da catadora e orientá-la a procurar logo o médico. "Esse foi um trabalho desenvolvido com muito carinho e que demonstrou nosso apego pela comunidade", orgulha-se o médico do Centro de Saúde Anchieta, Leandro Bandeira. 



Fernanda (centro) e a equipe da Covisa, em Campinas: ações intersetoriais no cuidado com a saúde dos catadores informais renderam prêmio na Expoepi 2009

10ª EXPOEPI

Comunicação em prol da vigilância em saúde



Penna: "A comunicação é um dos elementos mais poderosos"



Carla: necessidade de ampliação dos núcleos de vigilância



Giovanini: variações no perfil epidemiológico da dengue



Hage: ações determinantes na pandemia do H1N1, em 2009

FOTOS: CAROLINA VENTURELLI/SVS

Katia Machado

O papel da comunicação no controle das endemias e pandemias esteve em foco, pela primeira vez, na décima edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), promovida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em novembro de 2010. O tema da comunicação deu título à conferência magna de abertura do evento, a uma das categorias da mostra competitiva — que premiou ao todo 16 experiências brasileiras bem-sucedidas no campo da vigilância (ver box), entre comunicações orais e pôsteres —, e pautou o painel que discutiu a cobertura da mídia a respeito da pandemia de influenza H1N1. "A comunicação é um dos elementos mais poderosos para a vigilância em saúde", salientou o então secretário de Vigilância em Saúde, Gerson Penna.

Na conferência magna, o chefe da Assessoria de Comunicação Social do ministério, Marcier Trombiere, observou que são desafios dos profissionais de comunicação que atuam na área da saúde fazer com que a informação chegue à população sem distorções ou ruídos, em sintonia com técnicos e profissionais, e gerenciar crises nos casos de epidemias e pandemias, no que diz respeito à mídia. O trabalho de gerenciamento de

crise relaciona-se, sobretudo, à vigilância constante da internet: "73% dos jornalistas baseiam-se nas notícias ali veiculadas em tempo real", justificou. No caso da pandemia de H1N1, em defesa da informação correta, foi montado plano de comunicação que contabilizou mais de 80 mil e-mails, participações em redes sociais, parceria com o *O Globo* online, além de intervenções em várias mídias e de entrevistas concedidas por Gerson Penna e pelo então ministro da Saúde, José Gomes Temporão (*Radis* 99). "Fazer uma comunicação voltada para a crise pressupõe falar diretamente à população", ensinou.

COBERTURA DA MÍDIA

No painel *A cobertura da mídia na gripe H1N1*, o plano de comunicação do ministério para o enfrentamento da pandemia foi mais uma vez destacado pelo coordenador de Publicidade da pasta, José Eduardo Dias, que aproveitou para explicar que as ações pautaram-se no Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza, cuja primeira versão fora elaborada em 2005, como resposta a uma possível chegada da gripe aviária ao Brasil. Eduardo também fez menção ao trabalho de planejamento das campanhas de vacinação contra a gripe — que, no Brasil, foi um das maiores do mundo. "Para cada segmento da população, foi preparado um material de campa-

nya específico", explicou. O trabalho desenvolvido foi reconhecido por toda a população. "A maioria da população (99%) soube da campanha", comemorou.

Do painel, também participaram as pesquisadoras Inesita Soares de Araújo e Kátia Lerner, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), que explicaram o trabalho de análise da cobertura da mídia sobre a pandemia, desenvolvido pelo Observatório Saúde na Mídia a pedido da Secretaria de Vigilância Sanitária. Coordenado pelo Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde do Icict, o Observatório — nascido em 2009 — usou textos de três jornais diários, publicados de 1º de maio a 31 de agosto de 2009, e noticiário de cinco jornais diários, entre oito de março e 31 de agosto de 2009. Pela metodologia de "análise social dos discursos", ou seja, do estudo da correlação entre texto e contexto, a pesquisa concluiu que, no caso da pandemia de H1N1, a Saúde ajudou a pautar a mídia, apesar da relação de desconfiança da imprensa com as autoridades. "A imprensa atribuiu um baixo valor-notícia às questões relacionadas às ações de prevenção e cura dos pacientes", explicou Kátia Lerner. De acordo com Inesita, o Observatório Saúde na Mídia é o único dedicado exclusivamente a relação entre os meios de comunicação e a saúde.

Seguindo a tradição, a 10ª Expoepi apresentou painéis e mesas

redondas cuja proposta principal foi discutir temas tecnicocientíficos da vigilância em saúde. O painel *Vigilância de doenças transmissíveis: avanços, desafios e agenda futura* focalizou o cenário epidemiológico das doenças transmissíveis, abordando as principais conquistas e dificuldades dos últimos anos e as perspectivas para o futuro. A vice-diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (Devep/SVS), Carla Domingues, apontou para a necessidade de ampliação dos núcleos de vigilância epidemiológica do Programa de Treinamento Aplicado aos Serviços do Sistema Único de Saúde (Episus) e da Rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs). Ferramenta de trabalho fundamental para coordenar o sistema nacional de vigilância em saúde, o Cievs, inaugurado em 2006, tem como foco as doenças que, pelo elevado potencial de disseminação e/ou riscos à saúde pública, necessitam de acompanhamento do Ministério da Saúde. Já o Episus, criado pelo ministério em 2000, tem entre suas missões formar epidemiologistas com capacidade científica para colaborar na resolução de problemas de saúde pública.

Carla considera que é necessário continuar e aperfeiçoar estratégias de vigilância que deram certo em 2010, como as coberturas vacinais de sarampo, rubéola e hepatite B; prosseguir com a imunização contra o sarampo e a rubéola em 2011, solicitando dessa forma à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a Certificação de Eliminação do Sarampo este ano, e, em 2012, a da rubéola; ampliar a população-alvo da campanha de vacinação da gripe comum, hoje limitada aos menores de dois anos, gestantes e profissionais de saúde; estreitar laços com a atenção básica; fortalecer a gestão; e melhorar os sistemas de informação.

ZOONOSES E POBREZA

Coube ao epidemiologista Wanderson de Oliveira, da Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDT/SVS), tratar dos avanços e desafios na prevenção e controle de zoonoses, normalmente ligadas à pobreza. “Dos 1.415 agentes patogênicos para o homem, 61% são zoonóticos”, citou, justificando a importância do tema. Ele apontou avanços na prevenção e controle da febre amarela, com aumento do número de técnicos treinados em todos os estados, formação do Comitê

Técnico Assessor em Febre Amarela e ampliação da rede de diagnósticos. Também elogiou o controle da doença de Chagas e da raiva humana, enfermidade que caiu expressivamente nos últimos anos. Mas lamentou quanto à prevenção e controle da leishmaniose, “um dos maiores problemas decorrentes das desigualdades”. Ele ressaltou a necessidade de reestruturação dos centros de controle de zoonoses e de maior articulação entre as três esferas de governo.

O epidemiologista Gerson Fernando Pereira, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DDSTAids/SVS), focalizou a aids, a sífilis e as hepatites virais. De acordo com Gerson, o panorama da aids começou a mudar no fim dos anos 90. Em 2000, o índice de mortes causadas pelo HIV estabilizou-se em torno de seis óbitos para cada 100 mil habitantes. Entre os homens, a taxa caiu, de 9,6, em 1998, para 8,1, em 2008. Já entre as mulheres, aumentou de 3,7, em 2000, para 4,1, em 2008. Em 1986, o país

A LEISHMANIOSE É AINDA UM DOS MAIORES PROBLEMAS DECORRENTES DAS DESIGUALDADES

WANDERSON DE OLIVEIRA

registrava em média 15 casos de aids em homens para cada ocorrência em mulheres. “A partir de 2003, a proporção passou a ser de 15 para dez”. Em 2007, a taxa de incidência foi de 22 notificações para cada 100 mil homens e de 13,9 para cada 100 mil mulheres. O perfil se modifica no grupo de 13 a 19 anos, em que o número de casos da doença é maior entre as meninas, destacou Gerson. “Desde 1998, essa faixa etária registra a proporção de oito casos em meninos para cada dez em meninas”, ressaltou com preocupação. “Hoje são 630 mil pessoas infectadas, 280 mil acompanhadas pelo sistema de vigilância, 230 mil em tratamento e 350 mil que ainda não sabem de sua condição”.

Gerson destacou os números relativos à sífilis na gestação e à sífilis congênita. Estima-se que 40 mil parturientes estejam com a doença e que há 12 mil casos de sífilis congênita a cada ano. No entanto, em 2007, a sífilis foi diagnosticada em 6 mil mulheres gestantes e a sífilis congênita em 5.201. “Muito aquém da

estimativa”. Em relação às hepatites virais, o panorama é de 124 mil casos de hepatite A notificados, entre 1999 e 2009, 96 mil de hepatite B, 60 mil de hepatite C e 1.605 de hepatite D. “São números expressivos que merecem atenção”, alertou.

ESTRATÉGIAS

No painel *Estratégias para o enfrentamento de epidemias e pandemias no Sistema Único de Saúde*, o foco do debate também esteve na pandemia de influenza H1N1, desta vez, no que diz respeito à importância do aprimoramento da vigilância em saúde, da capacitação de profissionais e do trabalho conjunto entre as três esferas do governo. O então diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP/SVS), Eduardo Hage, falou sobre a atuação do Ministério da Saúde durante a pandemia, em 2009. Segundo ele, algumas ações foram determinantes para a superação das dificuldades provocadas pela enfermidade, como a existência de um comitê para gerenciamento da emergência, a capacitação dos profissionais de saúde, a aquisição de equipamentos e medicamentos e a ampliação da capacidade da rede laboratorial. Ele também elogiou as estratégias de comunicação, especialmente a divulgação de material informativo na internet.

O painel abordou, ainda, a situação da dengue no país e as estratégias de controle da doença. O coordenador-geral do Programa Nacional de Controle da Dengue, Giovanini Coelho, destacou a importância do aprimoramento da vigilância para identificar locais vulneráveis, onde as ações de saúde devem ser reforçadas. Ele informou que, entre 2000 e 2009, foram notificados 4,4 milhões de casos de dengue, 39,5 mil casos com complicações, e 13,4 mil casos de febre hemorrágica da dengue, dos quais 898 evoluíram para óbito. Segundo Giovanini, o perfil epidemiológico da dengue varia de tempos em tempos, o que exige articulação e coordenação de atividades entre as três esferas do governo. No início dos anos 2000, as maiores vítimas da dengue eram os adultos jovens, de 30 anos em média. Já em 2007 e 2008, os casos graves atingiram os adolescentes de 15 anos e menores de 15 anos. “Em 2010, a faixa etária dos casos graves de dengue voltou a ser parecida com a do período anterior”.

O último mapa de risco da dengue (*Radis 99, Súmula*), para o verão de 2010/2011, registrou dez estados brasileiros com risco muito alto para a epidemia, nove estados com risco alto e

cinco mais o Distrito Federal, com risco moderado. Além desses, um estado sem transmissão autóctone e um estado com transmissão focalizada. “Alguns municípios, particularmente Natal e Belo Horizonte, já se apropriaram dessa ferramenta”, destacou.

Coube a George Dimech chamar a atenção para três instrumentos que

subsidiaram as respostas brasileiras às emergências de saúde pública: o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde; o Plano Diretor que está sendo elaborado com o objetivo de fortalecer as capacidades de prontidão e resposta às emergências e que tem como foco principal as populações vulneráveis, a exemplo da

população indígena; e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2005 e que entrou em vigor no Brasil em 2007, com normas para garantir o máximo de segurança contra a disseminação de doenças. “Hoje, 194 países, incluindo o Brasil, utilizam o RSI”, contabilizou. 

Diversidade de temas nas experiências premiadas

A 10ª Expoepi terminou com a festiva premiação de oito experiências bem-sucedidas na área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças, e, pela primeira vez, de oito trabalhos na forma de pôster, privilegiando ações integradas com resultados concretos para o aperfeiçoamento do sistema de vigilância ou para o manejo de doenças.

Na categoria Inovações na gestão da vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, receberam o prêmio cinco técnicos da Prefeitura de Marília (SP), com o trabalho *Estratégia de abordagem multidisciplinar para vigilância ambiental em saúde no Município de Marília*, sobre as ações integradas e intersetoriais da Comissão Municipal de Vigilância Ambiental em Saúde (Comvias), criada em 2007.

O projeto *Jogo de Cintura*, da cidade de São Sebastião (DF), recebeu o prêmio em Inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde. Trata-se de estudo de intervenção, que avaliou um programa de redução de fatores de risco para doenças crônicas, em pacientes com excesso de peso, assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

Na categoria Inovações na gestão da vigilância epidemiológica, venceu o trabalho *Ações integradas e sustentáveis para o controle de infecções sexualmente transmissíveis em Vitória da Conquista*. Desenvolvido pelo Centro de Referência em DST/Aids, da Prefeitura de Vitória da Conquista (BA), descreveu o processo de desenvolvimento de pesquisas operacionais em saúde destinadas a qualificar ações sustentáveis de prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis.

Saúde Encena foi premiado em Inovações na comunicação e mobilização social em vigilância em saúde. É um trabalho de difusão de informações sobre prevenção em saúde, entre escolares do município de Juquiá (SP), por meio de encenações teatrais de agentes comunitários de saúde. Na categoria



Os autores dos oito trabalhos premiados na forma de pôster, inserida na mostra pela primeira vez

Organização da gestão de respostas rápidas em emergências epidemiológicas, foi premiado o trabalho do Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sobre a influenza H1N1, analisou o perfil epidemiológico dos casos no estado, com ênfase na redução de morbimortalidade.

A *implantação do Selo Sinasc e a melhoria da qualidade das informações sobre os nascidos vivos*, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi vencedor na categoria Aperfeiçoamento dos sistemas de informação e análise de situação de saúde. O trabalho avaliou o impacto do Selo Sinasc, certificado da qualidade das informações fornecidas por maternidades e hospitais.

Integração da saúde ambiental, atenção básica e saúde mental: problemas de saúde ambiental e portadores da síndrome de Diógenes, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP) ganhou o prêmio Inovações na gestão dos processos de trabalho em vigilância em saúde. O trabalho analisou a atuação integrada para solucionar problemas de grupos populacionais que viviam em meio ao lixo e sofrem da síndrome de Diógenes, que se caracteriza pela falta de capacidade de se desfazer de objetos velhos e pelo isolamento social. Por fim, o trabalho *Investigação de eventos adversos graves à vacina de febre amarela após a ampliação da área de vacinação*

no Rio Grande do Sul, que constatou maior frequência de eventos adversos do que a descrita na literatura, ganhou o Prêmio Adolfo Lutz e Vital Brazil, de investigações de surtos conduzidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Na modalidade pôster, destacaram-se os trabalhos: *Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo Grupo de Apoio às Vítimas de Assédio Moral da Disat / Cerest*, do Distrito Federal; *Rede de vigilância em câncer de mama*, da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rosa (PR); *O enfrentamento da sífilis congênita na rede básica de saúde*, da Secretaria Municipal de Saúde de Suzano (SP); *Uma estratégia de comunicação entre profissionais da saúde e adolescentes com o uso da internet*, da Secretaria Municipal de Saúde de Tuparetama (PE); *Vivendo a pandemia – a experiência da cidade de São Paulo*, da Secretaria Municipal de Saúde; *Acidente de trabalho fatal em Belo Horizonte: avanços na identificação e mensuração*, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; *Uso do geoprocessamento como ferramenta de integração entre vigilância em saúde e atenção básica na atualização do reconhecimento geográfico dos municípios do Estado do Tocantins*, da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins; e *Febre Amarela Silvestre: re-emergência de transmissão no Estado de São Paulo*, da Secretaria Estadual de Saúde.

ENTREVISTA

Hésio Cordeiro

"A saúde perdeu um pouco suas bandeiras"

FOTOS: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA



Adriano De Lator e Eliane Bardanachvili

A sala simples que o médico Hésio de Albuquerque Cordeiro ocupa como coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família, na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, contrasta com a riqueza de seu currículo, mas é coerente com a simplicidade do defensor histórico de um "sistema brasileiro de saúde" capaz de garantir o acesso à saúde como direito fundamental dos brasileiros. Mestre em Saúde Coletiva (Uerj), doutor em Medicina Preventiva (USP) e sanitarista de primeira hora, ele estava no grupo pioneiro que formulou a ideia de um sistema unificado — que se transformaria no SUS. Um dos fundadores do Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj), presidiu o hoje extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), entre 1985 e 1988, e dirigiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre 2007 e 2010. Mineiro de Juiz de Fora, simpático, tranquilo, de fala mansa, Hésio recebeu a equipe da *Radis* para uma hora de conversa, em que falou sobre momentos marcantes da história

brasileira, criticou o papel assumido pela iniciativa privada na saúde e defendeu mais recursos para o setor como principal caminho para fazer frente aos desafios a ele inerentes. Sobre o SUS, faz um balanço: "Eu teria proposto uma ênfase maior na saúde da família e na qualidade do cuidado e do atendimento".

De onde partiu seu engajamento na discussão política da saúde?

Minha formação foi inicialmente em clínica médica, com o professor Piquet Carneiro [o médico cearense Américo Piquet Carneiro (1909-1992), um os fundadores do IMS/Uerj]. Ele propôs que nós visitássemos os pacientes internados no hospital Pedro Ernesto. Esse primeiro contato com as famílias dos pacientes hospitalizados foi uma aproximação com a realidade assistencial e social desses pacientes. Piquet Carneiro também propôs visitas domiciliares, calcadas na promoção da saúde e na prevenção das doenças, incluindo doenças não muito comuns, como lúpus eritematoso e artrite reumatóide. Ele estimulava a gente para que nos dedicássemos e nos aprofundássemos nesses componentes

epidemiológicos e sociais. Daí, foi um salto para discutir políticas da saúde e desigualdades sociais, e sua relação com as doenças e o acesso aos serviços de saúde. Houve também um envolvimento político: em 1981, dei consultoria à campanha do Miro Teixeira [jornalista, advogado e atual deputado federal pelo PDT/RJ], na época, candidato do MDB ao governo do Estado do Rio de Janeiro, que havia constituído um grupo de assessoria chamado de *luas pretas*. Combinamos o interesse profissional, iniciado na clínica médica com as questões de prevenção, promoção e dos aspectos sociais do processo saúde-doença, com a dimensão política da saúde. Naquela época, a assistência dava pouca ênfase à prevenção e à promoção, era muito centrada na medicina curativa. O Inamps estava muito mais vinculado às empresas médicas do que propriamente à ação dos serviços públicos de saúde. A discussão foi crescendo e havia um movimento simultâneo à minha trajetória nos departamentos de medicina preventiva em Campinas (SP), Londrina (PR), Ribeirão Preto (SP), que discutia atenção primária e o sistema de saúde como um todo.

Como o senhor teve a convicção de que aquele era o melhor caminho?

Ficou tudo muito estimulante, dentro da perspectiva profissional. Havia o contato com a realidade, que evidenciava que os pacientes estavam sofrendo com a falta de acesso aos serviços de saúde, que os determinantes sociais das doenças afetavam o perfil epidemiológico destas pessoas e que era necessário um engajamento maior dos profissionais de saúde na superação das dificuldades. No âmbito específico das políticas de saúde, queríamos corrigir as desigualdades sociais, o que não seria feito somente por políticas econômicas e sociais mais justas, mas também por uma política de saúde que não privilegiasse o lucro e os serviços privados. Influenciava muito este pensamento crítico a postura do médico Carlos Gentile de Melo (1920-1982). Ele

era um crítico acentuado das formas de remuneração do trabalho médico e criticava as unidades de serviço. Ele as considerava um fator irremediável de corrupção, o que estimulava pedidos de exame sem necessidade e até fraudes, que vicejavam muito na assistência médica do Inamps. Foi crescendo, então, nos departamentos de medicina preventiva e social, a busca por políticas de saúde que mudassem esse panorama. Uma destas instituições foi o Instituto de Medicina Social da Uerj, em 1970.

Existe diferença entre medicina social e o que se chama hoje de saúde coletiva?

É praticamente a mesma coisa. Medicina social apareceu como uma oposição aos saberes tradicionais da saúde pública, muito calcada na questão da higiene e do saneamento. Lógico que essas coisas todas são importantes, mas dava-se ênfase somente às práticas individuais de saúde e não às práticas coletivas. Essa proposta incorporava o conteúdo das ciências sociais na análise das políticas de saúde, fugia um pouco do campo da biologia, que não tem instrumentos para fazer análise política. A medicina social caracteriza este novo campo do saber, que estava surgindo nos anos 1970. Nos Estados Unidos, eles não chamavam medicina social, mas sim ciências do comportamento humano, que não se preocupavam com os determinantes sociais e políticos deste comportamento.

Eram movimentos semelhantes ou contrários?

Aqui se fazia uma crítica de que os estudos não podiam se limitar à questão do comportamento. Era algo maior, ligado a determinantes sociais e políticos, e que também estava relacionado ao movimento político de redemocratização do país e à vitória das oposições nas secretarias municipais de saúde — especialmente Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ) — onde os secretários que assumiram buscavam alternativas relacionadas à atenção primária e à promoção da saúde. Eles queriam mudar a ênfase dada ao hospital, visto como local único da cura dos pacientes, e que nem sempre tinha sucesso. Isso aconteceu no início da década de 1980.

Pode-se então dizer que o IMS foi um dos berços da Reforma Sanitária?

Em 1979, três professores do Instituto de Medicina Social — o cientista social José Luís Fiori, Reinaldo Guimarães, na época epidemiólogo, e eu, que era uma espécie de generalista da saúde coletiva — escrevemos um documento denominado *A questão democrática da*

saúde, que foi incorporado pelo Cebes [Centro Brasileiro de Estudos de Saúde] e apresentado pelo Sergio Arouca (1941-2003) no Congresso Nacional, quando, pela primeira vez, os deputados federais discutiram alternativas para as políticas de saúde. Aí se mencionou o termo SUS, ou Sistema Único de Saúde. O documento foi a peça chave dessa discussão na Câmara dos Deputados. Foi apresentado para ter uma amplitude maior, não ficar restrito a uma única instituição. Ele acompanhava as críticas de Gentile de Melo às unidades de serviço e mostrava uma alternativa que privilegiava a



CONTINUO ACHANDO QUE O PROBLEMA É, AINDA, DE AMPLIAÇÃO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE

promoção da saúde e a prevenção. A proposta foi bastante discutida pelos departamentos de medicina preventiva e social, sindicatos médicos e profissionais de enfermagem. Um movimento que envolveu os profissionais de saúde de forma crescente.

A partir daí...

Em 1984, já dentro da possibilidade da discussão das *Diretas Já*, da vitória das oposições, fizemos um seminário em Montes Claros (MG), promovido pelo secretário municipal de Saúde José Saraiva Felipe [ministro da Saúde do governo Lula entre 2005 e 2006 e atualmente deputado federal pelo PMDB/MG], em busca de alternativas para o governo Tancredo Neves. Foram vários políticos, vários dirigentes partidários. Lembro que o Raphael de Almeida Magalhães [ministro

da Previdência Social entre 1986 e 1987] participou da reunião, assim como Sérgio Arouca e o então prefeito de Montes Claros, além de vários profissionais da área acadêmica e da área política. Então, elaboramos a *Carta de Montes Claros*, como contribuição ao futuro governo Tancredo Neves.

O senhor acredita que se Tancredo Neves tivesse assumido a Presidência da República teríamos um cenário diferente na saúde?

O estilo de Tancredo era mais cauteloso. Uma série de coisas que mais adiante o Waldir Pires [ministro da Previdência Social entre 1985 e 1986] propôs na Previdência Social e, depois de sua saída, o Raphael de Almeida Magalhães e o Renato Archer [ministro entre 1987 e 1988] propuseram, talvez não tivessem ocorrido. Eram medidas audaciosas demais. Na época em que eu era presidente do Inamps, houve até greve nos estados do Nordeste, quando propus o repasse da administração das unidades gerenciadas pelo Inamps para as secretarias municipais e estaduais de Saúde. Dependendo do nível de complexidade, um posto de saúde poderia ser gerenciado pelo município e um hospital de médio porte, pelo estado. Com isso, o Inamps abria mão da rede própria. Os convênios com o setor privado e o setor de avaliação e controle passaram a ser gerenciados também pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. Isso foi o início do SUS, ainda denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

E qual era o motivo dos que manifestavam reações contrárias?

Eu fui ao Rio Grande do Norte, porque os profissionais do Inamps não queriam aceitar de forma alguma essa mudança. Eu suponho que em razão de interesses econômicos, financeiros e materiais que estavam envolvidos na transferência e modificação dos convênios com a área privada.

O senhor acredita que isso seria cogitado, caso o presidente Tancredo Neves tivesse assumido...

Eu imagino que haveria dificuldades.

Nesse caso, o senhor diria que há males que vêm para o bem?

Eu não chegaria a dizer isso (risos). Diria que seria outra realidade. Da mesma forma, o Sarney, que o substituiu na Presidência, até o final do governo, não entendeu, nunca, o que era o Sistema Único de Saúde. Ao cúmulo de ele propor ao Renato Archer que o SUDS, no estado

do Maranhão, fosse feito não com a secretaria estadual de saúde, mas sim com o Inamps, onde havia pessoas nomeadas por ele. O Renato, lógico, riu, e disse que a concepção do Sistema Único de Saúde era trabalhar com as secretarias, o que na prática significava que os recursos iriam para opositores do Sarney que estavam no governo do Maranhão.

Procurado pela Radis, o ex-ministro Waldir Pires declarou que o senhor é uma das figuras mais importantes do movimento sanitário brasileiro. Ele afirmou que sua participação foi fundamental para a garantia da saúde como direito fundamental dos brasileiros, e perguntou como seria possível restabelecer um diálogo com a sociedade, para garantir que este direito seja cumprido. “Como recuperar este sentimento de construção da dignidade humana no Brasil?”

(Risos) Esse é bem o estilo de o Waldir Pires fazer perguntas, conceitualmente difíceis de ser respondidas. A situação atual é bastante diferente. É importante fortalecer a administração pública, coisa que o Waldir sempre fez. Ele dava importância complementar à iniciativa privada, sob a ótica e a hegemonia do serviço público. Essa seria uma forma de restaurar e defender a dignidade do serviço público, sobretudo, em favor das pessoas mais desfavorecidas, que dependem dele para ter acesso aos serviços de saúde. É lógico que a atenção primária já se expandiu muito, especialmente, pelo esforço dos municípios, mas ainda hoje se diz que o problema da saúde não é de recursos, mas de gestão. Continuo achando que o problema é, ainda, de recursos, da necessidade de ampliar o recurso para a saúde. Ao invés dos 60 bilhões de reais hoje destinados à saúde, o recurso deveria quase dobrar. Não retornando a CPMF ou ampliando novas fontes de financiamento que onerariam mais ainda o contribuinte, que já tem hoje uma carga de impostos em torno de 30%. Tem que se redefinir prioridades e valorizar o profissional de saúde: o médico, o enfermeiro, o atendente, o fisioterapeuta. Remunerar melhor e capacitar. Ter um programa de educação permanente e continuada que atinja os profissionais em todas as regiões do país. Seria uma estratégia para criar uma situação mais digna de trabalho e ação nos serviços de saúde.

Muito se critica o papel da iniciativa privada, ainda que seja complementar na saúde, como sendo um grande problema. O que o senhor tem a dizer sobre isso?

Muitas vezes, essa saúde dita complementar se vale do serviço público para os procedimentos de alta complexidade. No

fundo, o serviço público de saúde é que trabalha complementarmente à iniciativa privada, quando a concepção inicial é que a iniciativa privada complementaria as ações do setor público. A gente vê o contrário em transplantes renais, de fígado, de coração. Os pacientes preferem ser operados no serviço público, que desenvolveu estes procedimentos de alta complexidade, do que no setor privado, mais caro e nem sempre com a qualidade mais adequada. Houve uma inversão. O que se chama de complementar, na realidade, está se valendo do serviço público, que acabou se tornando complementar à iniciativa privada. E não o inverso.



OS SETORES
PROGRESSISTAS
DA REFORMA
SANITÁRIA TINHAM
PRECONCEITO EM
DISCUTIR A ÁREA
PRIVADA

Mas não houve uma brecha na concepção inicial para isso? Poderia ter sido feito de outra maneira?

Na época da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), havia uma discussão na qual se confrontavam posições muito radicais. Uma delas propunha a estatização total dos serviços de saúde, coisa que se sabia ser impossível. Não havia clima político possível para uma marcha tão radical. Ao mesmo tempo, os setores progressistas da Reforma Sanitária tinham muito preconceito em discutir a área privada. A saúde complementar não mereceu discussão profunda. As pessoas não conheciam como funcionavam as

operadoras. Havia uma espécie de crítica sumária às operadoras de serviços de saúde, mas ninguém tinha se dedicado a estudá-las. Minha tese de doutorado foi sobre a situação das empresas médicas no Rio de Janeiro e em São Paulo. Foi uma das poucas iniciativas de estudo sistemático, em termos de política de saúde, sobre este setor. Na época, foi considerado um trabalho inédito no campo da saúde coletiva.

O aprofundamento da discussão seria como admitir a existência do setor privado...

Isso. Havia um preconceito muito forte, uma visão errada e também uma ação truculenta do setor privado. Eu recordo que não queriam que eu assumisse o Inamps. Foram inclusive ao chefe da Casa Militar do Sarney para impedir que eu tomasse posse. Enquanto a Presidência assumiu em 15 de março (de 1985), tive minha posse em 20 de maio. O Waldir Pires arrancou a decisão do Sarney de fazer minha exoneração. E não era só a minha, mas dos três presidentes que ele havia proposto: eu, no Inamps, o Arthur Virgílio Filho (pai do senador Arthur Virgílio Neto, do PSDB/AM) e o professor Eugênio Doin Vieira, de Santa Catarina, que foi presidente do Iapas. O Waldir chamou a imprensa e disse que se Sarney não nos nomeasse, ele se demitiria da Previdência Social. Aí o Sarney resolveu emitir os atos de nomeação.

Qual foi o principal legado da 8ª Conferência Nacional de Saúde?

A conquista do acesso universal aos serviços de saúde para todos, como responsabilidade do Estado. A outra conquista, que nunca pegou, foi a ideia da seguridade social, uma nova concepção que fugia dos cânones do seguro social, em que apenas os contribuintes da Previdência têm direito aos serviços de saúde. A seguridade social nunca foi implementada para valer. Definiu-se que a Saúde receberia 30% dos recursos destinados à Previdência Social, mas isso valeu num certo momento e depois essa participação na destinação dos recursos para a seguridade social foi se reduzindo. O conceito acabou desaparecendo.

O senhor atribuiria isso a quê?

A uma cultura economicista de todos os governos brasileiros desde o processo de redemocratização. No governo Lula não foi diferente; ao que tudo indica, não será diferente no governo Dilma. A própria ação da área econômica, especialmente do Antônio Palocci (deputado federal PT/SP), na Casa Civil do governo Dilma, não prevê uma mudança muito profunda dentro do conceito de

seguridade social. Ao contrário, pode-se até supor que os planos de saúde terão certo alento e certo apoio nas decisões governamentais da política econômica.

Durante a recente [dez/2010] Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, ouviram-se críticas recorrentes aos programas de transferência de renda, que diminuiriam a pobreza, mas não reduziriam a desigualdade social no país. Qual a sua opinião sobre isso?

São decisões que precisam ser tomadas para reduzir a situação de carência das pessoas. Se não conseguiram fazer uma mudança estrutural, talvez tenha que haver uma reforma tributária mais intensa. Uma reforma que destine recursos às políticas sociais e, especialmente, para o nível municipal, diminuindo a posse de recursos centralizada na esfera do governo federal. Reforma tributária e reforma política caminham juntas nessa mudança do paradigma de combate à desigualdade. Um desafio muito grande.

A sanitarista Sonia Fleury pediu que a Radis questionasse o senhor quanto ao fato de os dirigentes da Previdência, na época da Constituinte, terem sido contrários à ideia do SUS e defenderem o aprofundamento do SUDS. Ela gostaria de saber se o senhor acredita que a posição estava equivocada ou a defende ainda hoje.

Isso foi sempre uma divergência minha com a Sonia Fleury. Ela fazia parte do grupo liderado pelo Sergio Arouca, que pretendia que a reforma se iniciasse pelo alto, com a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde. Saraiva Felipe e eu defendíamos o contrário: a reforma deveria começar por baixo, pelos municípios e pelos estados. O Inamps seria a última estrutura a desaparecer. Foi o que ocorreu. Na esfera política, o então ministro Raphael de Almeida Magalhães ficou entusiasmado com a proposta de transferir as instituições municipais e estaduais para o âmbito das secretarias de Saúde e não o inverso. Fazer a fusão do Ministério da Saúde e do Inamps poderia gerar um monstro burocratizado, a centralização poderia retardar mais a própria Reforma Sanitária. Foi uma divergência estratégica naquele período. O SUDS foi uma estratégia-ponte que preparou a unificação da Saúde. Ela interpreta como uma oposição dos dirigentes da Previdência Social. Como se eu tivesse me oposto a isso (risos). Uma proposta que já em 1979 havia sido anunciada. Foi uma questão de estratégia de implementação, não de recusa ou ideologia.

Muito se critica que os ministérios que deveriam promover a seguridade social não se articulam...

É verdade. O próprio conselho de seguridade social se esvaziou, mas isso não teve nada a ver com a unificação da Saúde com o Inamps. Foi outra questão conceitual, política, que perpassou a área econômica dos governos, contrários à substituição do conceito de seguro para o conceito de seguridade. Aí nesse ponto, a Sonia Fleury e eu temos a mesma posição. Na verdade, o conselho nunca foi usado e foi extinto por desuso. Uma visão neoliberal, que embora não se diga neoliberal, resultou no esvaziamento do conselho de seguridade social.



**WALDIR PIRES
CHAMOU A
IMPRESA E DISSE
QUE, SE SARNEY
NÃO NOS NOMEASSE,
ELE SE DEDITARIA**

Na época em que se hasteou a bandeira da Reforma Sanitária, existia uma condição bastante adversa de ditadura militar, com muitas lutas a serem travadas. Hoje, com uma conjuntura mais favorável, qual seria a bandeira da saúde?

A saúde perdeu um pouco suas bandeiras. As bandeiras envelheceram. Hoje, a bandeira central é a qualidade do cuidado em saúde, que envolve decisões em relação à educação permanente, à educação continuada e à remuneração do profissional de saúde. Não é só uma questão simbólica; é uma questão material. As bandeiras da saúde deveriam ser substituídas pela qualidade de saúde e

pela construção de um sistema brasileiro, voltado para a qualidade do cuidado. Um sistema em que o público e o privado se articulassem, com uma convivência entre o setor dos planos de saúde privados e o setor público de uma forma mais inteligente, conceitualmente; mais complementar, e não o contrário. Não o público complementando o privado, mas uma complementaridade mútua entre os dois setores. Isso depende de se assumir um consenso na sociedade, especialmente entre os profissionais de saúde, para que se discutam de novo as propostas de saúde a partir da ótica da igualdade.

Que papel assume o controle social neste contexto?

Controle social é importante, mas não é tudo. Ele deve existir, mas não deve ser manipulado pelo poder instituído, pelos governos estaduais e municipais. Deve ser espontâneo e se realizar dentro de parâmetros que possam representar a vontade coletiva da sociedade. E devemos despir esse controle social de qualquer coisa que soe clientelismo e manipulação política. Isso é uma cultura do país que a redemocratização ainda não conseguiu superar.

E o papel da comunicação?

Seria uma forma de fazer chegar a todos os setores da sociedade as dimensões biológicas, políticas e sociais dos problemas da saúde. Mostrar que a doença tem a ver com a miséria, mas tem a ver também com a opulência. A obesidade é hoje um problema de saúde pública. A desnutrição também ainda é um problema. Mas é cada vez mais frequente a obesidade em crianças. O aumento da capacidade de renda e o surgimento de uma nova classe média estão fazendo surgir esse grau de opulência.

Se pudesse voltar ao tempo em que redigiu o documento em favor da democratização da saúde, e avaliando o SUS de hoje, o que modificaria?

Teria proposto uma ênfase maior na questão da saúde da família, que chegou muito tarde, somente em 1994. Teria dado ênfase também à qualidade do cuidado e do atendimento em saúde. Um dos instrumentos importantes para isso são os processos de avaliação e de acreditação dos serviços. Acreditação no sentido de perseguição de objetivos, baseados em padrões de qualidade, consensuados e universais. Esse esforço da acreditação dos serviços tem sido feito pelo Ministério da Saúde, por instituições privadas. O Consórcio Brasileiro de Acreditação ajudaria muito a melhorar as bandeiras da Saúde, baseadas na qualidade. 

SERVIÇO

EVENTO

11º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Promovido pela Sociedade Brasileira de Família e Comunidade, o congresso terá como tema *Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca* e reunirá palestrantes nacionais e internacionais. O evento tratará da garantia do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros e da medicina de família e comunidade como especialidade essencial para alcançar esse objetivo e garantir a continuidade da estruturação do SUS. As inscrições para participação estão abertas.

Data 23 a 26 de junho

Local Brasília, DF

Mais informações

<http://www.eventoall.com.br/familia2011/>

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA

O papel da Epidemiologia na definição de políticas públicas e sua articulação com o conjunto das demais áreas da Saúde Coletiva é o tema central do evento, promovido pela Comissão de Epidemiologia da Abrasco. O congresso colocará em debate a moderna epidemiologia brasileira, caracterizada pela dupla inserção na abordagem do processo saúde-doença – de um lado, como produtora de conhecimentos originais e, de outro, firmemente compromissada com o sistema de saúde. A Comissão Científica do evento receberá resumos de trabalhos até 14 de abril.

Data 12 a 16 de novembro

Local São Paulo, SP

Mais informações

www.epi2011.com.br

PUBLICAÇÕES

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira (Editora Fiocruz), de Silvio Yasui, origina-se de tese de doutorado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e aborda a Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como eixo de análise quatro dimensões – jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial e sócio-cultural – postuladas pelo psiquiatra e pesquisador da Fiocruz Paulo Amarante, que também assina o texto da orelha do livro. A obra de Yasui faz uma “reflexão profunda, comprometida e sincera sobre as principais questões presentes no campo” e oferece “algumas pistas para superar os desafios e abrir novas trilhas”, como define Amarante.



ASPECTOS DO RISCO

Correndo o risco, uma introdução aos riscos em saúde, de Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam e Marcos Santos Ferreira, faz parte da coleção Temas em Saúde, da Editora Fiocruz. Os autores tratam nesse livro dos aspectos técnicos, metodológicos e teóricos do risco. Eles buscam ainda responder quais são os campos de saber que se interessam pelo risco, quais são os indicadores epidemiológicos ligados a essa noção, qual é o papel do risco no discurso da promoção da saúde, o que é estilo de vida ativo e saudável, o que é risco genético e qual é a relação entre risco e divulgação popular de contextos científicos. Risco, ensinam os autores, “é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia”.



VIOLÊNCIA NA ESCOLA

Impactos da Violência na Escola: um diálogo com professores (Editora Fiocruz), de Simone Gonçalves de Assis, Patrícia Constantino e Joviana Quintes Avanci (orgs.), discute um problema considerado antigo no país e capaz de gerar graves consequências a alunos, famílias, professores e funcionários escolares. O livro é fruto de pesquisa do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz), conta com apoio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do MEC e traz relatos sobre a questão, além de analisar perspectivas e apontar caminhos rumo a soluções.



discute um problema considerado antigo no país e capaz de gerar graves consequências a alunos, famílias, professores e funcionários escolares. O livro é fruto de pesquisa do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz), conta com apoio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do MEC e traz relatos sobre a questão, além de analisar perspectivas e apontar caminhos rumo a soluções.

FORMAÇÃO DE AGENTES

Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde (EPSJV/Fiocruz), de Márcia Valéria Morosini, traz uma revisão das etapas de formulação da política voltada aos agentes comunitários de saúde (ACSs), entre 2003 e 2005. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a autora toma como base Gramsci e outros marxistas, para discutir conceitos como qualificação profissional e trabalho simples.



Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a autora toma como base Gramsci e outros marxistas, para discutir conceitos como qualificação profissional e trabalho simples.

ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

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

Email editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

EPSJV

Tel. (21) 3865-9850

Fax (21) 2560-7860

Email revtes@fiocruz.br

Site www.revista.epsjv.fiocruz.br

O futuro longe da lata de lixo

Adriano De Lavor*

Quando se fala na relação entre saúde e meio ambiente, é rápida a associação feita entre a destinação que se dá (ou não) ao lixo e a ocorrência de doenças. A preocupação é não somente com o potencial tóxico dos dejetos sobre as pessoas e comunidades — o que sinaliza para uma obrigatória e sistemática vigilância acerca dos procedimentos de coleta e destinação de dejetos e a cobrança por necessárias políticas efetivas de saneamento —, mas também com medidas educativas que incentivam a coleta seletiva e reciclagem de materiais nos mais diversos níveis.

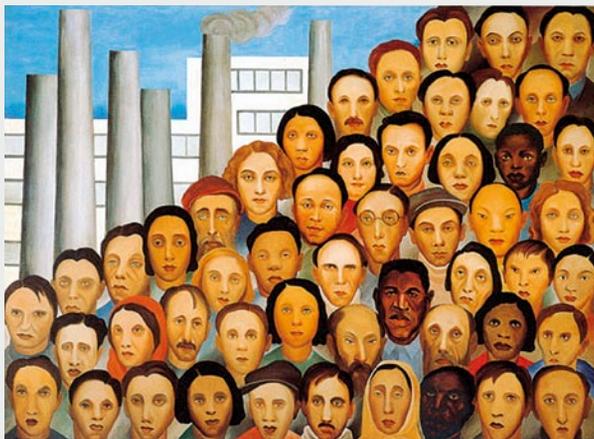
A regra geral, quando se fala em lixo, é proteger a população dos riscos de adoecer e, mais que isso, conservar o planeta saudável para as próximas gerações. Há outro lado da discussão sobre lixo e saúde, no entanto, que escapa à maioria das análises — e que, principalmente, está quase sempre ausente na abordagem dos meios de comunicação social. Diz respeito à exclusão social, à produção de lixo humano. Discussão quase invisível que também diz respeito à saúde.

O assunto mobilizou a atenção do sociólogo polonês Zygmunt Bauman, que, no livro *Vidas desperdiçadas* (Editora Zahar, 2004), advertiu que a produção de “refugo humano” é consequência direta da modernização da sociedade e da globalização da economia. Segundo o autor, imigrantes, pessoas em busca de asilo e refugiados são apenas a parcela mais visível deste grupo de seres humanos redundantes, tão dispensáveis quanto uma garrafa de plástico vazia e não retornável.

São consumidores falhos, “sem-teto sociais”, excluídos da cena pública, inaptos para participação na sociedade de consumo e, por isso mesmo, irrelevantes no que diz respeito às tomadas de decisão e deliberação de políticas públicas. “Removemos os dejetos da maneira

mais radical e efetiva: tornando-os invisíveis, por não olhá-los, e inimagináveis, por não pensarmos neles”, diz o autor.

A discussão sobre os excluídos também encontra repercussão na produção de pesquisadores brasileiros. A sanitarista Sarah Escorel abordou, em sua tese de doutorado — depois transformada no livro *Vidas ao léu - trajetórias de exclusão social* (Editora Fiocruz, 1999) — a situação de exclusão social experimentada por moradores de rua em determinados bairros do Rio de Janeiro, na década



REPRODUÇÃO DO QUADRO 'OPERÁRIOS', DE TARSILA DO AMARAL

de 1990. Vidas invisíveis, definidas pela pesquisadora como “trajetórias de pequenas e grandes desvinculações, de laços afetivos frágeis e irregular suporte material”; histórias de quem se tornou supérfluo ao sistema produtivo.

Sarah também associou a realidade de exclusão social às transformações contemporâneas, tanto na esfera produtiva quanto nos mecanismos de acumulação capitalista. Destituídos da capacidade de produção e de consumo, aqueles que vivem nas ruas estariam condenados não somente à desvinculação do mundo do trabalho, mas também do ambiente familiar, o que certamente repercute em seu estado geral de saúde.

Indiretamente, o assunto também está contemplado no âmbito do *Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil* (www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br), cuja ideia fundamental é apontar a existência de grupos populacionais vulneráveis aos processos políticos, econômicos e culturais que

geram discriminações e desigualdades relacionadas à distribuição de ônus e bônus da modernidade. “Justiça ambiental tem a ver com um modelo de desenvolvimento mais equânime na produção de benefícios, riscos e danos, e também com políticas públicas que atuem nesta direção”, explicou à *Radis* (edição 95) o pesquisador Marcelo Firpo Porto, coordenador do projeto.

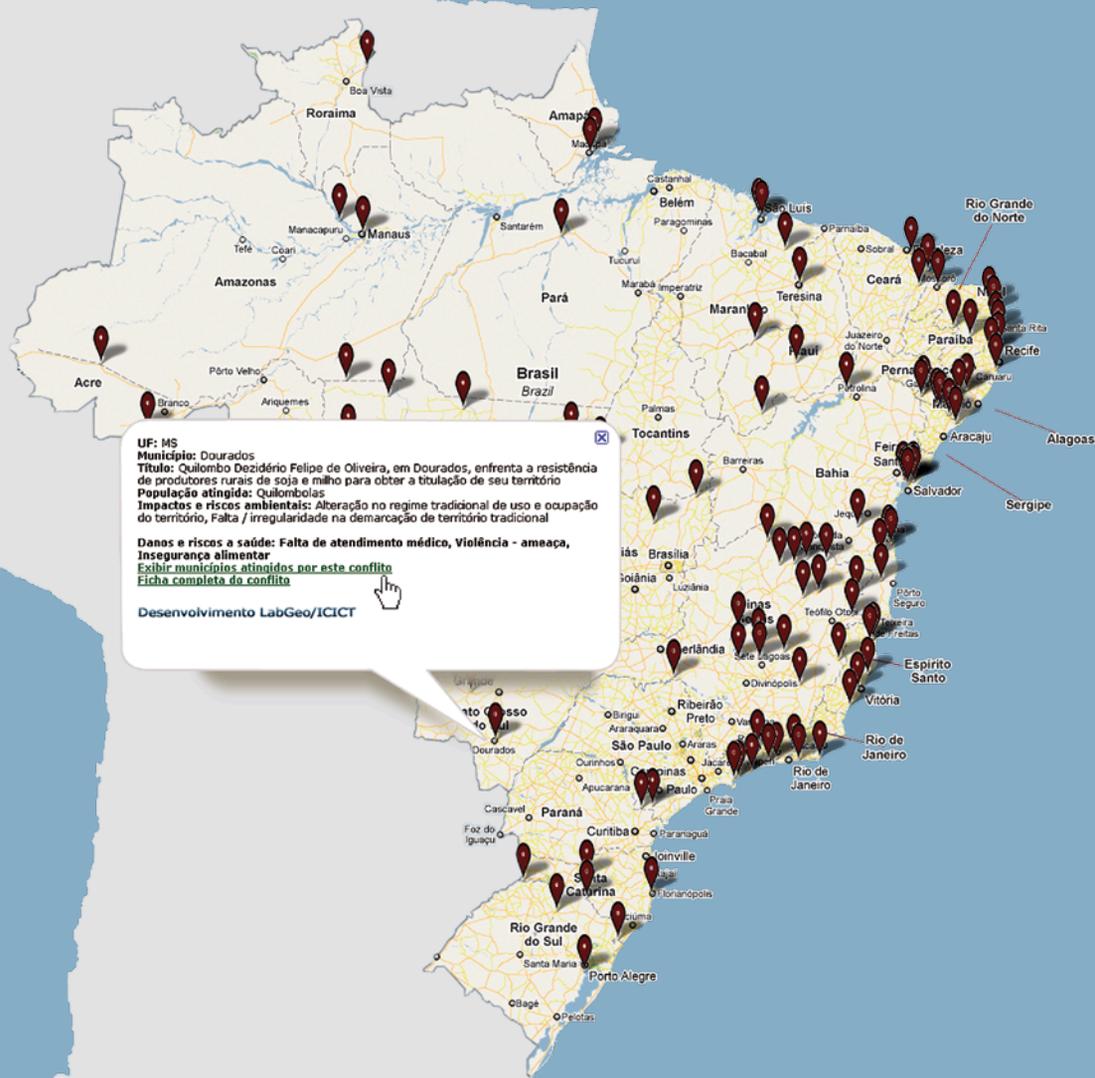
Inúmeros outros trabalhos confirmam a relação perversa estabelecida entre causas sociais e iniquidades em saúde: estereótipos que reforçam a vulnerabilidade de minorias étnicas; tabus e convenções sociais que marginalizam a diversidade de gênero e de orientação sexual, interesses políticos e econômicos que inviabilizam modos de vida tradicionais. Ao mesmo tempo, observam-se transformações econômicas, sociais e demográficas que repercutem diretamente nas condições de vida e de saúde da população.

Diante destas constatações, não é mais possível pensar no lixo apenas como veículo causador de doenças, mas também como metáfora para grupos humanos não incluídos nos arranjos de produção e consumo de bens da sociedade. “Todo lixo é em potencial venenoso — ou pelo menos, definido como lixo, está destinado a ser contagioso e perturbador da ordem adequada das coisas”, adverte Bauman.

Identificados como refugo, estes indivíduos correm o risco não só de serem condenados à invisibilidade e à exclusão, mas também alijados de qualquer processo político de mudança. Dar visibilidade à luta de imigrantes, invisíveis, refugiados, excluídos, redundantes, portanto, se torna tarefa tão necessária quanto garantir um mundo melhor para as próximas gerações. Se a opção é deixar de herança um planeta mais saudável, há de se assegurar que neste novo mundo não nascerão indivíduos já condenados à lata de lixo. 

* Repórter da *Radis* e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (PPGICS) do ICICT/Fiocruz.

Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde



Navegue, conheça e colabore

www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br

O objetivo do Mapa da Injustiça Ambiental, criado pela Fiocruz em parceria com a Fase, é dar visibilidade às lutas e demandas das populações atingidas por projetos, políticas e empreendimentos econômicos que geram situações de risco à saúde e aos direitos humanos.

O mapa é colaborativo e tem como foco o ponto de vista dessas populações.

Você pode colaborar avaliando os conflitos já incluídos no mapa, sugerindo novas informações e apontando a existência de casos semelhantes no município onde vive. Sempre pelo Fale Conosco do site.