

NESTA EDIÇÃO



O novo  
site do  
RADIS

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 110 • Outubro de 2011

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

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



Mala Direta  
Postal

9912233515/2009-DR/RJ  
FIOCRUZ

...CORREIOS...



- SAÚDE É PRODUTO SOCIAL, NÃO UM NEGÓCIO.
- SAÚDE, ÁGUA, ALIMENTAÇÃO E HABITAÇÃO: DIREITOS INALIENÁVEIS.
- O SOCIAL É QUESTÃO CENTRAL NO MODELO DE DESENVOLVIMENTO DE UM PAÍS.
- COMPROMISSO ENTRE AS NAÇÕES: MAIS SOLIDARIEDADE E REDUÇÃO DAS INIQUIDADES.
- GOVERNANTES E GESTORES TRABALHANDO COM UMA VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE.
- O DESAFIO RELATIVO À INTERSETORIALIDADE É POLÍTICO, NÃO TÉCNICO.
- O PROTECIONISMO AGRÍCOLA DOS PAÍSES DESENVOLVIDOS É NOCIVO.
- SEGUIR NA CONTRAMÃO DO ESTADO MÍNIMO.
- LEVAR À FRENTE POLÍTICAS ANTICÍCLICAS.
- SAÚDE, AGRICULTURA, EDUCAÇÃO E HABITAÇÃO NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL.
- DISCURSO DE PROTEÇÃO À SAÚDE X DEFESA DA GARANTIA DE PATENTES E LUCRO.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

# AS PROPOSTAS DO BRASIL NO MOVIMENTO INTERNACIONAL

# Casa Ambiente e Saúde: foco na educação continuada

*Em Guaratinguetá (SP), projeto busca aproximar habitantes de questões ambientais cotidianas em prol do cuidado e da prevenção*



FOTO: ARO, CASA AMBIENTE E SAÚDE

Em salas temáticas, como as de Microscopia, Fauna e Flora, Pragas Urbanas e Imunização, os visitantes aproximam-se das questões ambientais

A importância da relação entre meio ambiente e saúde na garantia do cuidado e na prevenção reafirma-se mais uma vez, em um projeto que vem sendo levado à frente desde 2008, no município de Guaratinguetá, região do Vale do Paraíba (SP). Em ambientes educativos, a Casa Ambiente e Saúde (CAS), projeto vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, aproxima estudantes e demais moradores da cidade das questões ambientais cotidianas e de seu impacto sobre a saúde. Orientado pelos princípios de Vigilância em Saúde, Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, o projeto prevê visitação a salas temáticas, interatividade e capacitação de profissionais.

Na Sala de Microscopia, os visitantes observam microorganismos nocivos à saúde e vermes parasitários e recebem orientações de higiene pessoal, saneamento, procedência dos alimentos e riscos de contaminação. A Sala do Consumidor apresenta métodos de se consumir e guardar adequadamente produtos, sob acompanhamento de um profissional da equipe de Vigilância em Saúde do município. A exposição de

espécies animais e vegetais de Guaratinguetá, com os possíveis riscos à população caso ocorra sua extinção, faz parte da Sala Fauna e Flora, onde estão exibidas ilustrações que representam os ecossistemas da região, como a Mata Atlântica na Serra da Mantiqueira.

Os visitantes têm contato também com o sistema imunológico e as doenças imunopreveníveis, na Sala de Conhecimento sobre Imunização, na qual especialistas explicam os efeitos e as necessidades de vacinas e soros. E, por fim, na Sala de Pragas Urbanas e Animais Peçonhentos, é possível conhecer animais que podem causar perigo à saúde pública — o ambiente conta um pequeno acervo de serpentes da região, doado pelo Instituto Butantã.

A Casa Ambiente e Saúde conta também com biblioteca, que reúne acervo de vídeos e livros sobre saúde, e sala de vídeo, usada por professores para exibição de documentários a seus alunos. “O espaço oferece a possibilidade de contato com aspectos do meio ambiente, produtos a serem consumidos e utilizados pelo homem, riscos à saúde, e a importância do relacionamento harmonioso entre o homem e o ambiente e dos recursos oferecidos pelo SUS para a proteção

e recuperação da saúde”, explica o coordenador técnico da unidade, Danilo Correa de Paula Júnior. “A proposta é promover mudança de comportamento do homem, através da educação continuada e permanente, reduzindo-se a possibilidade de contrair doenças”, diz.

## CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES

Concebido pela equipe técnica de Vigilância em Saúde de Guaratinguetá, a casa serve também de espaço de capacitação dos servidores da Saúde. Nela, já foram promovidos cursos, reuniões e oficinas. “O espaço foi sonhado por muitos que acreditam que saúde se faz com educação, e educação se faz com profissionais comprometidos com a sociedade”, resume Danilo. Ele informa que por ali já passaram profissionais da equipe de Saúde da Família da cidade, conselheiros municipais de saúde, pesquisadores do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) e do Instituto Nacional de Análise Integrada do Risco Ambiental (Inaira), além de alunos de ensino técnico e de graduação e pós-graduação. “A CAS tem contribuído para a educação permanente e promoção da saúde dentro e fora de seu espaço”, salienta o coordenador técnico. (K.M.)

# União pela Saúde

A revista *Radis*, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, dedica esta edição ao chamado do governo brasileiro para que, juntos, todos os países participantes da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, este mês, no Rio de Janeiro, unam forças e superem interesses financeiros, regionais ou exclusivamente nacionais em prol da proteção da vida de todos os povos do mundo. Utopia? Talvez. Mas encontros mundiais, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no pós Segunda Guerra, e da Conferência de Alma Ata, Cazaquistão, em 1978, construíram acordos e consensos multilaterais convergentes à ideia de que é possível cuidar melhor da saúde das populações atuando sobre seus determinantes sociais.

Muito se avançou na última década de retomada desses pressupostos pela Organização Mundial da Saúde, especialmente em função das articulações entre países mais pobres, do Hemisfério Sul ou em desenvolvimento, nos diagnósticos e estratégias para uma ação responsável e global contra as iniquidades e que assegure a proteção do direito à saúde dos cidadãos e das coletividades, o que implica a garantia de outros direitos correlatos como a seguridade social e a plena participação democrática.

Reportamos o debate do Seminário Preparatório à Conferência, realizado em agosto, na sede da Fiocruz, Rio de Janeiro, que analisou os impactos das condições de vida sobre a saúde, no contexto brasileiro, e propôs um conjunto de políticas a serem implementadas pelo governo do Brasil. Convidados e participantes do evento, convocados entre as maiores autoridades sanitárias do país, sintetizaram também

as análises e as propostas a serem levadas pela delegação brasileira à Conferência.

Em tempos de domínio quase absoluto do mercado e do capital financeiro sobre as nações e seus Estados, um pressuposto radicalmente anti-hegemônico obteve consenso, o de que saúde não é negócio, é produto social e tem que ser tratado como direito e assegurado pelos Estados. Outra condição é que o conceito de saúde seja amplo, inclua qualidade e condições de vida e torne inalienáveis direitos que têm sido tratados como *commodities* ou objetos de especulação, como o acesso a água, alimentação, educação e habitação. Os Estados nacionais têm que ser do tamanho necessário ao atendimento das demandas sociais e suas políticas e ações devem ser intersectoriais e politicamente definidas, tendo o aspecto social e não o econômico como o foco do modelo de desenvolvimento. A solidariedade entre os povos em torno da saúde e da vida, acima de interesses geopolíticos ou de lucro, é um princípio a ser acordado e respeitado entre os governos.

Excepcionalmente, uma edição da *Radis* com também com versões em inglês, espanhol e francês da matéria de capa, com 2 mil exemplares, será distribuída aos participantes da Conferência Mundial de DSS. Outra, em português, chegará aos 73 mil assinantes em todas as cidades do país, além da internet. Na edição regular, apresentamos também o novo site do RADIS, discussões sobre Reforma Sanitária promovidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e uma "Carta às esquerdas", do sociólogo Boaventura de Sousa Santos.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

- ♦ Casa Ambiente e Saúde: foco na educação continuada 2

## Editorial

- ♦ União pela Saúde 3

## Cartum

3

## Cartas

4



## Súmula

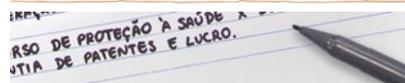
5

## Radis adverte

6

## Toques da Redação

7



## Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Chamado à ação 9
- ♦ Múltiplas vozes 14
- ♦ Entrevista – Paulo Buss: 'É preciso ética para o desenvolvimento' 15

## Cidadania e Saúde

- ♦ Por dentro da Reforma Sanitária 17

## Na internet

- ♦ Navegue pelo novo site do RADIS 20

## Serviço

22



## Pós-Tudo

- ♦ Carta às esquerdas 23

## CARTUM

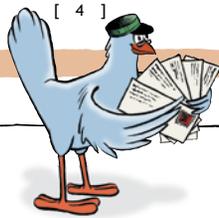


ARISTIDES DUTRA

Capa Dayane Martins (D.M) e Natalia Calzavara (N.C.)

Ilustrações Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.) e Dayane Martins

Cartum Aristides Dutra, 2010 (Publicado na Radis 92)



## CARTAS

### 'RADIS' E BLOGS

Sou assinante da revista *Radis* e costumo utilizá-la como fonte para minhas aulas e nas postagens em meu blog, *Saúde na Tela* (<http://saudenatela.blogspot.com>). Tenho especialização em Administração de Serviços de Saúde e fui secretário municipal de Saúde em Araguari (MG), de 2005 a 2008. Sou professor nos cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Administração, na Unipac-Araguari. A matéria *Acesso livre à informação e ao conhecimento* (*Radis* 107) será utilizada em minhas aulas, no curso de Administração. Propositamente, utilizo a logomarca do SUS no blog. Parabéns pelo conteúdo e, se puderem, divulguem meu blog para troca de experiências e maior visibilidade do SUS.

♦ Edilvo Mota, Araguari, MG

Estou divulgando matéria da revista *Radis* no meu blog (<http://igorlealpena.blogspot.com>). Teriam alguma sugestão para postagem? Aproveito para perguntar se seria possível fa-

zer uma matéria sobre a ausência do Programa Saúde da Família no meu município. Há mais ou menos três anos o programa foi suspenso pelo Ministério Público por improbidade administrativa. A cidade tem quase 500 mil habitantes e, sem Saúde da Família, os hospitais estão superlotados.

♦ Igor Leal Pena, enfermeiro, Campos dos Goytacazes, RJ

Caro Igor, obrigada por divulgar a *Radis* em seu blog. Fique à vontade para postar o que desejar, só pedimos que cite a fonte. Sua sugestão de pauta foi anotada. O procedimento de cortar verbas, sem previsão de retorno, para evitar desvios nos preocupa, por penalizar a população.

### SAÚDE BUCAL

Quero dar os parabéns pelo trabalho de vocês! Sou leitora de *Radis* desde 2003 e percebo que as revistas e reportagens estão cada vez melhores. Continuo aguardando curiosa e ansiosamente a chegada da revista a cada edição. Sou dentista, atuante no SUS, e trabalho com idosos. Estou desenvolvendo projeto de pesquisa sobre saúde bucal, idosos institucionalizados e seus cuida-

dores. Gostaria de sugerir reportagens sobre este tema e, caso já tenha sido abordado, me informem a edição.

♦ Ana Paula Belanger, Uberlândia, MG

Caro Ana Paula, estamos pautando matéria sobre o tema. Aguarde!

### SÍMBOLO DO SUS

Estou no Conselho Municipal de Saúde de Casimiro de Abreu (RJ) e gostaria de pedir uma ajuda. Li na *Radis* um artigo sobre o uso do símbolo da cruz azul do SUS em estabelecimentos, impressos e outros, que dizia que pouquíssimos lugares usam. Gostaria de mostrar esse texto para os outros conselheiros e tentar fazer com que, em Casimiro de Abreu, usemos sempre o símbolo, porque sabemos que infelizmente o usuário ainda tem dificuldade de reconhecer que aquele serviço pertence ao SUS. Tentei achar essa matéria, mas não consegui. Se puderem me ajudar vou agradecer imensamente.

♦ Patricia Walker, Casimiro de Abreu, RJ

Patricia, você deve estar se referindo às edições nº 35 e nº 104 da *Radis*, que estão, sim, disponíveis para acesso no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)). Clique em Edições anteriores.

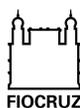
### PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Quero dar os parabéns pelas matérias publicadas na *Radis*, pela relevância e contribuição para a saúde pública brasileira. Venho sugerir uma matéria sobre planejamento estratégico em Saúde, mostrando a importância de se planejar, monitorar e avaliar os indicadores, objetivos e metas da saúde buscando melhores resultados em médio e longo prazo, além de experiências exitosas nos municípios brasileiros.

♦ Rafael Moreira Neves, Ribeirão das Neves, MG

Caro Rafael, sugestão anotada. Observamos, no entanto, que este é um tema presente em reportagens da *Radis*.

## EXPEDIENTE



Ministério  
da Saúde



**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 73.000 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  
Secretaria e Administração Fábio Lucas,  
Onésimo Gouvêa, Osvaldo José Filho  
(Informática) e Thiago da Silva Rego  
(estágio supervisionado)

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

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

**FOME NA SOMÁLIA: HORA DE AGIR**

O Centro de Análise para a Segurança Alimentar (FSNAU) das Nações Unidas lançou alerta ao mundo de que a fome que avança pela Somália já afeta mais da metade da população do país, pode matar até 750 mil somalis nos próximos meses e que o momento de a comunidade internacional agir é agora, informou o site Globo Online (5/9). De acordo com a organização, “dezenas de milhares de pessoas já morreram, a maioria crianças”, em países como Somália, Quênia, Etiópia, Djibuti e Uganda (que formam o que se conhece como o *chifre* da África), devastados pela pior seca em 60 anos. Os mais afetados têm sido os somalis que, além da seca, enfrentam uma guerra civil, aponta o site da BBC Brasil (5/9). Segundo a ONU, o estado de fome é verificado quando ao menos 20% dos lares enfrentam grave escassez de alimentos, 30% da população sofrem desnutrição grave, e a taxa de mortalidade diária é de duas em cada 10 mil pessoas. Agências humanitárias calculam que 13 milhões de pessoas passam fome na África Oriental. Além de ter que enfrentar condições econômicas e climáticas adversas, as agências encontram dificuldade para chegar a determinadas áreas, já que estão banidas da região pelo grupo rebelde al-Shabaab, que tem conexões com a al-Qaeda e controla parte do país, diz o *O Globo*. A maior parte da ajuda é distribuída a pessoas que conseguem chegar a Mogadíscio, capital da Somália, ou a campos de refugiados no Quênia e Etiópia. “Se se mantiver o nível atual da resposta (à crise), a fome aumentará ainda mais nos próximos quatro meses”, adverte o comunicado do FSNAU. As Nações Unidas patrocinam em Mogadíscio reunião de cúpula para ajudar a encontrar um caminho à realização de eleições em 2012 na Somália. Sem um governo funcional desde 1991, mais de 150 mil refugiados procuraram ajuda internacional nos últimos meses.

**INDÍGENAS ACUADOS**

Cerca de 50% dos 279 mil hectares da Terra Indígena do Alto do Rio Guamá, no Pará, já foram invadidos por

traficantes, desmatadores ou fazendeiros, deixando acruadas pelo menos 11 aldeias, em terras que, pela lei, deveriam ser protegidas, informou o jornal *O Globo* (3/9). Garimpeiros, interessados em retirar amostras e pedras do solo rico em minérios também vêm começando a ocupar a região. Nas áreas das aldeias próximas ao encontro dos rios Gurupi e Icoaraci, roçados de maconha se espalham mata adentro, a partir da comunidade Guarajupema, formada por brancos que dizem ter chegado ali antes da demarcação da reserva. Na comunidade convivem indivíduos em situação de miséria e vigilantes do tráfico, que abordam visitantes que saltam das embarcações locais. A proximidade dos índios com esse universo tem feito aumentar entre eles o número de usuários da droga.

**PLANO CONTRA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

O Brasil lançou (18/8) um plano nacional de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, com foco na mudança de hábitos da população, informou o Portal IG. Esse grupo de doenças é responsável por 63% das mortes do planeta, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis define e prioriza ações e investimentos para preparar o país para deter esses males, nos próximos dez anos. O foco está em estimular os brasileiros a comer melhor e a praticar atividades físicas. A meta do governo é reduzir a taxa de mortalidade prematura (menos de 70 anos) por essas enfermidades em 2% ao ano, informou o Portal da Saúde, do governo federal. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) – como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares e respiratórias – correspondem a 72% das mortes anuais no país, atingindo especialmente as camadas da população de mais baixa renda e escolaridade. Os fatores de risco são, na maioria dos casos, ligados ao



desenvolvimento: aumento da renda, sedentarismo e dietas calóricas ricas em sal e gorduras.

**COBAIAS HUMANAS NA GUATEMALA**

Uma comissão do governo dos Estados Unidos investiga por que cientistas deliberadamente infectaram com doenças sexualmente transmissíveis pessoas saudáveis na Guatemala, nos anos 40 (entre 1946 e 1948), para testar medicamentos, informou *O Globo* (31/8). A comissão divulgou em audiência (30/8) detalhes escabrosos dos procedimentos e concluiu que os médicos envolvidos sabiam tratar-se de conduta antiética. Foram pelo menos 5,5 mil pessoas, entre pacientes mentais, soldados, prostitutas e até crianças a participar das experiências, entre as quais, 1,3 mil deliberadamente infectadas com doenças como sífilis e gonorreia para testar as vantagens da recém-descoberta penicilina. Num dos casos descritos, uma mulher infectada por sífilis, e claramente morrendo da doença, não recebeu tratamento algum e teve, ainda, pus infectado em seus olhos e outros orifícios. A comissão relatou, também, casos de prisioneiros infectados depois de fazerem sexo com prostitutas doentes ou que haviam sido propositalmente infectadas pelos pesquisadores, e, ainda, de bactérias colocadas em feridas abertas pelos médicos nos pênis, rostos e braços das vítimas. De acordo com o jornal, os testes realizados na Guatemala foram mantidos em segredo por muito tempo e só vieram à tona depois de denúncia feita pela professora Susan Reverby, da Wellesley College, em Massachusets. Ela tomou conhecimento da experiência da Guatemala, quando estava pesquisando sobre outro estudo cruel, que durou nada menos que quarenta anos (de 1932 a 1972), envolvendo negros americanos com sífilis, acompanhados por médicos que queriam estudar a progressão da doença, sem receber tratamento algum. O objetivo da comissão, agora, é estabelecer parâmetros mais rígidos para impedir que pessoas sejam usadas como cobaias em testes de novos remédios, diz *O Globo*. Embora médicos digam que isso jamais se repetiria, há o temor

de que laboratórios farmacêuticos testem novas drogas em países onde a legislação de proteção aos pacientes é menos severa, como alguns da África.

### TRABALHO ESCRAVO CRESCE NO PAÍS

O Cadastro de Empregadores do Ministério do Trabalho, que reúne nomes de pessoas ou empresas que empregaram mão de obra análoga à escrava, aumentou em 65% em um ano, relatou *O Globo* (28/8). Atualizada em agosto, a lista somou 249 nomes – o maior número desde sua criação, em 2004 – contra 151 registrados em julho de 2010. De acordo com o ministério, o aumento se deve ao fato de a população estar mais atenta à existência do trabalho escravo e mais propensa a denunciar, e ao aperto da fiscalização diante de novas denúncias, informou o jornal. Ainda não estavam cadastrados os casos mais recentes, como o de oficinas de costura subcontratadas pela multinacional Zara, em São Paulo, onde havia bolivianos escravos. A atualização é semestral.

As infrações foram encontradas, em sua maioria, em fazendas (183). Há casos em carvoarias (12), construtoras (4) e serrarias (2), entre outros. O Pará é o estado que mais concentra empregadores que usaram mão de obra escrava (62), seguido do Mato Grosso (25). Os empregadores ficam no cadastro por pelo menos dois anos – caso não haja reincidência e as multas decorrentes da ação fiscal sejam pagas. Quem está na lista não consegue empréstimos em bancos públicos. Para denunciar veja a seção *Radis Adverte*, abaixo. Consulte o cadastro no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis))

### MARCO CIVIL DA INTERNET NO CONGRESSO



O governo encaminhou (24/8) ao Congresso Nacional para votação o Marco Civil da Internet, projeto de lei que define regras sobre direitos, deveres e princípios para uso da internet no Brasil (Portal G1). O texto, produzido sob coordenação do Ministério da Justiça, trata da garantia dos direitos dos usuários e do acesso de todos à internet e orienta a atuação do Estado no desenvolvimento e uso da rede. Em nota, o ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, registrou que “é preciso estabelecer mecanismos legislativos para preservar, com responsabilidade, os direitos dos internautas e a riqueza, a estrutura e a natureza da própria rede”.

O Marco Civil chegou à Câmara no momento em que os deputados discutem o substitutivo do PL 84/99, do deputado Eduardo Azeredo (PSDB-MG), também autor do texto original, que tipifica os crimes cibernéticos e foi apelidado de *AI-5 Digital* por defensores da liberdade na internet. O substitutivo está em tramitação desde 2009 – o Marco Civil não trata diretamente de temas como cibercrimes, comércio eletrônico, direito autoral, entre outros. A retomada do texto que trata da criminalização de procedimentos na rede foi justificada pelas ações contra sites do governo brasileiro ocorridas em agosto. Os opositores ao *AI-5 Digital* chegaram a levantar a suspeita de que os

ataques tivessem sido *fabricados* com a finalidade de trazer de volta o polêmico assunto da criminalização, de acordo com o Portal Brasil Atual (28/6). Mesmo lideranças antes favoráveis ao substitutivo, criticado por criar *vigilantismo* na rede, dispõem-se a recuar – um dos aspectos criticados é o período de três anos para a guarda pelos provedores dos dados de endereçamento eletrônico da origem, hora e data da conexão e a obrigação de se informar a órgãos investigativos ações consideradas suspeitas como compartilhamento de arquivos. O envio do texto do Marco Civil pode funcionar como forma de enfraquecer o substitutivo, por ter também a internet como foco e contar com apoio de mais setores da sociedade. Acesse a integra do Marco Civil no site do RADIS ([www.fiocruz.br/radis](http://www.fiocruz.br/radis)).

### RESTRIÇÃO À PROPAGANDA SOBRE MEDICINA PELO CFM

Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicado no Diário Oficial restringe a propaganda de serviços médicos e proíbe sensacionalismo, promessas de cura e garantia de bons resultados em tratamentos, informou *O Globo* (25/8). A entidade vai, ainda, reforçar a proibição da propaganda do tipo *antes e depois*, usada para divulgar cirurgias plásticas ou procedimentos de emagrecimento. As medidas entram em vigor em fevereiro de 2012. Pela resolução, os médicos estarão obrigados a destacar, em propaganda e em receituário, sua especialidade e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), e proibidos de divulgar, em entrevistas ou artigos, endereço e telefone do consultório ou clínica. Não poderão, ainda, demonstrar técnicas de tratamento, alardear garantias de solução de determinado problema, e participar de concursos de escolha do *médico do ano* ou similares. A presença de celebridades como atores, cantores e jogadores de futebol em anúncios também estará limitada. Estes não poderão dizer, por exemplo, que determinado tratamento é eficaz e que algum médico é o melhor profissional da área.

Outra decisão do CFM é a proibição da inclusão das marcas de associações e sociedades médicas nas embalagens de produtos ou em anúncios de serviços de saúde como *selo de qualidade*. A fiscalização da aplicação das novas regras ficará por conta da Comissão de Divulgação de

#### Radis adverte

Os direitos do trabalhador devem ser rigorosamente **respeitados!**



**TRABALHO ESCRAVO: DENUNCIE!**

LIGUE PARA 158 OU ACESSE <http://portal.mte.gov.br/postos/>

## toques da redação



**EXEMPLO DE DISTORÇÃO** — O desmonte da máquina pública promovido pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, durante seus dois mandatos, ganhou ares de bom feito em matéria de *O Globo* (9/9) sobre pesquisa do Ipea apontando que as contratações realizadas no período do governo Lula foram três vezes maior que na época de seu antecessor. O texto do jornal busca levar o leitor a concluir que todo o processo de recomposição da força de trabalho de servidores do país empreendido por Lula se trata de inchaço da máquina. *Lula contratou três vezes mais servidores que Fernando Henrique*, diz o título da reportagem, que se refere aos 155 mil novos concursados que entraram no quadro durante os dois mandatos de Lula (contra 51 mil, no governo FHC). Três conclusões importantes do estudo, no entanto, mostram cenário bem diferente do que aquele que a matéria tenta pintar. O movimento de recomposição de pessoal no setor público brasileiro,

observado durante toda a primeira década de 2000 (630 mil, em 2010) mostrou-se apenas suficiente para repor, parcialmente, o percentual de servidores ativos de meados da década de 1990 (680 mil, em 1992). O estudo mostra também que, ao longo do período, registrou-se reforço de carreiras em áreas estratégicas, como advocacia pública, arrecadação e finanças, controle administrativo, planejamento e regulação. E associa a retomada do concurso público ao crescimento e fortalecimento da capacidade de Estado, apontando ainda que “tampouco se deduz dos dados analisados que os gastos com pessoal tenham saído do controle do governo federal”. Por fim, a pesquisa indica que o de recomposição de pessoal no setor público deve trazer melhorias gradativas ao desempenho institucional. Essas informações inexistem ou aparecem diluídas na reportagem. Mais seguro é conhecer o texto na fonte original ([www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)). O link também está no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)).

FOTO: INST. P. FREIRE



**PAULO FREIRE, 90 ANOS** — Em 19/9, o educador pernambucano Paulo Freire (1921-1997), que revolucionou o pensamento e as teorias sobre Educação, completaria 90 anos. À frente de uma pedagogia

libertadora, na qual educadores e educandos são sujeitos do conhecimento, Paulo Freire tornou-se um dos maiores nomes da Educação do século 20, tanto no Brasil quanto no exterior. Seu ponto de partida foi a experiência, em 1963, com 300 adultos a quem ensinou a ler e a escrever em 45 dias, tomando a cultura do educando como fundamental para que este avance na leitura do mundo. Para ele, a educação como prática de liberdade (título de um dos livros de Freire) compreende uma relação dialógica. “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”, escreveu.

**‘RADIS’ NA CMDSS** - Esta edição da revista *Radis* ganhou versão especial para circular na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Com tiragem de 2 mil exemplares, a revista trará a reportagem de capa em três línguas (inglês, espanhol e francês), além do português, e uma seleção dos cartuns publicados ao longo das edições, voltados ao tema dos determinantes. A ideia é apresentar aos participantes da conferência por meio da *Radis* as propostas do Brasil ao mundo. Veja em pdf a edição especial, no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis))

Assuntos Médicos (Codame) dos conselhos regionais. Quem descumprir será alvo de sindicância e poderá ser punido com censura verbal ou até mesmo com a cassação do exercício da medicina.

### SAÚDE DA FAMÍLIA: JORNADA DE MEIO PERÍODO

O governo criou alternativas para a jornada de trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), voltada à atenção básica. Além da opção de 40 horas semanais, eles poderão cumprir 20 ou 30 horas, com remuneração reduzida, informou o *Estado de S. Paulo* (15/8). De acordo com o jornal, o governo correu com a medida após ter constatado aumento na evasão de médicos dos serviços públicos, resultante do aperto na fiscalização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que revelou esquema de profissionais para receber por trabalhos não realizados. Uma nova regra passou então a limitar

os vínculos dos profissionais e a carga horária no serviço público e, para atender a essas exigências, os médicos teriam aberto mão da ESF em prol de outros serviços (como atendimento de urgência ou plantões), como explicou ao jornal o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Figueiredo Nardi. Pela estimativa da Secretaria de Atenção à Saúde, o número de equipes cadastradas foi reduzido em 10% nos últimos quatro meses por causa da limitação dos vínculos. A ESF atende mais da metade da população brasileira.

Embora a mudança possa implicar perda do grande diferencial do programa — maior permanência do médico no serviço, o que, em tese, estreitaria o vínculo com a população —, o Ministério da Saúde considera que não há como se prever o impacto da mudança. “Pode alterar a relação entre médico e paciente, mas pode não trazer impacto nenhum”, disse o secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda, explicando que a

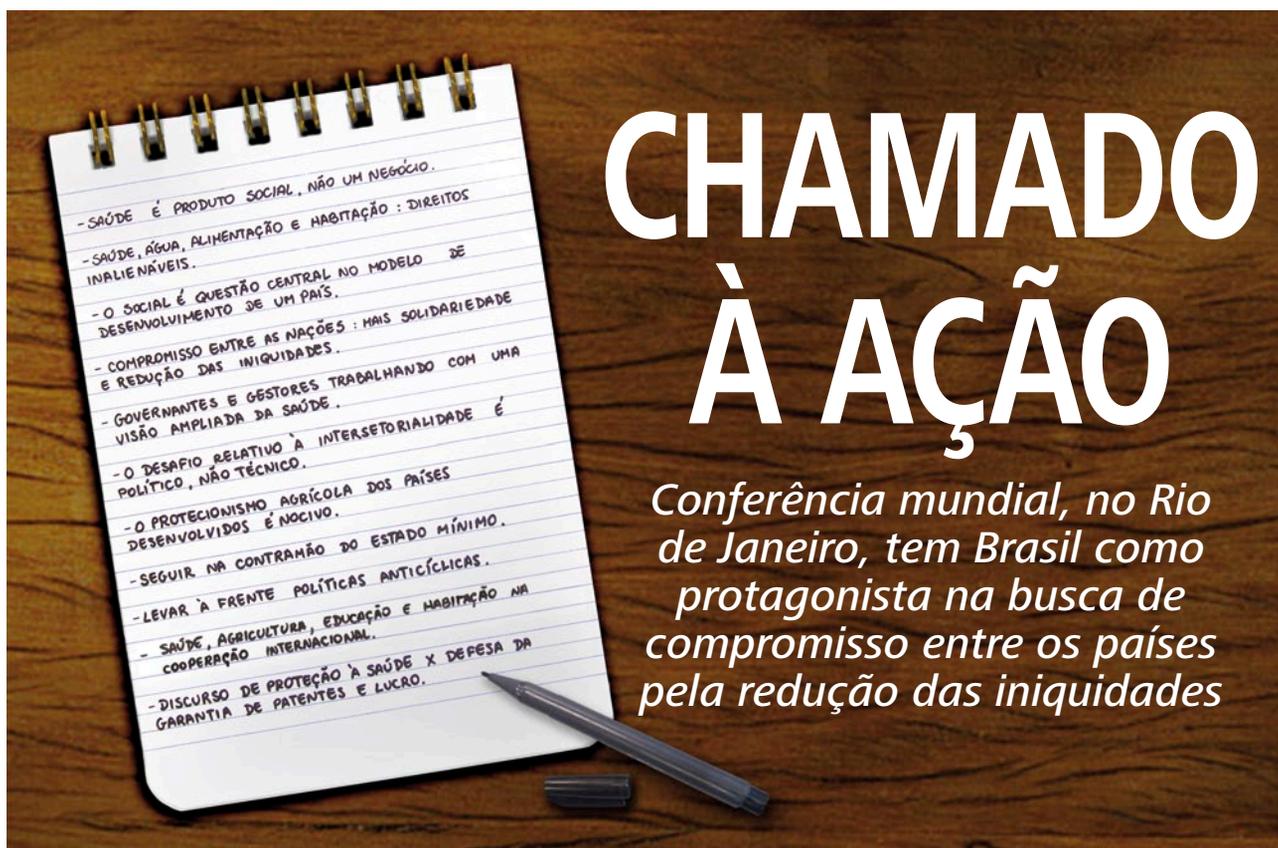
mudança, “indispensável”, não está ligada à expansão da estratégia e sim à garantia do atendimento que já é feito. “A primeira opção ainda é a jornada de 40 horas. Mas, temos de ofertar alternativas quando isso não é possível”, disse. As opções de horário estão restritas aos médicos, não abrangendo outros profissionais da equipe do PSF (enfermeiro e auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários da saúde, todos com carga horária de 40 horas). Em entrevista ao *Estadão*, o especialista em Saúde Pública Gilson Carvalho analisou que a novidade não descaracteriza a ESF e não ameaça sua qualidade. Para ele, o vínculo entre equipe e população pode ser estabelecido mesmo com a divisão do trabalho entre dois médicos. “Alguns paradigmas rígidos de 17 anos devem ser quebrados. Outros países já têm seus profissionais em tempo parcial”, disse Carvalho. 

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

## DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

# CHAMADO À AÇÃO

*Conferência mundial, no Rio de Janeiro, tem Brasil como protagonista na busca de compromisso entre os países pela redução das iniquidades*



Bruno Dominguez e Katia Machado

Entre os dias 19 e 21 deste mês, delegados dos países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e representantes de organizações da sociedade civil e de organismos internacionais reúnem-se no Rio de Janeiro na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), tendo o Brasil como bem mais do que anfitrião do evento. O país assume seu papel de liderança no cenário internacional e concentrará esforços na busca por um compromisso entre as nações, por mais solidariedade e pela redução das iniquidades. “Não podemos aceitar que a Somália tenha crise alimentar, em um mundo onde sobra comida”, defende o sanitarista Paulo Marchiori Buss, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (Cris/Fiocruz), dando o tom da postura brasileira na conferência (ver entrevista na pág. 15).

Essa postura sintoniza-se com a trajetória orientada por políticas de proteção social que o Brasil vem descrevendo e propondo aos demais países. E expressa-se no fato de o Brasil ter respondido ao chamado da OMS e criado sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), já em 2006 (Radis 45). A comissão reuniu personalidades de áreas e orientações diversas — entre elas, a médica Zilda Arns (1934-2010), fundadora da Pastoral da Criança, o médico e escritor Moacyr Scliar (1937-2011), o ministro da Saúde dos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, e os

sanitaristas Cesar Victora, pesquisador da Universidade Federal de Pelotas (RS), e Jairnilson Paim, professor do Instituto de Medicina Social da UFBA — e produziu um documento (ver em [www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org)) que contém a análise dos impactos das condições de vida sobre a saúde, no contexto brasileiro. Propôs, ainda, um conjunto de medidas políticas para o Governo Federal.

Outra iniciativa brasileira recente foi a realização, em 5 de agosto, na Fiocruz, do Seminário Preparatório da CMDSS, buscando-se dar voz aos vários segmentos de governo e sociedade civil no que diz respeito aos cinco pontos que norteiam a conferência — *O papel do setor Saúde, incluindo programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; Ação global sobre os determinantes sociais: coordenando as prioridades e as partes interessadas; Governança para enfrentar as causas das iniquidades em saúde: implementação de ações sobre os determinantes sociais da saúde; Promovendo a participação: liderança comunitária para as ações sobre os determinantes sociais; e Monitorando o progresso: medição e análise para fundamentar as políticas sobre os determinantes sociais.*

“Para o Brasil, Saúde é mais que um produto biológico e tecnológico, é um produto social. Já em outros contextos é mais um negócio”, compara Paulo Buss, para quem essa distinção irá gerar uma sociedade mais ou menos saudável. No cenário internacional, observou, alguns temas diretamente ligados aos determinantes sociais precisarão receber tratamento especial. “Saúde, água, alimentação e habitação são direitos inalienáveis. É preciso levar o mundo a pensar que esses direitos devem ser tratados de forma diferente, pois disso dependerão a dignidade e as vidas humanas”, afirma.



O seminário de agosto se inseriu num conjunto de atividades preparatórias que vêm sendo organizadas pelo Centro de Estudos, Política e Informação sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS/Ensp), em parceria com o Cris/Fiocruz. Essas atividades têm como objetivo divulgar a CMDSS no Brasil e contribuir para promover amplo debate nacional sobre os temas da conferência. O debate é importante não apenas para fortalecer a participação brasileira durante a conferência, como para concretizar suas recomendações e conclusões no país.

Além do seminário preparatório, foi promovido pelo Cepi-DSS, Conasem e Ministério da Saúde o concurso *Pró-Equidade em Saúde* para destacar experiências locais de promoção da equidade por meio da ação sobre os DSS. Foram 75 experiências inscritas, das quais cinco ganharam o prêmio, que consiste na participação de seus responsáveis na CMDSS.

Foram também lançados um número especial da revista *Cadernos de Saúde Pública* com estudos brasileiros sobre DSS e o Portal da CMDSS ([www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org)), que reúne conteúdos como reportagens que apresentam o que há de mais recente na literatura científica nacional e internacional sobre o tema, notícias da conferência, documentos de referência, entrevistas com autoridades, especialistas e representantes da sociedade civil, relato de experiências de ação sobre os DSS e um blog com opiniões sobre temas relacionados aos determinantes, entre outras seções.

O portal será mantido no ar também após a CMDSS, como espaço de interação para definir e levar à



FOTO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Alimentação, direito inalienável, do qual depende a dignidade e a vida humana

frente políticas e programas baseados nas conclusões e recomendações da conferência.

## Local, nacional, global

A importância de se agir sobre os determinantes para reduzir as iniquidades fora enfatizada no relatório final da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde, de 2008. O texto sugeriu a construção de um movimento global nesse sentido. Assim, mais do que promover um debate conceitual, a conferência organiza-se para fazer valer a recomendação da OMS: partir para a ação. Os delegados vêm apresentar experiências e discutir estratégias que orientem políticas em nível local, nacional e global. Ao final, serão publicados um documento técnico com orientações para o combate

às iniquidades em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais e uma declaração política expressando o compromisso dos estados-membros de concretizá-las.

Na conferência, o Brasil buscará reforçar as lutas do país para a saúde ser tratada como direito de todos e para fortalecer a democracia, como definiu o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na abertura do seminário preparatório à CMDSS. Nesse sentido, o evento precisa ser radicalmente democrático, observou. "Não pode reunir só a academia, o governo, os movimentos já organizados". O Brasil também deve afirmar a relevância das questões sociais na sua agenda governamental: "Somos o único país com mais de 100 milhões de habitantes que aceitou o desafio de implementar um sistema universal de saúde, o que só é possível quando se assume o social

FOTOS: DAYANE MARTINS



Padilha: sistema universal só é possível quando se assume o social como questão central



Gadelha: futuro depende de nossa capacidade de galvanizar a visão ampliada de saúde



Buss: saúde é mais que um produto biológico ou tecnológico; é um produto social

como questão central do modelo de desenvolvimento”, gosta sempre de lembrar Padilha.

## Nova geopolítica da saúde

Na conferência, o Brasil vai, ainda, propor a construção de uma nova geopolítica da saúde, sem a qual os sistemas nacionais públicos não se sustentam, como avalia o ministro. Ele considera urgentes as mudanças que ampliem o acesso a medicamentos e kits diagnóstico, por exemplo, a preço justo. “Só uma aliança global pode garantir essas mudanças”. Partindo do princípio de que “quem monta e sobe ao palco também está sujeito a vaia”, Padilha avalia que o país será “muito cobrado”, devendo mostrar como a ascensão de 35 milhões de pessoas para a classe média contribui para a melhoria da saúde em vez de ter impacto contrário. “Mas é uma cobrança boa, porque impulsiona ações”.

Entre os desafios que o fato de o Brasil assumir liderança na discussão sobre os determinantes impõe ao país, está o de romper com a dificuldade de se trabalhar de forma intersetorial, como observa o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha. “O futuro depende da nossa capacidade de galvanizar a visão ampliada da saúde e fazer com que tenha uma dimensão concreta, com experiências exitosas”.

O reconhecimento da importância da intersetorialidade foi reafirmado durante o seminário preparatório, que contou com representantes de diversos ministérios (Educação, Previdência Social, Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Agrário, Cultura,

Esporte, Direitos Humanos e Promoção da Igualdade Racial), além de líderes de movimentos sociais, sanitaristas e pesquisadores. “Sinal de que a convocatória encontrou ressonância compatível com o tamanho do desafio”, observou Gadelha durante o evento.

## Gestões fatiadas

O conceito de ações intersetoriais não é novo: fez parte das discussões da 2ª Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, ocorrida em Santiago, Chile, em 1972, e da *Declaração de Alma Ata*, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquis-

**O CONCEITO DE AÇÕES INTERSETORIAIS NÃO É NOVO, FEZ PARTE DE DISCUSSÕES NA REUNIÃO DE MINISTROS NO CHILE, EM 1972, E EM ALMA ATA, EM 1978**

tão, em 1978. Em 1982, a Organização Pan-Americana da Saúde divulgou sua definição de intersetorialidade e, em 1997, a Organização Mundial da Saúde também discorreu sobre o tema. “Eu poderia dar uma definição muito simples: intersetorialidade é trabalharmos juntos para conseguirmos resultados melhores”, resumiu o sanitarista e professor da Universidade Federal da

Bahia (Ufba) Jairnilson Paim, durante o seminário preparatório da CMDSS.

“Por que não conseguimos trabalhar juntos?”, indagou Jairnilson, para em seguida responder. “Há, nesse caso, interesses, disputas de orçamento, cálculos políticos e uma certa inércia das organizações. E, para que as organizações e suas corporações modifiquem o seu estado, é preciso incentivos, recompensas e sanções”, aponta o professor, destacando a necessidade de se analisar “como o governo governa”, para assimilar como as ações intersetoriais de saúde funcionam e como podem ajudar a desatar os nós e superar iniquidades.

Para Jairnilson, algumas experiências bem-sucedidas no país, voltadas à promoção da saúde, envolvendo diversos setores do governo, como o Programa Saúde na Escola, iniciativa dos ministérios da Saúde e da Educação, o Plano Nacional de Atividade Física, do Ministério da Saúde, o Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, do Ministério das Cidades, e o Programa Territórios da Cidadania, que integra Governo Federal, estados e municípios, apontam para a prática da intersetorialidade, mas não são suficientes. Ele ressalta que, ao se discutir a realidade brasileira na perspectiva da ação intersetorial, é preciso repensar o Estado brasileiro. O desafio relativo à intersetorialidade, segundo o professor, é político, “e não técnico”.

Jairnilson observa que a construção da governança brasileira tem se dado por meio de gestões fatiadas e distribuídas entre forças políticas, convencionalmente chamadas “presidencialismo de coalizão”. “Há loteamento de cargos do governo entre diferentes partidos, tendências e grupos políticos, burocratismo, corporativismo, limites

FOTOS: DAYANE MARTINS



Chediek: agências da ONU têm metodologias diferentes e esbarram em burocracia



Temporão: “nosso papel se agiganta quando dialogamos com outros setores e saberes”



Jairnilson: interesses, disputas de orçamento, cálculos políticos e inércia das organizações



impostos pela política econômica e dúvidas quanto às formas mais adequadas de se planejar, organizar e avaliar ações intersectoriais”, analisa, levando em conta o artigo *Princípios para uma boa governança no século 21* (do inglês *Principles for good governance in the 21st century*), publicado em 2003, pelos canadenses John Graham, Bruce Amos e Tim Plumptre, e que explica que governança refere-se a como os governos (e seus diferentes setores) e outras organizações sociais interagem e relacionam-se com os cidadãos, e como decisões são tomadas em um mundo globalizado. Jairnilson cita também a definição do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), segundo a qual uma boa governança deve ter legitimidade, direção e visão estratégica, bom desempenho, responsabilidade pelas decisões tomadas, ser justa e dar voz a todas as partes envolvidas.

## Ação e cooperação internacional

A governança deve ser pensada em nível global, empreendendo-se uma luta, no cenário internacional, por alguns conceitos, como o de que saúde, água, comida e habitação são produtos sociais – e não negócios, como, infelizmente, enxergam diversos atores em países desenvolvidos, afirma o sanitarista Paulo Buss, observando que esse conceito precisa ser defendido dentro das Nações Unidas. “Temos que defender esse conceito em quaisquer contextos da relação internacional. Temos que impregnar as demais agências da ONU. Temos que exigir coerência das Nações Unidas. A Organização Mundial do Comércio, por exemplo, muito pouco se preocupa com as questões de saúde”.

Para o representante do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) no Brasil, Jorge Chediek, o país está muito mais avançado nas questões éticas e na capacidade técnica de resolver certos problemas. “A presidenta da República, Dilma Rousseff, assume, por exemplo, o difícil compromisso de eliminar a miséria no país. Além disso, o Brasil assume importante papel na cooperação em saúde entre os países do Sul”, destacou, durante o seminário preparatório da CMDSS, frisando que, no mundo, há mais demandas que ofertas.

Para Chediek, analisando o próprio Pnud e o sistema de cooperação internacional, falta às agências da ONU capacidade de resolver problemas. “As agências têm metodologias



Acesso à água: garantia a ser defendida em qualquer contexto das relações internacionais

diferentes, esbarram em enormes burocracias”, criticou. “Ainda hoje, estamos negando existir mudanças climáticas, a começar pelos Estados Unidos”. Ele destaca dois pontos cruciais nesse debate: o movimento internacional das Nações Unidas, que busca medir o desenvolvimento humano e firmar compromissos éticos, humanos e políticos – iniciado nos anos 90 –, não está consolidado; e,

**UMA BOA GOVERNANÇA DEVE TER LEGITIMIDADE, DIREÇÃO E VISÃO ESTRATÉGICA, SER JUSTA E DAR VOZ A TODAS AS PARTES ENVOLVIDAS**

como resultado da crise econômica, demos legitimidade à discriminação. “Vamos tornar o Brasil exemplo de um mundo melhor”, convocou.

## Sociedade mais presente

A Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde é uma oportunidade de aproximar aqueles que não priorizam a discussão e a ação relacionadas ao tema. “Não cobro mais

presença apenas dos governos, cobro mais presença da própria sociedade, que está acostumada a ser setorial”, aponta Roberto Smeraldi, diretor da organização Amigos da Terra – Amazônia Brasileira. “Não é possível conversar sobre desmatamento somente com o Ministério do Meio Ambiente, quando parte das causas está ligada às pastas da Agricultura e de Minas e Energia”, exemplifica, apontando a necessidade de “se preencherem as cadeiras vazias”, numa referência aos setores que ainda não se engajaram na luta contra as iniquidades. “Ao Brasil, cabe criar um ambiente político para a conferência sobre determinantes sociais e também para a Conferência da ONU sobre Desenvolvimento Sustentável, marcada para junho de 2012, no Rio de Janeiro”.

O secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico de Andrade, lembra que muitas experiências inspiram a participação da sociedade na condução dos Estados: Revolução Russa, movimento das mulheres, dos negros norte-americanos, da Índia para se libertar, contra a ditadura militar na América Latina. Ele considera que, de certo modo, a Reforma Sanitária é fruto dessas lutas – e conseguiu estabelecer a gestão participativa no SUS, por meio de conselhos e conferências locais e nacionais de Saúde. “O fato de se vincularem políticas públicas a um conjunto de conselhos é muito importante”, observa. “Quando apontam as deficiências do controle social, digo que, mais do que criticar, se deve ocupar esse espaço”. Entre 1941 e 2010, informa, o Brasil realizou 113



conferências nacionais, das quais 74 ocorreram entre 2003 e 2010. “Esse número mostra que redemocratizamos o Estado brasileiro”, afirma Odorico.

## Papel do setor Saúde

Um novo capítulo na saúde global se anuncia, na avaliação do ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Ele se refere à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, que teve a área da Saúde pautando o tema de 2011 – doenças crônicas não transmissíveis. Poucas vezes a saúde foi questão principal da Assembleia da ONU e, por isso, a reunião é considerada histórica. Nos anos 1980, o debate sobre a paralisia infantil incluiu ações contra doenças imunopreveníveis na agenda internacional, levando à produção e distribuição de vacinas. Em 2001, o debate sobre a pandemia de aids tornou essa uma prioridade de governos, indústria e sociedade civil – com consequente desenvolvimento de novas tecnologias, reformulação do papel do movimento dos usuários, enfrentamento do preconceito.

Nesse novo capítulo, entende Padilha, o Brasil pode incidir por meio da conferência dos determinantes sociais e pelo discurso da presidenta Dilma Rousseff na Assembleia Geral. “Podemos indicar qual vai ser o centro do debate do enfrentamento das doenças crônicas, estabelecer uma ampliação do acesso das populações do mundo inteiro a diagnóstico e tratamento”, recomendou.

O setor Saúde tem papel decisivo na promoção da equidade, sendo, historicamente, aquele que alerta outros setores e a sociedade para a importância de se agir sobre os determinantes sociais. E os sistemas de saúde de cada país podem ser considerados, em si, determinantes sociais, como analisou, no seminário preparatório, o

ex-ministro da Saúde do Brasil José Gomes Temporão, atual coordenador executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), ligado à União das Nações Sul-Americanas (Unasul). O modo como os países financiam seus sistemas de saúde, o local onde constroem suas unidades e a maneira como os profissionais do setor lidam com as especificidades de diferentes grupos da sociedade determinam o impacto positivo ou negativo sobre as desigualdades. “O setor saúde pode produzir iniquidade quando, por exemplo, não assegura acesso igual para todos”, observa, acrescentando que o sistema também gera iniquida-



FOTO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Lixo coletado e tratado: atuação intersetorial é fundamental no combate às iniquidades

de, quando adota taxas de cobrança a fim de regular demanda ou acesso e quando usa o termo “seguro universal” para, na prática, estipular pacotes básicos de serviços para os mais pobres.

O estudo *Protecting households from catastrophic health spending*, realizado em 89 países que somam 85% da população mundial, mostra que a cobrança direta pelos serviços impede que parte da população procure atendimento e resulta em empobrecimento

Saúde – juntamente com a universalidade e a integralidade. Num país com disparidades sociais e regionais, dar igualdade de oportunidade no acesso ao sistema de saúde é um desafio.

Para Temporão, o debate sobre o papel da saúde na redução das iniquidades deve primeiramente considerar que todos nos constituímos socialmente, portanto, não há sujeito sem a presença do outro, e que a saúde abrange corpo e mente. Nesse sentido, o ex-ministro destaca experiências, como a da Estratégia Saúde da Família, que trabalham com os conceitos de rede, território e teia, se integrando com outras políticas sociais para dar suporte ao desenvolvimento dos brasileiros. “Nosso papel se agiganta quando dialogamos com outros setores e saberes”.

Para além do cuidado, o setor deve desempenhar papel político-ideológico nesse processo, analisa o ex-ministro: sinalizar, alertar, liderar e conduzir a sociedade até uma consciência política da saúde, trabalhar para construir hegemonia, tal qual o Brasil fez durante a Reforma Sanitária. Hoje, lamentou, domina uma visão da saúde que valoriza a doença – visão muito influenciada pela mídia, que privilegia a estética, a indústria de cosmético, o corpo. “A boa política, que se insere no contexto da determinação social da saúde, tem que se contrapor a essas contraestratégias, que tentam manter o predomínio da doença como vetor construtor do sistema”, disse.

Também na perspectiva do fortalecimento da articulação da atenção básica com outras políticas sociais, o presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Luiz Augusto Facchini, lembra o epidemiologista inglês Thomas

**O SETOR SAÚDE  
TEM PAPEL DECISIVO  
NA PROMOÇÃO DA  
EQUIDADE, ALERTANDO  
OUTROS SETORES  
SOBRE A IMPORTÂNCIA  
DE AGIR SOBRE OS  
DETERMINANTES**

daqueles que procuram. Indica ainda que 150 milhões de pessoas por ano sofrem “catástrofe financeira” porque precisam pagar para serem atendidas. O Relatório Mundial de Saúde 2008 da OMS – *Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca* – define que a atenção primária deve ter a equidade como valor central, aliada a cobertura universal, ação intersetorial e participação. A meta deve ser prestar serviços de maneira equitativa para todos os grupos da sociedade e em todas as modalidades de atenção. O Brasil definiu a equidade como um dos princípios do seu Sistema Único de



McKeown, que, entre as décadas de 1950 e 1980, publicou conjunto de artigos apontando que a contribuição dos serviços médicos para o crescimento populacional nos países industrializados era quase nula. Os avanços seriam mais fruto da melhoria das condições gerais de vida, especialmente no estado nutricional.

Facchini lidera a pesquisa *Acesso e qualidade da atenção em beneficiários do Bolsa Família no Sul e Nordeste do Brasil*, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com o Ministério da Saúde, ainda em andamento. O programa transfere renda para grande parte dos brasileiros extremamente pobres (cerca de 85% dos que recebem a bolsa), mas não para todas as famílias em condições de pobreza no país.

Para Facchini, esse é um exemplo de como a coordenação de políticas voltadas aos grupos sociais mais pobres e vulneráveis pode potencializar seu efeito na melhoria da qualidade de vida da população e na redução das iniquidades. Por isso, defendeu, a expansão dos investimentos e o reajuste do Bolsa Família devem estar em sintonia com a expansão do gasto público federal no SUS, particularmente na atenção primária e na Saúde da Família. “Não há razão para não prosseguirmos”, disse. “Não podemos ser a sétima economia do mundo e o 60º em saúde ou educação: um país rico, mas desigual e perverso”.

## Medição e monitoramento

Monitorar e gerar medições que informem os formuladores de políticas, avaliem a implementação de políticas e cobrem responsabilidades torna-se fundamental para a governança dos determinantes sociais. Um exemplo do valor desse tipo de iniciativa é o *Observatório sobre Iniquidades em Saúde*, operado pelo Centro de Estudos de Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). O objetivo do observatório é contribuir para a construção, de forma sistemática e contínua, de indicadores, colaborando para o mapeamento das desigualdades sociais no Brasil e permitindo identificar as tendências, ao longo dos períodos estudados, das iniquidades em saúde. “Para que o monitoramento seja efetivo é preciso coletar dados e disseminar e aplicá-los ao processo de formulação de políti-

cas”, explica o analista de sistemas do Ministério da Saúde (Datusus) Jacques Levin, que apresentou a experiência na mesa *Medição e Monitoramento das iniquidades em saúde*, durante o seminário preparatório da CMDSS.

As fontes de dados são os censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do setor Saúde – Vigilância de fatores de risco por inquérito telefônico (Vigitel), Saúde Bucal Brasil e Pesquisa Nacional de Saúde – e, ainda, dos sistemas epidemiológicos de mortalidade, de nascidos vivos e de doenças de notificação compulsória, entre outros.

De acordo com Levin, os dados, colhidos a partir de 2010, deverão ser desagregados segundo a área geográfica (país, região, unidade da federação, região metropolitana, capital, município, área de ponderação), características demográficas (idade, sexo, cor/raça) e características socioeconômicas (situação de domicílio, renda, escolaridade, habitação etc.). Foram definidos 49 indicadores, divididos em dois grupos: os determinantes, relacionados às condições de vida e de trabalho e os resultantes, consequência dessas condições, tais como expectativa de vida, mortalidade infantil e materna.

Por meio de monitoramento e medição é possível observar cenários como o da diminuição da participação do setor público nos serviços de saúde, apesar da criação do SUS, como aponta trabalho da pesquisadora Claudia Travassos, do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Ela apresentou um recorte das iniquidades relacionadas à cobertura assistencial, obtido a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), de 2008.

O estudo identificou três grupos: aqueles com planos de saúde (25,9%); os que usam o SUS sem cobertura da Estratégia Saúde da Família (31,9%) e os que usam o SUS com cobertura da ESF (42%), com maior número de pessoas. “O número de pessoas com planos de saúde é maior nas regiões Sudeste e Sul do país, enquanto que as pessoas que usam o SUS com ESF estão nas regiões Nordeste e Norte e, o SUS sem ESF, no Nordeste”, informou.

Segundo Claudia, as melhores condições socioeconômicas são das pessoas que têm planos de saúde, seguidas das que usam o SUS sem ESF e, por último, do grupo que usa o SUS com ESF. Chama ainda atenção, nesse estudo, a população coberta pelo Saúde da Família, pois tem a pior condição de saúde. O estudo revela que a prevalência da morbidade decresce e o uso de serviços de saúde cresce, com o aumento da renda familiar per capita.

Claudia observou que as portas de entrada para uso regular dos serviços são completamente diferentes. “Nos planos de saúde, a porta de entrada são os consultórios e clínicas médicas (67,3%), no SUS com ESF, postos e centros de saúde (77,6%), e, no SUS sem ESF, hospitais e emergências (66,7%)”, comparou.

O estudo permitiu algumas conclusões, entre elas, que o sistema de saúde brasileiro é altamente fragmentado com impacto negativo na equidade. Foi observado, ainda, que as políticas de reorganização da oferta, como a Estratégia de Saúde da Família, modificaram as desvantagens potenciais dos mais pobres e mais doentes nas chances de uso de serviços de saúde e que essas políticas focalizam os mais pobres e são limitadas do ponto de vista da integralidade. “A população com renda intermediária e sem cobertura da ESF ou do plano de saúde é a que emprega maior proporção



Habitação digna e adequada: determinante na promoção da saúde

de recursos próprios no consumo de serviços de saúde e as pessoas cobertas por planos de saúde representam um segmento da demanda com marcadas vantagens de acesso, apesar de serem o grupo da população relativamente mais sadio”, completa Claudia, ressaltando o quanto as pesquisas de base populacional são fundamentais para avaliação do impacto das políticas de saúde.

## Inclusão social e produtiva

Ao lado das pesquisas, as ações intersetoriais surtem efeito positivo na redução das desigualdades, como demonstra o Plano Brasil Sem Miséria, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) do Brasil, apresentado pelo médico e especialista em Medicina Social Rômulo

Paes de Souza, secretário executivo do MDS, no painel sobre intersetorialidade do seminário preparatório. O objetivo geral do plano é promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da extrema pobreza.

A proposta tem como metas específicas elevar a renda familiar per capita, ampliar o acesso aos serviços públicos, ações de cidadania e bem estar social e às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural. “O Brasil Sem Miséria imprime esforço intersetorial, pelo qual combinamos dimensões política e econômica”, observa.

O plano faz parte de um modelo sistêmico de Proteção Social, que vem se consolidando desde 2005 no país, e que se representa por uma pirâmide de três níveis. O primeiro

nível compreende os benefícios de suplementação, como o programa de transferência direta de renda Bolsa Família, voltado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza – diversos estudos apontam para a contribuição do programa na redução das desigualdades sociais e da pobreza. O segundo nível, os serviços de assistência à saúde, que respondem às vulnerabilidades diversas. E, o terceiro, os serviços de média e alta complexidade de proteção social.

A integração dessas ações, explica Rômulo, pode se dar pelo compartilhamento de um cadastro único ou por meio de equipamentos públicos, a exemplo do Centro de Referência de Assistência Social, responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social – portanto, porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

# Múltiplas vozes

## ‘POPULAÇÃO INVISÍVEL’

Um público invisível às políticas intersetoriais é o dos moradores de rua, que, no seminário preparatório da CMDSS, foi representado por **Anderson Miranda**, do Movimento Nacional da População de Rua, ex-morador de rua, em São Paulo, e, hoje, assessor de sindicato na capital paulista. Anderson criticou o fato de os moradores de rua, durante anos, estarem invisíveis às políticas intersetoriais. “Queremos ser lembrados nessa CMDSS. Nossas demandas são acessibilidade aos serviços de saúde, bem como aos de proteção social. Precisamos de mais consultórios de rua, do Brasil Sorridente etc.”, pontuou. Ele também reivindicou trocar o nome Consultório de Rua (política do SUS de atendimento à população em situação de risco e vulnerabilidade social, com equipe de médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos que atendem diretamente na rua) por Saúde da Família sem Domicílio, dando fim ao estigma que se forma em torno dessa iniciativa.



FOTOS: S.E.O.



## CULTURA DA PARTICIPAÇÃO

A ação sobre os determinantes sociais demanda nova cultura de participação, que tenha a equidade como princípio e assegure a intervenção da sociedade nas políticas públicas, de modo que essas sejam reflexo das necessidades reais das pessoas. Para a coordenadora da organização Criola, de promoção dos direitos das mulheres negras, integrante do Conselho Nacional de Saúde **Jurema Werneck**, “a

equidade está sob controle de um grupo” e o movimento negro não é suficientemente ouvido sobre quais direções tomar. Jurema lembrou de lutas antigas de grupos populacionais brasileiros: os povos indígenas disputam há mais de 500 anos a posse de suas terras, os negros brigam pela possibilidade de viver como sujeitos no território para onde foram trazidos. “O primeiro passo é reconhecermos a discriminação, falarmos em racismo, homofobia, sexismo”, apontou. Depois, disse, se deve responder à pergunta: Quem não representamos e está faltando nas discussões? Para Jurema, o desafio



da conferência sobre determinantes é produzir uma carta com diversidade no conteúdo e na forma: “Não precisamos só de bons enunciados, precisamos que esses enunciados tenham sido construídos por todos nós”, defendeu.

## COMBATE À DISCRIMINAÇÃO

Representante do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde e da Liga Brasileira de Lésbicas, **Maria de Lourdes Rodrigues** avalia que faltou na preparação para a CMDSS coletar dados referentes aos grupos das lésbicas, gays, bissexuais etc, uma vez que a homofobia e o sexismo estão presentes na sociedade brasileira. “Combater a discriminação é tão importante para os determinantes sociais quanto pensar políticas para grupos excluídos”, observou.

“A discriminação não é vista como determinante social da saúde. Discriminações de gênero, raça e condição sexual precisam ser monitoradas. Quem quer que esteja coletando dados para este trabalho precisa ter humildade para consultar os movimentos sociais sobre isso”, acrescentou **Isabel Cruz**, professora da Universidade Federal Fluminense.



Entrevista: **Paulo Buss**

# 'É preciso ética para o desenvolvimento'

FOTO: DAYANE MARTINS



O fato de o Brasil ter sido o único país a responder ao chamado da OMS, instituindo, em 2006, sua Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, foi fator importante para que conquistasse o lugar de anfitrião da Conferência Mundial sobre DSS. Afinal, a iniciativa é uma forte demonstração da prioridade que dá ao tema. É coerente com os caminhos que o país vem trilhando e que tem atraído os olhares do mundo: "O Brasil sai relativamente bem da crise porque não entrou na cantilena do Banco Mundial e FMI que recomendaram um Estado mínimo e porque implementou políticas anticíclicas", analisa o sanitarista Paulo Marchiori Buss, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz. À frente da organização do Seminário Preparatório para a CMDSS, realizado em 5 de agosto, e que tratou dos eixos temáticos da conferência, contextualizados nas experiências e políticas brasileiras, Buss é claro em suas críticas aos países "muito desenvolvidos", onde o poder está concentrado e, nesse sentido, quanto à expectativa do papel do Brasil na conferência. "Vamos tentar gerar um compromisso de

que o mundo seja mais solidário nas relações internacionais e consigamos superar estruturas e fatores .que, definitivamente, afetam a saúde das populações menos desenvolvidas".

## **Que balanço faz do Seminário Preparatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde?**

O seminário foi uma forte demonstração da prioridade que o Brasil dá ao tema dos DSS e a esta conferência. O Brasil foi o único país a criar uma comissão de determinantes sociais da saúde, um ano depois da Comissão Global de DSS da Organização Mundial da Saúde (criada em 2005), e agora a fazer uma consulta formal preparatória para a CMDSS, com participação de governantes de vários setores e níveis de governo, sociedade civil, organizações internacionais e acadêmicas. O objetivo do seminário, que era estabelecer diálogo profícuo, estimulante e dinâmico entre os vários segmentos de governo e da sociedade civil sobre a realidade brasileira em relação aos cinco pontos que dão base à CMDSS, foi alcançado. Ou seja, nós aprofundamos o debate sobre as políticas intersetoriais no Brasil, sobre a contribuição do sistema de Saúde brasileiro para equidade, falamos sobre a maneira como o Brasil está monitorando e avaliando as iniquidades em saúde, isto é, de como o país está gerando conhecimento em

torno do tema das evidências em saúde, tivemos uma grande participação social e, ainda, avaliamos como as questões internacionais e globais influenciam os determinantes sociais no Brasil.

## **O seminário se destacou pela participação de vários ministérios, evidenciando a importância que o Brasil dá para a intersectorialidade no combate às iniquidades em saúde. Como isso foi observado?**

Além de vários ministérios — Saúde, Educação, Cidades, Desenvolvimento Social, entre outros —, houve a participação das três esferas de governo — municipal, estadual e federal. É claro que a Saúde sempre interessa à Saúde. Mas até onde a Saúde interessa a outros setores? Até onde a Saúde influencia e se apropria de outras políticas e vice-versa? Como a saúde compreende as outras agendas sociais? Como essas políticas influenciam a Saúde Pública? O que falta nessas políticas? Quais são as políticas inexistentes e como a Saúde contribui para a efetivação das agendas políticas de outros setores? São questões que dizem respeito ao tema da intersectorialidade. Temos claro que uma população saudável gerará mais riquezas para um país e, se essas riquezas forem bem distribuídas, isso reverterá para que a população seja mais saudável. É um verdadeiro círculo virtuoso. Enquanto que populações com más condições de saúde e nutricionais e baixa qualidade de vida gerarão um círculo completamente oposto. Por isso, foi importante a interpenetração de políticas intersectoriais nesse seminário.

## **Que papel o Brasil pretende assumir na CMDSS?**

Sempre o país-sede tem uma contribuição a mais para dar. Se conseguimos trazer para cá a conferência foi porque, em primeiro lugar, criamos a Comissão Nacional dos DSS, como recomendou a OMS. Segundo, porque todos os estados-membros da OMS visualizam o Brasil como país que está saindo bem da crise econômica mundial que afeta as áreas sociais do mundo inteiro, prin-





principalmente os centros do liberalismo econômico — Europa e EUA. O Brasil sai relativamente bem da crise porque não entrou na cantilena do Banco Mundial e FMI, que recomendaram um Estado mínimo. O país implementou políticas anticíclicas, seguindo na contramão da agenda neoliberal, apesar dos juros altos praticados. E vamos apresentar na conferência algumas dessas políticas econômicas brasileiras que deram certo, bem como as políticas de proteção social praticadas na área da Saúde, da Seguridade Social, de distribuição de renda e de desenvolvimento urbano e rural. O Brasil tirou milhares de pessoas da pobreza nos últimos anos, colocou-as em um patamar melhor, reduziu um pouco as desigualdades, ou seja, criou uma sociedade mais coesa. A nossa intenção com a conferência, dessa forma, é compartilhar políticas públicas que tenderam à equidade, a reduzir desigualdades e a entender saúde, educação, alimentação e habitação como direitos. Queremos ainda nessa conferência pedir que todos os países tenham coerência com suas políticas.

### **Pode dar exemplos de ações que o Brasil pretende levar à frente na conferência?**

Queremos compartilhar nossa preocupação com países muito desenvolvidos, como Estados Unidos e os da Europa, que têm um protecionismo agrícola muito nocivo, tanto para a competitividade deles quanto para gerar melhor distribuição da riqueza mundial. Os países africanos ou latino-americanos têm suas exportações agrícolas, em grande medida, fortemente taxadas na Europa e Estados Unidos. Consequentemente, a importação desses produtos é reduzida e, com isso, reduz-se o fluxo de capital. Em vez de vir dos países em desenvolvimento para os desenvolvidos, o fluxo do comércio exterior faz caminho inverso devido a políticas protecionistas não aceitas nem pela Organização Mundial do Comércio (OMC). Queremos compartilhar com os países políticas de inclusão, que expressam os direitos à proteção social, saúde, educação etc. Vamos tentar gerar um compromisso de que o mundo seja mais solidário nas relações internacionais e consigamos superar algumas estruturas e fatores que, definitivamente, no campo das políticas internacionais e globais, afetam a saúde das populações menos desenvolvidas.



### **A CMDSS poderá representar espaço de consenso?**

A conferência irá apresentar resultados, mostrando que a equidade e a coesão social são favorecedoras do resultado final da saúde e da qualidade de vida da sociedade. Existem países desenvolvidos que gastam, por exemplo, até 15% do PIB com saúde, enquanto outros, que gastam a metade disso, têm a expectativa de vida muito mais alta e a mortalidade infantil, mais baixa. Isso se dá porque os primeiros seguem modelos pouco solidários, com alta concentração tecnológica e focados na doença, enquanto outros países, seguem um modelo mais solidário. Essas constatações já estão dadas, não queremos voltar nelas. O que pretendemos com a conferência é propiciar um espaço de intercâmbio das experiências bem-sucedidas e discutir que políticas e situações devem ser evitadas porque serão nocivas à saúde.

### **De que forma as ações de cooperação internacional estão relacionadas a esses propósitos?**

Entendemos a cooperação internacional como parte do processo de ajuda externa de um país para outro, ou seja, como parte do que chamamos de diplomacia da saúde. Na minha avaliação, esse processo se dá em duas dimensões. A primeira refere-se às negociações internacionais que podem ser bilaterais ou multilaterais. Estas últimas se referem aos acordos dos países no âmbito das organizações internacionais, entre elas Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Mundial do Comércio (OMC), Organização Internacional do Trabalho (OIT) etc. A segunda dimensão é a da cooperação internacional. E o Brasil tem insistido na ideia de que cooperação internacional não seja apenas em saúde, que não basta construir projetos isolados, sequer projetos só na área da Saúde. A cooperação internacional que queremos se dá por meio do apoio aos processos de desenvolvimento, do qual fazem parte a saúde, a agricultura, a educação, a habitação e a construção da institucionalidade.

### **É o que o Brasil chama de cooperação estruturante?**

Sim. Nesse caso, o objetivo é ajudar outros países não com projetos isolados, mas principalmente fortalecendo suas instituições e colaborando na formação de seus recursos humanos. Por exemplo, o Brasil tem ajudado alguns países a organizar suas afândegas, seus sistemas de coleta de

impostos, a criar os tribunais eleitorais para garantir a democracia etc., isto é, desenvolvendo com eles a necessária institucionalidade. Isso é uma agenda de cooperação estruturante para o desenvolvimento e, consequentemente, uma agenda para a saúde. Pois, quando falo de cooperação para o desenvolvimento, refiro-me a projetos para enfrentar adequadamente os DSS.

### **Qual o papel das Nações Unidas nesse cenário?**

As Nações Unidas são imprescindíveis, mas existe nelas uma espécie de fadiga de materiais. Precisamos repensar a governança global. Não dá mais para repousar toda a governança global e econômica sobre as chamadas instituições de *Bretton Woods* [referência ao sistema de regras e procedimentos para regular a política econômica internacional, concebido em 1944], como FMI e Banco Mundial. Isso tem que mudar. Temos que reformatar a governança global, como também a governança global em Saúde, e exigir coerência entre os órgãos das Nações Unidas. Cada agência da ONU tem uma agenda e uma burocracia muito grande e cara. Só para dar um exemplo: Saúde diz respeito à OMS, à OMC, por conta da proteção patentária, ao Unicef etc., mas as agendas dessas agências não se conectam. Além disso, os países agem de maneiras distintas nos diversos órgãos. Diferentemente do Brasil, que tem atuado em relação aos acordos de comércio de forma coerente com suas posições na Saúde, alguns países — especialmente onde o poder está concentrado —, de um lado, fazem discursos de que é preciso proteger a saúde das populações e, de outro, defendem a garantia de patentes e do lucro. É preciso ética para o desenvolvimento. Não podemos aceitar que a Somália tenha crise alimentar, em um mundo onde sobra comida. Comida, água, medicamentos, ou seja, todos os bens essenciais para a saúde têm que ter uma proteção diferente, não podem ser objetos de negócios. (B.D. e K.M.)

Acompanhe a CMDSS ao vivo pelo portal [www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org) e em [www.canal.fiocruz.br](http://www.canal.fiocruz.br). Acesse também o áudio do Seminário Preparatório da CMDSS e os vídeos do evento produzidos pelo Canal Saúde. Acesse artigos de Paulo Buss sobre o tema, no site do RADIS.



# Por dentro da Reforma Sanitária

*Cursos promovidos pelo Cebes em todo o país buscam formação crítica de profissionais, gestores, estudantes e usuários e ampliação do apoio ao SUS*



Os cursos são ministrados nos estados e, ao mesmo tempo, gravados, para a produção de videoaulas que ampliarão seu alcance

FOTO: ELIANE PONTES/VIDEOSAÚDE

Adriano de Lavor

A saúde vista como direito é uma conquista que vem se consolidando e, nesse processo, torna-se importante ampliar o debate em torno do tema e garantir contato mais estreito de pessoas e organizações com a Reforma Sanitária brasileira e sua agenda atual. Esse é o objetivo do projeto *Formação em cidadania para a saúde: temas fundamentais da Reforma Sanitária*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Em cursos de atualização de curta duração, direcionados ao público em geral (profissionais, gestores, estudantes e usuários) e levados a todo o país, o projeto objetiva desenvolver a capacidade crítica de ativistas, contribuindo para a “formação crítica de sujeitos políticos militantes” e “ampliar a base de apoio e adesão ao SUS”.

Os cursos começaram em junho de 2011 e já trataram de temas como *Políticas sociais, seguridade social e saúde* (ministrado em Brasília, em junho, Belo

Horizonte, em julho, e Londrina (PR), em agosto), *Atenção primária à saúde* (realizado em Fortaleza, em setembro) e *Reforma do Estado e gestão à saúde* (com realização também em setembro, em Salvador, e previsão para este mês, em Belém).

## VIDEOAULAS

O projeto começou a ser elaborado bem antes, há dois anos, a partir de discussões no âmbito do Cebes, envolvendo representantes da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). Atual presidente do Cebes, a médica Ana Maria Costa conta que, ao identificar ausência de uma discussão ampliada sobre questões referentes à Reforma Sanitária, o Cebes apresentou, ainda na gestão do médico Roberto Nogueira, a ideia à Una-SUS, que demonstrou interesse em produzir material pedagógico que pudesse ser disponibilizado para universidades e redes sociais. Chegou-se, então, à proposta de realização de 30 cursos gratuitos presenciais, a partir de temas que favorecessem a retomada de debates.

Para ampliar o alcance da proposta, ao mesmo tempo em que o curso é ministrado nos estados — cada sala de aula recebe até 70 alunos —, dez videoaulas estão sendo produzidas pela VídeoSaúde Distribuidora, da Fiocruz. O material estará acessível no acervo da distribuidora e nos sites do Cebes e da Una-SUS.

“Destas forma, levamos os cursos a locais onde não chegariam”, explica a psicóloga Suelen Oliveira, pesquisadora do Cebes. Além das imagens, os alunos também terão acesso gratuito ao material didático produzido pelos professores — um livro eletrônico, com aproximadamente 70 páginas.

### CONJUNTURA LOCAL

Os cursos, com 16 horas-aula cada, são introduzidos por mesas redondas — com a participação de personalidades ligadas à Reforma Sanitária — e estão articulados com os 21 núcleos estaduais do Cebes. A intenção é priorizar atores locais e abordar questões referentes à conjuntura do setor Saúde em cada estado e, ao mesmo tempo, resgatar o histórico da Reforma Sanitária, diz a secretária executiva da entidade, a psicóloga Gabriela Rangel. “Um projeto de transformação da sociedade, delimitando o Estado necessário para essas transformações”, como aponta o projeto.

Para fazer frente à proposta metodológica de instigar a capacidade crítica do aluno, o projeto de formação visa fortalecer a organização dos núcleos atuais do Cebes como difusores da agenda atualizada

da Reforma Sanitária, “incentivando a formação de novos núcleos e ampliando a adesão social aos princípios do SUS de universalidade, integralidade, participação social e equidade.

Os temas das aulas são determinados em conjunto com os núcleos locais, de modo que as discussões gerais possam ser ajustadas à realidade dos alunos. Para Gabriela, uma oportunidade para profissionais e movimentos sociais se instrumentalizarem para o trabalho diário de defesa dos direitos sociais, da saúde e da democracia.

### RETOMADA DO DEBATE

Ana Maria Costa lembra que a titulação do curso é conferida pelo próprio Cebes, dados os diferentes níveis de formação acadêmica dos alunos. Ela comemora um número de inscritos maior que o esperado, afirmando que tem sido feita uma “busca ativa” para a participação das lideranças: a ideia é qualificar o debate a partir dos temas e dos participantes.

Os assuntos selecionados não se limitam à realidade do SUS. Entre os temas abordados, destacam-se as discussões acerca do conceito ampliado de Estado e a reflexão crítica sobre questões subjacentes; a luta pelo direito à saúde e a defesa de um Estado voltado ao indivíduo e à sociedade — não ao capital; desenvolvimento, trabalho, saúde e meio ambiente; saúde, democracia e processos participativos; capitalismo e saúde, além de questões agrárias e relacionadas à violência. “Queremos reavivar o debate político, de sorte a reforçar

a ação contra-hegemônica do discurso liberal”, diz Ana Costa.

### DE OLHO NA 14ª

Os cursos deverão também repolitizar o debate sobre saúde no Brasil, espera Ana Costa, em especial no âmbito da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que se realizará em novembro. Ela considera que o evento será uma oportunidade para repercutir os conteúdos avaliados. Para garantir a qualidade, Ana garante que os professores selecionados reúnem competência e intimidade com os temas sugeridos. “São pessoas próximas ao Cebes, mas isso não impede que outros pesquisadores também sejam acionados”.

Ela citou a socióloga Lenaura Lobato (responsável pela aula *Políticas sociais, seguridade social e saúde*), o médico Roberto Passos Nogueira (que discutirá *Capitalismo e saúde*), além dos sanitaristas Nelson Rodrigues, o Nelsão, (que abordará *Reforma do Estado e gestão da Saúde*), Jairnilson Paim (que fará um resgate da trajetória e dos rumos do SUS com Carmen Teixeira) e Ary Miranda e Ana Tambellini (cuja aula discutirá *Desenvolvimento, trabalho, saúde e meio ambiente*).

### APROXIMAÇÃO COM A SOCIEDADE

Responsável pela aula *Desenvolvimento, trabalho, saúde e meio ambiente*, prevista para acontecer em 2012, o sanitarista Ary Miranda acredita que a iniciativa é muito boa por aproximar as discussões sobre saúde da sociedade. “Assim o SUS avança fora do âmbito do Estado”, sugere, a partir da compreensão qualificada promovida por uma discussão sistematizada sobre o assunto.

Ele lembra que, hoje, a conjuntura é bem diferente das décadas de 1970 e 1980, quando se organizaram e se desenvolveram as teses relacionadas à Reforma Sanitária. Por isso, mesmo, novas questões emergem. “São mudanças significativas nestes 25 anos”, alerta. Para começar, houve uma reestruturação do próprio capitalismo, a partir da década de 80.

As mudanças, que alguns classificam como “reestruturação produtiva”, ancoradas nas tecnologias de informação e comunicação e na forte entrada do capital financeiro na dinâmica do capitalismo, se refletiram nas ações dos movimentos



FOTO: ELIANE PONTES/VIDEOSAÚDE

Christian (centro) na direção das videoaulas: registro em duas câmeras e imagens para ilustrar



FOTO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Ana Costa: reavivar o discurso político e reforçar a ação contra-hegemônica



FOTO: ARISTIDES DUTRA

Ary: o movimento social se fragilizou e o da iniciativa privada no SUS ficou mais vigoroso



FOTO: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Sérgio: desafio de transformar 24 horas de material gravado em 50 minutos de aula

sociais, inclusive no Brasil. Um golpe duro para sindicatos, por exemplo, que assistiram à reconfiguração das formas contratuais dos trabalhadores.

Ary ressalta ainda que a ampliação, a partir dos anos 1990, da política neoliberal em todo mundo – iniciada nos anos 1980, por figuras políticas como o presidente americano Ronald Reagan (1911/2004) e a primeira ministra britânica Margaret Thatcher – foi outro fator que trouxe mudanças também para a realidade brasileira: “O movimento social se fragilizou e o movimento da iniciativa privada dentro do SUS ficou mais vigoroso”, adverte.

Entre as questões recentes mais diretamente ligadas à saúde, ele cita a relação que se construiu entre o modelo de desenvolvimento, saúde e meio ambiente, a partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a Rio 92. “Essa preocupação é recente”, diz.

O sanitarista lembra que até há pouco eram raros os trabalhos que relacionavam estes temas, também pouco explorados nas ações de vigilância ambiental – focadas no saneamento, até então. Ary reforça que, em relação ao que havia antes, muito se avançou com a construção do SUS, “uma proposta civilizatória, ancorada na luta popular”. Mesmo assim, ainda há muitos desafios colocados para o movimento social: universalização do sistema, equidade e humanização são metas que ainda devem ser perseguidas.

## OBJETOS DE APRENDIZAGEM

O coordenador de produção da Vídeo Saúde, Sérgio Brito, comemora a parceria com o Cebes para a realização das videoaulas e

destaca o desafio que representa o desenvolvimento desses objetos de aprendizagem. “Imagine transformar 24 horas de material gravado em 50 minutos de aula”. Ele explica que se trata de experiência relativamente nova construir conteúdos que irão compor material didático de educação a distância (EAD). “É um produto com permanentes mudanças, já que são professores, locais e temas diferentes”, diz.

Sérgio explica que, embora já se tenha feito algo desta natureza em áreas como Educação, a produção terá que encontrar meios para que as videoaulas se tornem atraentes, a despeito do denso conteúdo que abordam. “O desafio é construir um material palatável para todos os tipos de alunos, agradável de ser visto e que estimule o desejo de rever e de indicar para outras pessoas”, aponta. Além disso, há que se ter o cuidado para que as aulas não se tornem desatualizadas com o passar do tempo.

## EDITAR PARA COMUNICAR

Para imprimir uma identidade visual às videoaulas, a produção da VídeoSaúde contratou o comunicador Christian Jafas para dirigi-las. À frente da direção de mais de 300 programas de televisão e com prática da sala de aula no currículo, ele disse à *Radis* que ainda está “encontrando o caminho”, antecipando que pretende transformar os conteúdos ministrados em módulos temáticos menores, para que haja maior receptividade ao que se ensina.

Enquanto editava a primeira das videoaulas, Christian explicou que iria esperar o retorno do público-alvo para que os ajustes

fossem feitos ao longo do processo. A ideia é assistir, conversar e debater, de modo a obter as informações necessárias para deixar o conteúdo palatável. Para isso, programa o uso de duas câmeras na captação de cada aula, além de “imagens de cobertura” para ilustrar falas, aspectos históricos do SUS ou as questões abordadas.

Segundo ele, na edição das videoaulas também serão inseridos links de autores, livros e/ou filmes, além de explicitar termos mais específicos, não deixando que informações importantes passem despercebidas. A preocupação é atingir os mais variados tipos de público: “Tentaremos ser realmente didáticos. Às vezes dominamos tanto um assunto que naturalizamos conceitos temendo ser redundantes”, assinalou. “A ideia é deixar tudo mastigado para que o aluno fique à vontade para estudar”.

## EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

O trabalho em educação a distância representa um estímulo para os profissionais da VídeoSaúde, diz Sérgio Brito. Ele assegura que a EAD vem ao encontro do desejo da distribuidora de construir e fortalecer uma rede de usuários-produtores, “um saber compartilhado”, que fique disponível para usuários e parceiros. “O plano é investir nessa área”, diz. Ana Costa acredita que o formato das videoaulas possibilitará a formação de novas lideranças, antecipando que é possível incluir, no decorrer da experiência, tecnologias complementares como a videoconferência. “O importante é que a gente possa permitir que um maior número de pessoas tenha acesso ao debate”, ressalta.

# Navegue pelo novo site do RADIS

*Nova organização, novas áreas e mais conteúdos ampliam o debate em Comunicação e Saúde*

O site do Programa RADIS mudou. Há dez anos na internet, oferecendo aos usuários acesso a conteúdos de Comunicação e Saúde, em especial, a íntegra das edições da revista *Radis*, o site, criado em 2001, comemora sua primeira década com novo visual, nova organização, novas áreas e mais conteúdos. A revista, claro, mantém seu destaque e continua a ser disponibilizada em formato pdf, que reproduz a edição impressa, e em versão navegável. Uma novidade: agora, é

possível os leitores da *Radis* enviar sugestões de pauta via internet.

O site dá acesso ainda ao perfil do RADIS no Facebook (que já conta com mais de 2 mil pessoas!) e, em breve, abriremos a interatividade, para que os leitores comentem os conteúdos diretamente no site. As áreas, algumas trazidas do site anterior, outras criadas especialmente para a nova versão do RADIS na web, são destacadas por cores, facilitando a navegação.

A seguir, uma pequena apresentação do novo site. Queremos que os leitores da *Radis* naveguem, conheçam e deem sua opinião! 

**DESTAQUE** – Cinco conteúdos do site vão semanalmente para essa área, que busca orientar o usuário quanto à diversidade de assuntos e formatos disponíveis.

**BUSCA NO SITE** – Todos os conteúdos podem ser alcançados por meio do mecanismo de busca por palavra-chave.

**REVISTA RADIS** – O acesso à última edição, em pdf e em versão navegável, bem como a toda coleção da revista, existentes no site antigo, mantém-se, com novo lay out. Uma novidade: agora, na própria área destinada à revista, é possível acessar um formulário para fazer sugestões de pauta, com link direto com a redação.

**RADIS NA REDE** – Trazida do site antigo, a área continua a reunir textos já produzidos, selecionados pela equipe do RADIS, para tratar dos principais acontecimentos e debates do momento.

**MULTIMÍDIA** – Galerias navegáveis de áudios, vídeos, fotos, cartuns e reproduções de textos e documentos compõem essa área, formando um banco de informações oferecido aos usuários do site. Aqui são encontradas as íntegras dos conteúdos mencionados nas reportagens da *Radis*, bem como áudios e vídeos de entrevistas realizadas pela equipe, funcionando também como extensão da revista.

**AGENDA & PUBLICAÇÕES** – Área informativa sobre eventos em Comunicação, Saúde, Meio Ambiente, Educação e afins, bem como lançamentos de livros impressos e digitais, filmes, entre outros. Essas informações, até então, concentravam-se na seção Serviço da revista *Radis*. O novo espaço completa o outro, oferecendo informações com mais agilidade e sem limite de espaço e formando um banco de sugestões que pode ser consultado a qualquer tempo.

**ESTUDOS EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE** – A nova área oferece acesso à produção acadêmica voltada a Comunicação e Saúde – artigos, dissertações, teses, íntegras de palestras, apresentações, aulas, ementas de disciplinas, entre outros conteúdos.

**O PROGRAMA RADIS** – Área institucional de apresentação da história, atuação e da orientação do RADIS.

**FALE CONOSCO** – O contato direto dos usuários com o Programa RADIS.

**ASSINE A RADIS** – Link para o formulário de cadastramento dos interessados em ser assinantes da revista *Radis*. A assinatura é gratuita, mas sujeita a aumento de tiragem.

**EQUIPE** – Acesso aos integrantes do Programa RADIS, nos setores de Coordenação, Redação, Documentação e administração.

**RADIS**  
comunicação e saúde

PRIMEIRA PÁGINA REVISTA RADIS RADIS NA REDE MULTIMÍDIA ESTUDOS EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE AGENDA & PUBLICAÇÕES

**Academia da saúde pública**  
Risco: o impacto no cotidiano  
(Violência) Educação e saúde na escola  
O SUS que não se vê  
Entrevista: Hésio Cordeiro

Agressões, situações opressivas e más condições de trabalho afastam ambiente escolar do pleno desenvolvimento do aluno e preocupam especialistas [leia mais](#)

**REVISTA RADIS** Número: 109 Setembro 2011

Editorial  
Comunicação e Saúde  
Cartum  
Cartas  
Súmula  
Toques  
Reportagens  
Serviço  
Pós-Tudo

**EDITORIAL**  
O mal-estar  
Na Saúde ainda há quem sonhe e lute por acolhimento mais humano, como se vê nas academias de ginástica do SUS em...

**MATÉRIA DA CAPA**  
Academia da saúde pública  
Programa do SUS vai atacar sedentarismo, obesidade e doenças crônicas, ocupando espaço dominado pela...  
Corpo são, mente sã, nas praças e parques do Recife

**ESTUDOS**  
em comunicação e saúde

**Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde (vídeos)**  
Sua narrativa central mostra como a saúde era considerada, no início do século XX, um dever da população, com as práticas sanitárias implantadas autoritariamente pelo Estado, de modo articulado aos interesses do capital, e como, no decorrer do século, através da luta popular, essa relação se inverteu, passando a ser considerada, a partir da Constituição de 1988

**Direito à informação em Saúde: Problemas e possibilidades da internet (slides)**  
A internet pode e deve ajudar pacientes e profissionais a se informar sobre saúde e doença. O impacto da internet na relação médico-paciente; como a internet pode ajudar o usuário a obter informação e lazer em tempo real e como produzir informação, interatividade, relações pessoais e comerciais nas redes sociais. Arquivo disponível para leitura e/ou download no ícone ao lado.

**AGENDA & PUBLICAÇÕES**

**Eventos**

- > Fórum Social Mundial da Saúde
- > 57ª Reunião Anual da SBPC
- > 3º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde
- > 10º Encontro Nacional de Economia da Saúde
- > 12º Congresso Paulista de Saúde Pública

- > Prêmio Quilombola
- > Desenvolvimento Profissional em Biossegurança
- > Aperfeiçoamento técnico em criação de animais de laboratório
- > Feira de Ciência, Tecnologia e Inovação
- > 41º Congresso da Sociedade de Medicina Tropical

**COLETÂNEA RADIS 20 ANOS** – Acesso, com mecanismo de busca próprio, ao conteúdo das revistas *Dados*, *Súmula* e *Tema* e dos jornais *Proposta* e *Radis*, publicados, entre 1982 e 2002.

**COLETÂNEA RADIS 100** – Acesso, com mecanismo de busca próprio, ao conteúdo das edições de nº 1 a 100 da revista *Radis*.

**RSS** – Conteúdos disponíveis para distribuição, propiciando aos usuários que assinam o RSS saber imediatamente quando algo novo é publicado.

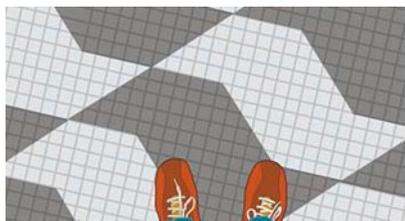
**FACEBOOK** – Link de acesso ao perfil do RADIS no Facebook.

CADASTRE-SE ASSINATURA ENVIE SUA NOTÍCIA FALE CONOSCO RSS USE NOSSO CONTEÚDO AJUDA MAPA DO SITE

Endereço Av. Brasil, 4036, sala 515, Manginhos, Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-361  
Telefone (21) 3882-9118 - Fax (21) 3882-9119 - E-Mail [radis@ansp.focuz.br](mailto:radis@ansp.focuz.br)

## SERVIÇO

## EVENTO

**8º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA**

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o EPI 2011 traz como tema central a *Epidemiologia e seu papel na definição de políticas públicas*, levando-se em conta a articulação dessa área com o conjunto das demais disciplinas do campo da Saúde Coletiva. O evento deverá atualizar e rever as contribuições da Epidemiologia para os distintos temas em saúde de interesse da sociedade brasileira. Seguindo a tradição, está dividido em cursos e oficinas, conferências, palestras, mesas redondas, painéis, comunicações coordenadas, apresentações de pôsteres e atividades culturais.

*Data* 12 a 16 de novembro  
*Local* Anhembi, São Paulo, SP  
**Mais informações**  
*Tel.* 11 3361 3056  
*Fax* 11 3361 3089  
*Site* [www.epi2011.com.br](http://www.epi2011.com.br)

**10º CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS**

Promovido pela Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, da Argentina, e sob o tema *Prática da inclusão, subjetividade e cidadania*, o evento tem como objetivo trocar experiências, compartilhar projetos, conhecer e debater as perspectivas de mudanças no campo da Saúde Mental e seu contexto social, político, econômico e cultural de produção. No âmbito deste congresso, acontecerá o 5º Fórum de Saúde Pública, Saúde Mental e Direitos Humanos, o 8º Encontro da

Luta Antimanicomial, o 6º Encontro Internacional de Detidos em Movimento, o 2º Fórum Internacional sobre Crianças e Adolescentes e o 2º Encontro de Arte, Desinstitucionalização e Direitos Humanos.

*Data* 17 a 20 de novembro  
*Local* Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina  
**Mais informações**  
*Site* [www.madres.org](http://www.madres.org)

**14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Sob o tema *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro* e eixo *Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS*, a 14ª Conferência Nacional de Saúde tem como objetivo discutir a política nacional de saúde, seguindo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade. Principal evento de saúde do Brasil, a conferência reúne gestores, profissionais e usuários do SUS.



*Data* 30 de novembro a 4 de dezembro  
*Local* Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, DF  
**Mais informações**  
*Site* [www.conselho.saude.gov.br/14cns/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/index.html)  
*Tel.* 61 3315 2880/3566  
*Email* [14cns@saude.gov.br](mailto:14cns@saude.gov.br)

**PUBLICAÇÕES****ERGONOMIA NO BRASIL**

*Trabalho, Educação e Saúde (suplemento nº 1, volume 9)*, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), é uma edição temática sobre a perspectiva ergológica do filósofo francês Yves Schwartz. A revista reúne 15 artigos, revisita diversos terrenos de pesquisa – educação e forma-



ção profissional, gestão, saúde em vários cenários de trabalho, teleatendimento, indústria petrolífera e comunicação – e mobiliza campos disciplinares, como Engenharia de Produção, Ergonomia, Comunicação, Educação, Ciências da Saúde e Serviço Social. A publicação traz também reflexões de Schwartz e de outros colaboradores estrangeiros, servindo de importante acervo sobre a ergologia no Brasil. A publicação está disponível para acesso gratuito no endereço eletrônico [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br).

**DIREITO SANITÁRIO**

*Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa em saúde*, organizado por Luiz Carlos Romero e Maria Célia Delduque e editado pela Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal,



é uma produção normativa voltada ao tratamento jurídico da questão sanitária no Brasil. O livro reúne estudos sobre a emergência desse novo campo do Direito em nosso país, a atuação dos poderes Legislativo e Executivo na produção recente de leis sobre Saúde e temas que ocupam a agenda legislativa em saúde na atualidade. A obra é resultado do Seminário *Direito à saúde na produção legislativa*, promovido pelo Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília em parceria com a Consultoria Legislativa do Senado. A publicação poderá ser adquirida pela loja virtual da Livraria do Senado ([www.senado.gov.br/livraria](http://www.senado.gov.br/livraria))

**ENDEREÇOS****Revista Trabalho, Educação e Saúde/EPSJV**

*Tels.* (21) 3865-9850 / (21) 3865-9853  
*Fax* (21) 2560-8279  
*E-mail* [revtes@fiocruz.br](mailto:revtes@fiocruz.br)  
*Site* [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br)

**Subsecretaria de Edições Técnicas do Senado Federal**

*Tel.* (61)3303-4141  
*Site* [www.senado.gov.br/livraria](http://www.senado.gov.br/livraria)

# Carta às esquerdas

Boaventura de Sousa Santos \*

**N**ão ponho em causa que haja um futuro para as esquerdas, mas o seu futuro não vai ser uma continuação linear do seu passado. Definir o que têm em comum equivale a responder à pergunta: o que é a esquerda? A esquerda é um conjunto de posições políticas que partilham o ideal de que os humanos têm todos o mesmo valor, e são o valor mais alto. Esse ideal é posto em causa sempre que há relações sociais de poder desigual, isto é, de dominação. Neste caso, alguns indivíduos ou grupos satisfazem algumas das suas necessidades, transformando outros indivíduos ou grupos em meios para os seus fins. O capitalismo não é a única fonte de dominação, mas é uma fonte importante.

Os diferentes entendimentos deste ideal levaram a diferentes clivagens. As principais resultaram de respostas opostas às seguintes perguntas. Poderá o capitalismo ser reformado de modo a melhorar a sorte dos dominados, ou tal só é possível para além do capitalismo? A luta social deve ser conduzida por uma classe (a classe operária) ou por diferentes classes ou grupos sociais? Deve ser conduzida dentro das instituições democráticas ou fora delas? O Estado é, ele próprio, uma relação de dominação, ou pode ser mobilizado para combater relações de dominação?

As respostas opostas a estas perguntas estiveram na origem de violentas clivagens. Em nome da esquerda cometeram-se atrocidades contra a esquerda; mas, no seu conjunto, as esquerdas dominaram o século 20 (apesar do nazismo, do fascismo e do colonialismo) e o mundo tornou-se mais livre e mais igual graças a elas. Este curto século de todas as esquerdas terminou com a queda do Muro de Berlim.

\* Boaventura de Sousa Santos é sociólogo e professor catedrático da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Portugal). Artigo publicado no site Carta Maior ([www.cartamaior.com.br](http://www.cartamaior.com.br)), em 24/08/2011.



Os últimos trinta anos foram, por um lado, uma gestão de ruínas e de inércias e, por outro, a emergência de novas lutas contra a dominação, com outros atores e linguagens que as esquerdas não puderam entender.

Entretanto, livre das esquerdas, o capitalismo voltou a mostrar a sua vocação antissocial. Voltou a ser urgente reconstruir as esquerdas para evitar a barbárie. Como recomeçar? Pela aceitação das seguintes ideias.

Primeiro, o mundo diversificou-se e a diversidade instalou-se no interior de cada país. A compreensão do mundo é muito mais ampla que a compreensão ocidental do mundo; não há internacionalismo sem interculturalismo.

Segundo, o capitalismo concebe a democracia como um instrumento de acumulação; se for preciso, ele a reduz à irrelevância e, se encontrar outro instrumento mais eficiente, dispensa-a (o caso da China). A defesa da democracia de alta intensidade é a grande bandeira das esquerdas.

Terceiro, o capitalismo é amoral e não entende o conceito de dignidade humana; a defesa desta é uma luta contra o capitalismo e nunca com o capitalismo (no capitalismo, mesmo as esmolas só existem como relações públicas).

Quarto, a experiência do mundo mostra que há imensas realidades não

capitalistas, guiadas pela reciprocidade e pelo cooperativismo, à espera de serem valorizadas como o futuro dentro do presente.

Quinto, o século passado revelou que a relação dos humanos com a natureza é uma relação de dominação contra a qual há que lutar; o crescimento econômico não é infinito.

Sexto, a propriedade privada só é um bem social se for uma entre várias formas de propriedade e se todas forem protegidas; há bens comuns da humanidade (como a água e o ar).

Sétimo, o curto século das esquerdas foi suficiente para criar um espírito igualitário entre os humanos que sobressai em todos os inquéritos; este é um património das esquerdas que estas têm vindo a dilapidar.

Oitavo, o capitalismo precisa de outras formas de dominação para florescer, do racismo ao sexismo e à guerra, e todas devem ser combatidas.

Nono, o Estado é um animal estranho, meio anjo meio monstro, mas, sem ele, muitos outros monstros andariam à solta, insaciáveis à cata de anjos indefesos. Melhor Estado, sempre; menos Estado, nunca.

Com estas ideias, vão continuar a ser várias as esquerdas, mas já não é provável que se matem umas às outras e é possível que se unam para travar a barbárie que se aproxima. 

# Todos pela Equidade



## Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

RIO DE JANEIRO | BRASIL | 19-21 OUTUBRO 2011

[www.cmdss2011.org](http://www.cmdss2011.org)

Acompanhe ao vivo a Conferência  
também em [www.canal.fiocruz.br](http://www.canal.fiocruz.br)