

NESTA EDIÇÃO

### Derrotas para a Saúde

Senado aprova EC 29 sem 10% da União e mantém DRU

### Tuberculose e mídia

Pesquisa mostra que jornais não dão voz aos pacientes

# RADIS

comunicação e saúde

DESDE 1982

Nº 113 • Janeiro de 2012

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



Ilona, da Suíça, Burns, da Grã-Bretanha, Chan, da OMS, Padilha, do Brasil, Sania, do Paquistão, e Jeanette, do Chile: compromissos para fazer frente a um mundo desigual



# Equidade e direito à saúde na agenda global

*Conferência mundial dá destaque inédito ao tema dos determinantes sociais e (com declaração final restrita) firma compromisso entre 130 países*

# A cara oficial da tuberculose na mídia

*Estudo mostra que jornais excluem voz dos pacientes e que fontes sobre a doença são governo e academia*

Elisa Batalha

Se o assunto é tuberculose, a voz do paciente, embora importante, é pouco ou nada contemplada pela mídia. Por reconhecer autoridade de fala no governo e no meio acadêmico, os jornais fazem chegar a seus leitores os pontos de vista médicos e oficiais, deixando de lado o olhar daqueles que vivem a doença. Quem são essas pessoas e como se organizam em seu dia a dia são questões não mostradas, como aponta estudo do pesquisador Liandro Lindner, voltado à análise da tuberculose na cobertura jornalística. O trabalho resultou na dissertação de mestrado *Quem fala, o que fala e como fala: conceitos, percepções e representações de saúde e doença na mídia: o caso da tuberculose*, defendida em setembro de 2011 no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (Icict/Fiocruz).

Durante o ano de 2009, Liandro analisou quatro jornais, dois do Rio de Janeiro — *O Globo* e *Jornal do Brasil* — e dois de São Paulo — *Estadão* e *Folha* —, localizando 677 matérias contendo citação do termo *tuberculose*. “Escolhemos os primeiros veículos em circulação no país, segundo informações do Instituto de Verificação de Circulação (IVC)”, explica Liandro, acrescentando que os jornais do Rio de Janeiro foram escolhidos pelo fato de a cidade ter a maior

taxa de incidência da doença. “Fica claro o predomínio de fontes oficiais e a pouca identificação de outras vozes dominantes que possam cobrar ações dos governos na luta contra a tuberculose, sobretudo pacientes”, constata o autor.

Nos jornais cariocas, é a voz dos pesquisadores que aparece mais, enquanto os jornais de São Paulo abordam na maior parte das matérias as questões institucionais, relacionadas ao governo ou a organismos internacionais. “Há uma invisibilidade do paciente e da questão da adesão ao tratamento, essencial para a cura”, observa Liandro.

De acordo com o estudo, pesquisadores, centros de pesquisa e universidades são a principal fonte da imprensa na maioria das matérias. Em segundo lugar surgem os gestores, conforme mostra o gráfico.

## AValiação Qualitativa

Da amostra pesquisada, foram analisadas em maior detalhe as cem matérias consideradas mais relevantes, ou seja, aquelas em que o termo tuberculose não aparecia como mera citação (listagem de agravos, diagnóstico ou *causa mortis* de determinada personalidade, por exemplo), mas que tratavam do tema. Na média, pelo menos uma matéria por mês sobre o assunto foi publicada em um dos jornais pesquisados. O Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose — 24 de março — foi o período de maior densidade de notícias em que se mencionava a palavra.


Além da avaliação quantitativa dos tipos de fontes preferidas pelos jornalistas, Liandro buscou compreender o sentido e as estratégias das mensagens veiculadas. Utilizando-se dos referenciais teóricos da Análise do Discurso, avaliou qualitativamente as diversas vozes, contexto e silenciamentos surgidos em 19 textos jornalísticos, selecionados por conter a palavra tuberculose no título ou como

chamada de capa (o que ocorreu em apenas dois casos). Nesse material, verificou que a escassez de vozes de pacientes comprova ausência de polifonia, qualidade do bom jornalismo.

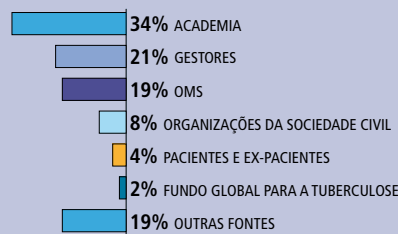
A pesquisa constatou, ainda, que a imagem da doença aparece nos meios de comunicação em associação à aids ou sob o estigma das más condições de vida e habitação. “Já tivemos a fase do romantismo, a fase do quase esquecimento e a fase da doença de pobre”, resume Liandro.

## POPULAÇÕES SUSCETÍVEIS

As populações mais suscetíveis a desenvolver a doença são a indígena (incidência quatro vezes maior do que a média nacional), pessoas com HIV (30 vezes maior), presidiários (40 vezes) e moradores de rua (60 vezes). No entanto, elas praticamente não estão retratadas nas matérias analisadas. Na visão do jornalista, essa ausência da “cara da tuberculose” na mídia contribui para a ignorância em relação a antibioticoterapia realizada hoje. “A doença muitas vezes ainda é associada à morte e não há um conhecimento generalizado de que o tratamento é altamente eficaz. Uma das questões que devem ser trabalhadas é a da cura”, observa.

No Brasil, a tuberculose é a terceira causa de morte por doença infecciosa, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Transformar a abordagem do tema na mídia é uma medida importante nesse cenário. “Seria um objetivo não apenas ideal, mas plenamente factível”, afirma o pesquisador em seu texto. 

## QUEM FALA SOBRE O TEMA NA IMPRENSA



FONTE: LINDNER, 2009

♦ Leia a íntegra da pesquisa no site do RADIS: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/estudos-comunicacao-saude>  
♦ Acesse também: [www.fundoglobaltb.org.br](http://www.fundoglobaltb.org.br) (Tuberculose > Depoimentos) e [www.gaexpa-rj.webnode.com.br](http://www.gaexpa-rj.webnode.com.br)

# Ceder ou enfrentar

Na Conferência que destacamos nesta edição, 130 países chegaram a um consenso apenas fraco de crítica às razões das evitáveis desigualdades entre as populações do mundo e de ações globais sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Não surpreende que o mesmo tenha ocorrido na Cúpula do Clima, na África do Sul, em dezembro de 2011, e esteja previsto para os acordos sobre desenvolvimento sustentável na Rio+20, em junho de 2012.

Por trás das iniquidades combatidas pela Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde está o todo poderoso mercado: um jogo globalizado que coloca em disputa necessidades humanas, produção econômica, especulação financeira, interesses do capital. Um jogo em que alguém tem que perder e com o qual a maioria dos governos dos países representados no encontro do Rio está comprometida.

O exemplo mais óbvio veio da moderada diretora geral da OMS, Margaret Chan, quando disse que o sistema de Saúde na China era universal no período comunista e que, com a abertura econômica, privilegiaram-se os interesses de mercado e grande parte da população perdeu acesso, tendo que pagar caro por atendimento: "cortaram a saúde e a educação, surgiu uma potência econômica somente".

Nem tudo, no entanto, é explícito. Na África, uma mercadoria rara, importada pelos países desenvolvidos, faz muita falta: profissionais bem formados. A ministra da Saúde do Quênia, Beth Mugo, destacou a "fuga de cérebros" como um problema

tão preocupante quanto o grande fluxo de refugiados. "Roubo de cérebros", diz o diretor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape, da África do Sul, David Sanders. Segundo ele, a Conferência da ONU sobre Comércio e Desenvolvimento estimou que só os Estados Unidos economizam 184 mil dólares em treinamento para cada profissional importado: "É o Sul subsidiando o Norte".

Para Sanders, que integra o Movimento Saúde dos Povos (com ativistas e organizações filiadas em 70 países), iniquidades estão diretamente relacionadas ao livre comércio. Ele cita como exemplo a desnutrição, responsável por 35% das mortes de crianças e que se deve aos subsídios dos países do Norte aos seus produtores de alimentos. Países pobres pagam caro por esses produtos e vendem barato suas melhores terras às corporações transnacionais de alimentação.

Na Conferência de DSS houve também relatos interessantes de ações inter-setoriais em favor de direitos humanos e equidade. Bem vestidos e falantes, esses militantes da Saúde não saíram das praças de Espanha, Egito, Inglaterra, Grécia, Síria, pontes de Nova York, ou internet brasileira. Nem tinham a cara pintada dos jovens inconformados, mas uma sincera indignação em suas pausadas e abalizadas críticas, traduzidas em quatro idiomas, para que nem as autoridades mais obtusas pudessem dizer que não entenderam.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## CARTUM



## Comunicação e Saúde

- ♦ A cara oficial da tuberculose na mídia 2

## Editorial

- ♦ Ceder ou enfrentar 3

## Cartum

3

## Cartas

4

## Súmula

5



## Radis adverte

6

## Toques da Redação

6



## Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Equidade e direito à saúde entram na agenda global 8
- ♦ O documento possível e o documento desejado 11
- ♦ Eixo 1 – Governança para enfrentar iniquidades: Interação entre governo e cidadãos valorizada 14
- ♦ Eixo 2 – Promovendo a participação: A sociedade civil como protagonista 15
- ♦ Eixo 3 – O papel do setor Saúde: Justiça social como motor das políticas 16
- ♦ Eixo 4 – Ação global sobre os DSS: A saúde e o cenário mundial 17
- ♦ Eixo 5 – Monitoramento e medição: É preciso contemplar os 'invisíveis' 18
- ♦ Contra as iniquidades, o cuidado desde o nascimento 19
- ♦ Ministros, suas propostas e seus desafios 20
- ♦ Olhares sobre a conferência 20

## Serviço

22

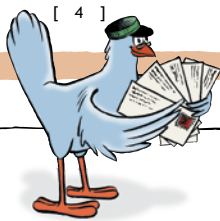


## Pós-Tudo

- ♦ Devemos lutar pelas pessoas pobres que estão pagando pela crise do capitalismo 23

Capa foto Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.)

Ilustrações Marina Boechat (M.B.), Natalia Calzavara (N.C.) e Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.)



## VOZ DOS LEITORES

## 'RADIS' TAMBÉM AGRADECE

Fico muito satisfeita toda vez que recebo minha *Radis*, pois seu conteúdo é de ótima qualidade e só vem agregar mais conhecimento ao meu trabalho e ao meu dia a dia. Obrigada a todos.

- ♦ Cleuza Sousa Xavier, Várzea Paulista, SP

Sou tesoureiro do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Boqueirão (PB) e leitor da *Radis* há nove anos. Tenho o prazer de sempre divulgar matérias da revista no nosso informativo sindical, na rádio Boqueirão FM 87.9, aos sábados, das 13h às 14h. Quero elogiar o maravilhoso trabalho que a revista vem fazendo. Em nome da diretoria, vão os meus agradecimentos.

- ♦ Antonio Venâncio de Negreiros, Boqueirão, PB

## DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Sou estudante de Serviço Social e gostaria de parabenizá-los pela perspicácia e sagacidade na produção da revista *Radis*. Destarte, após

ler alguns exemplares via web, uma questão despertou a minha curiosidade: como ocorre o acesso dos deficientes auditivos aos serviços ofertados pelo SUS? Existem exemplares que abordem a temática?

- ♦ Ludmille da Conceição dos Santos, Muritiba, BA

☑ *Cara Ludmille, a inclusão no SUS será tema de uma das próximas edições!*

## GASTÃO WAGNER



Gostei muito da entrevista com o Gsanitarista Gastão Wagner (*Radis* 108). As questões que ele traz sobre controle social precisam ser amplamente discutidas. Ele também aborda com maestria a questão do slogan *acesso e acolhimento*. Precisa-se de acolhimento, sim, mas, mais que isso,

procuramos tratamento seguro e de qualidade. Não dá pra fazer saúde com tapinhas nas costas.

- ♦ Margarete de Carvalho, São João Del Rei, MG

## SUGESTÕES DE PAUTA

Gostaria de agradecer à *Radis* pelo excelente trabalho desenvolvido, com conteúdos de grande valia para os trabalhadores de saúde pública. Sou assistente social, fiz residência multiprofissional em Saúde da Família e trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Distrito VI, do Recife (PE). Gostaria, se possível, de uma matéria sobre a atuação do Nasf no Brasil, com ênfase nas suas possibilidades e desafios.

- ♦ Izabel Leite de Souza, Recife, PE

Gostaria de parabenizar a *Radis* pelo excelente trabalho. Os temas apresentados são de alta relevância para nosso cotidiano, as súmulas abrangem assuntos importantes da atualidade. Gostaria de ver, se possível, mais assuntos sobre PSF.

- ♦ Kalliane Valeska Mendes Fernandes Gama, João Pessoa, PB

☑ *Izabel e Kalliane, obrigada pelas sugestões. Já anotamos!*

## 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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 73.800 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 Lavor, Bruno  
Dominguez, Elisa Batalha e Sheida  
Naderi (estágio supervisionado)

Arte Dayane Martins (subedição/  
Milênio), Marina Boechat, 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.

Sempre li a revista *Radis* e acho que é um importante meio de comunicação, no entanto, sugiro que publiquem artigos e análise crítica na área de Saúde, que informem desde o modelo de formação dos profissionais do SUS até a gestão em saúde pública. No mais, sucesso e espero que a revista aumente seu espaço na 14ª CNS.

- ♦ Rosilene Rodrigues, Cuiabá, MT

☑ *Cara Rosilene, a seção Pós-Tudo é o espaço da Radis para artigos. Toda a revista busca fazer a análise crítica que você propõe. Aguarde a edição especial sobre a 14ª!*

## 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

**CÓDIGO FLORESTAL: APROVAÇÃO NO SENADO E AMBIENTE AINDA AMEAÇADO**

Após intensa negociação de última hora, o Senado aprovou (6/12), por 59 votos a favor e sete contra, o texto do novo Código Florestal, que teve como relator o senador Jorge Viana (PT-AC). A versão aprovada, depois de passar por quatro comissões do Senado, não agradou integralmente nem ambientalistas nem ruralistas, informou *O Estado de S. Paulo* (7/12). Pelo texto, ficam mantidas as atuais regras de proteção da vegetação nativa num percentual de 20% a 80% das propriedades privadas do país. Também estão mantidas as regras de proteção das áreas de preservação permanentes (APPs), de 30 metros a 500 metros às margens de rios. Novos desmatamentos, no entanto, ficam autorizados, mediante licença e no limite da reserva legal das propriedades e em APPs, “desde que por utilidade pública, interesse social ou baixo impacto ambiental”. Foi aprovado, ainda, que pequenos produtores, com imóveis de 20 a 400 hectares terão condições especiais de recuperação da área desmatada, a começar pela dispensa de recomposição da reserva legal.

De acordo com Jorge Viana, o novo código exigirá a recuperação de cerca de 20 mil quilômetros quadrados de vegetação nativa por ano, nos próximos 20 anos — os números dependem de informações do futuro Cadastro Ambiental Rural, que todos os produtores rurais ficarão obrigados a preencher no prazo de um ano, prorrogável por mais 12 meses. Os ambientalistas buscaram, sem sucesso, apoio para uma emenda que declarasse moratória a novos desmatamentos na Amazônia no período de dez anos, informou o jornal.

Foram acatadas pelo relator do Senado 26 emendas ao texto recebido da Câmara, e rejeitadas 60. Entre as emendas acolhidas, três foram consideradas relevantes, avaliou o site da Agência Brasil (6/12). A primeira determina que quando as bacias hidrográficas estiverem em situação crítica de desmatamento, o governo poderá aumentar o percentual de recuperação das áreas de preservação permanente. A segunda trata de critérios para atividades produtivas em apicuns — vegetação de

manguezais, área de proteção ambiental. A produção passará a ser permitida em até 10% da área do apicun na Amazônia e em até 35% em outros biomas. De acordo com parlamentares do PSOL, a medida resultou de pressão da bancada nordestina, que solicitava a pesca de camarões nesses locais, como atividade de interesse social. A terceira emenda permite aos estados com mais de 65% de suas áreas em unidades de conservação, como terras indígenas ou florestas, reduzir de 80% para 50% a reserva legal a ser mantida pelas propriedades rurais.

Para a bancada ruralista, o texto é “aceitável”, de acordo com a senadora Kátia Abreu (PDS-TO). Para os ambientalistas, embora o novo texto tenha atenuado as perdas ao meio ambiente, ainda é uma ameaça. “[Este texto] representa um grave retrocesso ao código florestal que nós temos hoje”, avaliou o senador Randolph Rodrigues, PSOL, único partido a rejeitar o texto na íntegra. A próxima etapa do processo ficou para março, quando o texto passará por nova análise da Câmara. Os deputados votarão se acatam integral ou parcialmente o substitutivo do senador Jorge Viana. Eles podem ainda rejeitar completamente o texto e retomar o projeto original aprovado na Casa.

**CÚPULA DO CLIMA: ENCONTRO HISTÓRICO, ACORDO MODESTO**

A renovação do Protocolo de Kyoto Até 2017, pelo menos, e um pacto envolvendo todos os países, para entrar em vigor a partir de 2020, foram os saldos principais da 17ª Conferência das Partes da Convenção do Clima das Nações Unidas, a COP 17, realizada em Durban, África do Sul, que se estendeu até 11/12, 36 horas mais do que o previsto, devido às intensas negociações. O evento reuniu representantes de 194 países, informou o portal G1 (11/12). As bases sobre o futuro acordo contra emissões de gases-estufa envolvem Estados Unidos e China, os dois maiores poluidores do planeta, informou a *Folha de S. Paulo* (11/12).

Em texto de uma página e meia, batizado de *Plataforma de Durban*, ficou estabelecido um calendário para criar “um protocolo, outro instrumento legal ou um resultado acordado com força legal”, em 2015, que possa entrar em vigor cinco anos depois. Por esse instrumento, todos os países do mundo

terão de se comprometer a metas obrigatórias de redução de emissões. Para o portal Terramérica (12/12), a aceitação por todos os governos de que se deve negociar um novo tratado mundial para reduzir as emissões que provocam o aquecimento global foi o ponto central da Cúpula do Clima. No encontro, foi também estruturado o Fundo Verde, que irá financiar ações de combate às mudanças climáticas, com recursos prometidos por países europeus, como Alemanha, Dinamarca e Grã-Bretanha, de acordo com o G1. O Protocolo de Kyoto, cujo prazo terminaria em 2012, terá em sua renovação a participação de menos países: o Canadá formalizou (12/12) sua retirada do tratado, por considerar que “Kyoto não funciona” e que o Canadá corria o risco de pagar multas de vários bilhões de dólares se permanecesse no acordo, nas palavras do ministro canadense do Meio Ambiente, Peter Kent. Japão e Rússia também anunciaram que sairiam do Protocolo de Kyoto.

Ambientalistas consideraram o progresso da COP 17 modesto e creditaram isso aos Estados Unidos. Lembraram que as decisões da reunião não afastam o planeta da perigosa rota que, segundo cientistas, levará a um aquecimento bem acima dos 2°C aceitáveis. “Conduzidos pelos Estados Unidos, os países desenvolvidos renegaram as suas promessas, enfraqueceram as regras sobre ações climáticas e fortaleceram aqueles que permitem às suas corporações lucrar com a crise do clima”, avaliou Sarah-Jayne Clifton, da organização Amigos da Terra internacional, segundo o G1.

**CACIQUE ASSASSINADO**

O cacique Nísio Gomes, 59 anos, líder Kaiowá Guarani, foi assassinado (18/11) no município de Aral Moreira, Mato Grosso do Sul. Segundo informou a agência de notícias France Press (19/11), citando a Funai como fonte, o líder indígena fora executado a tiros e os pistoleiros levaram dois jovens e uma criança junto com o corpo do cacique. De acordo com o portal Terra (19/11), os índios ocupavam território situado entre várias grandes fazendas de produção agrícola, parte de sua terra ancestral que está sendo oficialmente delimitada pelas autoridades. Apesar do ataque contra membros da etnia, os índios afirmaram que não deixariam o acampamento

Guaiviry, onde vivem, informou *O Estado de S. Paulo* (22/11). “A terra é nossa e não vamos sair dela. O sangue do meu pai foi derramado nessa terra e não foi em vão”, teria afirmado Genito Gomes, 29 anos, filho de Nísio. A revista *Época* (2/12) repercutiu o caso com longa reportagem denunciando a situação geral dos Guarani no Mato Grosso do Sul. “A expectativa de vida do maior grupo indígena do país é de 45 anos, só comparável à do Afeganistão”, indica o subtítulo da matéria. “Pistolagem, homicídio, suicídio, desnutrição, alcoolismo, racismo, narcotráfico, desmatamento e falta de terra” são os problemas enumerados. O texto reconhece erros históricos do governo brasileiro em relação à questão e a precariedade da legislação, mas retrata os indígenas preconceituosamente como mendicantes, dependentes de cestas básicas e traficantes de drogas e de crianças.

Os Guarani não são o único povo vítima de ataques e opressão. De acordo com o site do Grupo de Trabalho de Combate ao Racismo Ambiental, da Rede Brasileira de Justiça Ambiental ([www.racismoambiental.net](http://www.racismoambiental.net)), os Tabajara e outras famílias do assentamento João Gomes, em Alhandra-Mucatu, na Paraíba, estão mobilizados contra a instalação no local de uma fábrica de cimento. Já os Kayabi e Munduruku convidaram procuradores da República do Mato Grosso e do Pará à Terra Indígena Kayabi para debater os projetos de usinas hidrelétricas que afetam suas terras. A matéria informa que o Governo Federal planeja construir 16 barragens na bacia hidrográfica da região, o que vai impactar mais de 10 mil indígenas que vivem às margens desses rios e dependem deles para sobreviver. A consulta obrigatória aos povos indígenas para projetos de infraestrutura que afetem suas terras vem sendo ignorada.



#### DERROTAS PARA A SAÚDE —

O Senado desferiu dois duros golpes na Saúde e no controle social: a tão aguardada regulamentação da Emenda Constitucional 29 foi votada (7/12) sem o compromisso da União de destinar 10% dos seus recursos à Saúde, e a incidência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) sem a exclusão do setor Saúde ficou mantida (8/12). A EC 29 define as aplicações mínimas do Governo Federal, estados e municípios na Saúde. Na votação, após intensa barganha do governo com os senadores, protagonizada pela ministra das Relações Institucionais, Ideli Salvati, foi retirada do texto a vinculação dos 10% das receitas brutas da União, prevista no projeto original do senador Tião Viana (PT-AC), em 2007, e pelo deputado Roberto Gouveia (PT-SP), em 2003. A União continuará destinando à Saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação

nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores. De imediato, isso representará menos R\$ 14 bilhões para Saúde, em 2012. Estados e municípios mantêm-se com os percentuais previstos na proposta original da EC 29, 12% e 15%, respectivamente. Do texto da EC 29, saiu, ainda, a possibilidade de se contar com a criação da Contribuição Social para Saúde (CSS).

No dia seguinte (8/12), foi também aprovada no Senado, em primeiro turno, com 59 votos a favor e 12 contra, a prorrogação até 31 de dezembro de 2015 da DRU, que permite ao Governo Federal a redistribuição de 20% de suas receitas — as da Saúde aí incluídas — para outras despesas, como pagamento de juros da dívida pública, por exemplo. São recursos que deixarão de ser aplicados em saúde, previdência e assistência social. A expectativa era que a Saúde ficasse a salvo da DRU, como já ocorreu na votação relativa à Educação.

As aprovações contrariam os anseios de usuários e trabalhadores do SUS, expressos no Relatório Final e na *Carta à Sociedade Brasileira* resultantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que reunira mais de 3 mil representantes em Brasília e terminara em 4/12, três dias antes da votação.

“Tanto a aprovação da EC 29 sem os 10% para a União quanto a prorro-

#### VIVER SEM LIMITES

O governo lançou (17/11) um programa voltado a dar melhores condições de mobilidade e garantir direitos básicos às pessoas com deficiência. Com gasto planejado de R\$ 7,6 bilhões, até 2014, para implementar e ampliar benefícios, o programa Viver sem Limites: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com

Deficiência reúne 15 ministérios sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos. A proposta é ampliar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), programa de transferência de renda que paga mensalmente um salário mínimo a pessoas com deficiência, informou *O Globo* (18/11). Segundo o Censo do IBGE de 2010, 23,91% da população estão nesse grupo. Na área da Educação, o programa deverá aumentar de 229 mil para 378 mil o número de crianças e adolescentes com deficiência nas escolas. Serão, ainda, comprados 2,6 mil ônibus de transporte escolar para 60 mil alunos. Na Saúde, o governo irá concluir dois novos exames no teste do pezinho em recém-nascidos para detectar algum tipo de deficiência e criar um sistema nacional para monitoramento e busca ativa da triagem neonatal. O governo planeja, ainda, ampliar e qualificar a rede de reabilitação do SUS. Na área da acessibilidade, estão previstas construções de 1,2 milhão de moradias adaptáveis e fornecimento de um kit adaptação, de acordo com a deficiência do morador, relatou o jornal.



gação da DRU significaram a derrota do controle social e a manutenção do subfinanciamento do SUS”, avaliou o sanitarista e professor da Unicamp, Gastão Wagner de Souza Campos, relator geral da 14ª CNS. “Há uma dissociação entre o que governo pratica e o que se define nas conferências de Saúde, especialmente no que diz respeito ao financiamento, à política de recursos humanos e ao modo de gestão do SUS”, destacou. “O discurso dos gestores não é o mesmo discurso da 14ª CNS”, acrescentou Gastão, para quem a saída é discutir com a sociedade que SUS se quer. “A saúde é uma questão política”, resumiu.

Para o pediatra Gilson Carvalho, que se especializou no tema do financiamento da Saúde, foram anos de luta que não deram em nada. “Os senadores da República, num gesto antirrepublicano, retiraram R\$ 32,5 bilhões anuais da Saúde. Eles negaram seu próprio projeto, aprovado em 2008 por unanimidade, e adotaram o projeto da Câmara, aprovado em setembro de 2011, retirando ainda a CSS”, criticou. Em matéria publicada no portal de notícias do Senado Federal (7/12), o relator da matéria e líder do PT, senador Humberto Costa (PE), disse que “ficaria muito feliz” se pudesse

estabelecer uma vinculação de 10% da receita bruta da União para a Saúde, mas que isso não era possível.

“Como será resolvida a falta de dinheiro para a Saúde?”, indaga Gilson Carvalho. Segundo o sanitarista, o discurso de que eficiência e melhor gestão resolverão é falácia ou cortina de fumaça para encobrir o descompromisso com o financiamento da Saúde. “Estados e, sobretudo, municípios não suportarão dar conta do recado de garantir saúde para todos com a decrescente participação da União”, salientou. Ele informou que os municípios têm destinado, em média, 20% de seus recursos para a saúde, 5% a mais, e aos estados — ainda que alguns não cumpram com o mínimo estabelecido —, vêm cabendo mais que 12%.

Um aspecto positivo de a EC 29, finalmente, ter sido regulamentada é que ficou definido o que é, de fato, gasto em Saúde. Os recursos só poderão ser utilizados em ações e serviços de “acesso universal”, “não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população”, diz o texto. Fica proibido contabilizar em saúde gastos com limpeza urbana, sa-

neamento, merenda escolar e pessoal inativo, por exemplo.

Foi excluída do texto, ainda, emenda vinda da Câmara que retirava da base de cálculo dos estados os recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb). Se fosse mantida, o SUS perderia outros R\$ 7 bilhões. São medidas importantes, mas que não minimizam a agressão ao setor Saúde e ao SUS provocada pelas votações de dezembro.

**MINISTRO FEZ FALTA** — Quem esteve na 14ª Conferência Nacional de Saúde, de 20/11 a 4/12, e acompanhou, três dias depois, a votação da EC 29 no Senado e, no dia seguinte, a manutenção da DRU para a Saúde, autorizando a redistribuir 20% do seu orçamento, ficou em dúvida sobre estar vivendo sob uma mesma política governamental. Na conferência, foi possível contar com um onipresente ministro da Saúde: Alexandre Padilha discursou, foi aplaudido, tirou fotos com delegados e, principalmente, lutou pela aprovação da *Carta à Sociedade Brasileira*, ao final, na qual está expressa a destinação de 10% da receita da União para a Saúde e a não incidência da DRU, as duas causas perdidas na votação do Senado. Faltou o ministro e sua garra no Congresso, para defender as prioridades da Saúde.

#### AIDS: INFECÇÕES CAEM E VERBA TAMBÉM



Número de novas infecções pelo HIV em 2010 foi o menor registrado desde 1997. A quantidade de pessoas recebendo tratamento também é recorde, o que faz com que os diretores do Programa de Aids das Nações Unidas (Unaid) vislumbrem, pela primeira vez, a possibilidade do fim da epidemia, informou *O Globo* (22/11). No entanto, a atual crise econômica mundial ameaça as conquistas dos últimos anos: também pela primeira vez, os recursos investidos na luta contra a doença sofreram uma redução significativa. Desde 1997, ano em que os programas de combate à epidemia receberam US\$ 300 milhões, o volume de recursos investidos só vem aumentando. Em 2007, foram US\$ 10 bilhões. Mas, no ano passado, foi registrada queda inédita, de 10%, nos recursos. No Fundo Global de Combate à Aids, a redução foi ainda maior, de 20%. Especialistas temem que, com os cortes, os bons resultados divulgados não se repitam nos próximos anos. Para o diretor do Escritório Central do Unaid em

Genebra, o brasileiro Luiz Loures, há uma encruzilhada. “Não só precisamos manter essas pessoas em tratamento, quanto precisamos expandi-lo”, observou. “São 6,6 milhões recebendo o coquetel, não é um número pequeno. E a maioria em países pobres, com outras questões sociais graves. Pode ser um fator de grave instabilidade social, se pararmos de oferecer o tratamento para tamanha parcela da população”, disse ao jornal.

O número de pessoas que recebem tratamento corresponde a 47% de uma demanda total de 14,2 milhões, vivendo em países pobres e em desenvolvimento. O percentual é considerado um recorde — há menos de dois anos, era de 36%. Consequentemente, o número de mortes caiu bastante, de 2,2 milhões em 2005 para 1,8 milhão no ano passado. Outra consequência direta do aumento do número de pessoas em tratamento foi a redução das novas infecções para 2,7 milhões ao ano em 2010 — 21% a menos do que em 1997. Quanto mais gente recebendo o remédio e tendo sua carga viral controlada, menor é a chance de circulação do vírus, apontou *O Globo* (22/11).

#### PIMENTÃO: EXCESSO DE AGROTÓXICO

O relatório do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para) de 2010, da Anvisa, revelou (6/12) que quase um terço dos vegetais mais consumidos pelos brasileiros apresentavam resíduos da substância em níveis inaceitáveis. Na análise de amostras de alimentos, 28% apresentaram limites acima do recomendável ou substâncias não aprovadas para o produto, informou a *Folha de S. Paulo* (07/12). O campeão é o pimentão, com 92% das amostras insatisfatórias. Os outros dois alimentos com mais concentração são morangos e pepinos, com 63% e 57%, respectivamente. Dos cinquenta princípios ativos mais usados em agrotóxicos no Brasil, 20 já foram banidos na União Europeia. O endossulfan, encontrado no pimentão, já não é usado nos Estados Unidos e China. A substância foi reavaliada pela Anvisa e terá que ser banida do país até 2013.

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



# Equidade e direito à saúde entram na agenda global

*Com declaração final restrita e apontando que ainda há longo caminho a trilhar, maior evento da OMS desde Alma-Ata firma compromisso entre 130 nações*

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez,  
Eliane Bardanachvili e Katia Machado\*

O sucesso de uma conferência pode ser determinado pelo impacto que gera nas políticas públicas locais, nacionais e, mesmo, internacionais, e que se faz sentir ao longo do tempo. Assim, o tempo deverá mostrar se a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), realizada no Rio de Janeiro, de 19 a 21 de outubro, será um marco tão grande na Saúde — para o Brasil e para o planeta — quanto foi, por exemplo, a Conferência de Alma Ata, realizada há 34 anos, em 1978, no Cazaquistão, e que até hoje inspira os militantes da reforma sanitária e os vigilantes da garantia da saúde como direito. Os dados gerais apontam que a comparação é pertinente: com a CMDSS — considerada a culminância de um processo iniciado com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2006 (*Radis* 45, 46 e 49) —, o tema dos determinantes ganhou importância e destaque inéditos e entrou definitivamente na agenda global, das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos ministérios da Saúde e agências internacionais. Foi o maior evento da OMS realizado fora de sua sede, desde Alma-Ata, reunindo representações de alto nível de 130 dos 193 Estados-membros, a maioria ministros da Saúde.

Organizada pelo governo brasileiro, em parceria com a OMS, a conferência girou em torno de cinco eixos — melhor governança em saúde, participação social nas discussões de políticas relacionadas aos DSS, o papel do setor Saúde na redução das iniquidades, ação global

sobre os determinantes e monitoramento e medição sobre as iniquidades para orientar políticas públicas —, os mesmos que nortearam o seminário preparatório organizado pela Fiocruz em agosto (*Radis* 110).

Por conta da CMDSS, dois importantes documentos foram produzidos. O primeiro deles, o documento técnico *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde*, foi discutido pelos países durante as semanas que antecederam a conferência e orientou o evento e os relatórios das discussões realizadas nos três dias. O outro foi a *Declaração Política do Rio*, assinada ao final, pelos representantes dos Estados participantes. Esses produtos da conferência foram, ao mesmo tempo, celebrados e criticados. O ganho de se ter, hoje, um documento oficial referendado por 130 países, voltado ao tema dos determinantes contrasta com o fato de este trazer lacunas contestadas por pesquisadores, gestores, pensadores e representantes das organizações da sociedade civil. O saldo foi positivo, mas o caminho ainda é longo (ver matéria na pág. 11). “É o documento possível, o que pôde contemplar a diversidade de olhares, percepções e prioridades”, avalia o sanitarista e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, Paulo Buss, que participou da organização da conferência.

## DESIGUALDADES

Os desafios a serem enfrentados em um mundo desigual ficaram expressos desde a abertura do evento. Em seu discurso, a diretora geral da OMS, Margaret Chan, criticou os efeitos da globalização, inicialmente apontada como oportunidade de se eliminar a pobreza, mas que acabou por aprofundar as desigualdades. “As diferenças entre países estão maiores do que nunca”, pontuou. Chan estabeleceu como meta tirar 1 bilhão de pessoas da pobreza. Em sua

\*Colaboraram: Jorge Ricardo Pereira e Justa Helena Franco







Organizada pelo governo brasileiro, em parceria com a OMS, a conferência reuniu representantes de 130 países

avaliação, não basta se responsabilizar pela saúde dos cidadãos: é preciso que os países-membros evitem o empobrecimento e melhorem as condições de vida de sua população.

Também ligadas à globalização, que difundiu um padrão de consumo, as doenças crônicas não transmissíveis foram lembradas por Margaret Chan — que citou a reunião de alto nível sobre o tema realizada pela ONU, em setembro de 2011. Ela observou que essas doenças têm sido diagnosticadas tardiamente e tratadas por pagamento direto dos usuários, o que gera gastos catastróficos e empurra ainda mais pessoas para baixo da linha da pobreza.

### CARTA DE OTTAWA

Na opinião de Chan, devem ser reforçadas as políticas de promoção da saúde e de prevenção de fatores de risco como obesidade e tabagismo, ainda que a luta para restringir a atuação da indústria do tabaco seja difícil. "Ensine seus cidadãos a não se curvar às forças que minam a saúde e mostrem que a saúde das pessoas deve estar sempre à frente da saúde das empresas", conclamou Chan, ressaltando, ainda, a importância de a conferência se realizar em 2011, "ano inspirador", por marcar os 25 anos da Carta de Ottawa (fruto da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986), que estabeleceu a saúde como "estado de completo bem estar físico, mental e social"; e o ano no qual eclodiram os movimentos por democracia e direitos humanos no Oriente Médio, provando que "a equidade é um imperativo para um mundo mais seguro".

O protagonismo do Brasil, não só por ter sido anfitrião e organizador do



Chan: para OMS saúde das pessoas deve estar sempre à frente da saúde das empresas



Padilha: garantir acesso a medicamentos e tecnologia é desafio no plano global

evento, como pelas políticas que vem levando à frente, foi destacado tanto por Chan quanto pelos demais participantes da conferência. "O Brasil é o país adequado para sediar a maior reunião promovida pela OMS nos últimos 30 anos, já que o governo brasileiro tem priorizado a saúde e investido na redução das desigualdades", disse ela, em coletiva à imprensa e na fala de abertura. "O Brasil é a sede ideal por ter um forte movimento social de reforma da saúde, que superou a visão biomédica e mostrou que todos os segmentos e políticas públicas deviam atuar juntos para alcançar melhores indicadores", disse Chan, observando que o país tem papel de liderança no cenário mundial, o que o coloca em boa posição na definição de prioridades, no que se refere aos DSS.

Os ideais de Alma-Ata e sua repercussão mundial, especialmente no Brasil, foram trazidos à tona pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, lembrando que pouco depois daquela conferência o Brasil assumira o desafio de criar seu sistema de saúde universal. "Ao longo de mais de 20 anos, o SUS foi afetado pelas crises típicas de um país em desenvolvimento — inflação, dívida externa, desemprego — mas não renunciou ao

compromisso de oferecer saúde universal e gratuita ao seu povo", discursou. "Abrir mão do SUS seria abrir mão de um projeto de desenvolvimento".

Segundo o ministro, o Brasil tem apostado em três "ingredientes" para diminuir a desigualdade: democracia, crescimento econômico ambientalmente sustentável e distribuição de renda via programas sociais. "Buscar equidade para todos, enfrentando as desigualdades, é o caminho para o desenvolvimento de um país", apontou, ressaltando que ainda há grandes diferenças a se enfrentar entre homens e mulheres, ricos e pobres, cidade e campo. "Jovens negros são mais vitimados pela violência e pessoas com deficiência têm mais dificuldade de acesso", exemplificou.

### ATUAÇÃO INDEPENDENTE

Padilha apontou como desafio a se enfrentar no plano global garantir acesso aos medicamentos e às novas tecnologias. E fez dois pedidos à OMS. "A OMS tem de evitar que o acesso seja impedido por questões comerciais", defendeu,





Andreas, da Grécia: redução de salários e impacto na saúde mental



Kathleen: sistema multifacetado para incluir residentes ilegais, nos EUA



Sidibé, da Unaiids: políticas públicas equivocadas isolam os já excluídos



Tereza: enfrentar a crise é evitar retrocesso das políticas sociais

conclamando os países-membros a lançar mão de mecanismos como a licença compulsória para superar a regulação da propriedade intelectual.

Nesse sentido, pediu também que a OMS passe por uma reforma para se adaptar à realidade mundial, sendo ainda mais dirigida pelos países-membros e com atuação independente dos interesses que não os públicos. “Temos a oportunidade de realizar aqui a Alma Ata do século 21, com outras perspectivas e outras questões, de deixar nossa marca na história da saúde pública mundial”, afirmou o ministro.

## DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

Em mesa redonda reunindo ministros e outras autoridades em Saúde e abordando o tema do desenvolvimento, logo após a abertura da conferência, foi possível conhecer a forma como diferentes países, tais como Grécia e Estados Unidos, vêm lidando com o desafio de garantir a saúde em meio à crise econômica atual, bem como os caminhos encontrados para a redução das desigualdades – caminhos que nem sempre contemplam a todos de forma equânime, como se pôde perceber. Moderada pela jornalista da BBC World Zeinab Badawi, a mesa pautou-se pelas provocações que ela dirigiu aos convidados.

A situação vivida pela Grécia, em meio à crise econômica atual, no que diz respeito à manutenção de seu sistema de saúde, foi apresentada pelo ministro da Saúde e da Solidariedade Social daquele país, Andreas Loverdos. “É sabido que a Grécia está no olho do furacão da crise e, por isso, foi necessário tomar algumas medidas duras”, anunciou. Segundo Loverdos, o sistema público de saúde da Grécia recebeu, desde 2009, 30% a mais de pacientes e conta com 20% de re-

ursos a menos. “Com isso, foi preciso diminuir salários, fazer pressão por melhor uso das unidades e dos recursos humanos e lutar por preços mais baixos de suprimentos”, disse, explicando que somente assim continua sendo possível atender a todos, com ou sem seguro de saúde, imigrantes ilegais ou não. A proposta de diminuir os salários dos profissionais de saúde, ressaltou, tem causado fortes reações. “Mas não há outra solução”, justificou, informando em seguida que o governo grego, visando à redução dos gastos,

e prevendo para os residentes ilegais centros comunitários de saúde. “Seria um sistema multifacetado para assistir a todos”, considerou.

Ela destacou a saúde como algo que vai além de consultórios médicos e salas de operação, tratando assim da necessidade da colaboração intersetorial e de uma boa governança. “Saúde é muito mais que isso, é o que comemos, respiramos, trabalhamos e vivemos”, refletiu. Segundo a secretária, um terço das crianças americanas sofrerá de diabetes e obesidade, e serão as crianças afro-americanas as mais afetadas. “Os Estados Unidos gastam US\$ 100 bilhões por ano com diabetes, por exemplo. Se não agirmos nesse momento para prevenirmos a doença, os gastos com tratamento em saúde continuarão a subir”, observou.

A diretora geral da OMS, Margaret Chan, também participou da mesa e foi a primeira a responder às provocações da mediadora. “A OMS não sofreria pressão da indústria do cigarro?”, indagou a jornalista. “A saúde das pessoas precisa estar à frente da saúde das empresas”, respondeu Chan, informando que a proposta da OMS é unir os países e influenciar as indústrias a encontrar um equilíbrio saudável. “O mercado não é homogêneo. Algumas empresas são boas; outras, ruins. Então vamos trabalhar com os bons”, recomendou

## CRISE ECONÔMICA

Para a ministra brasileira do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, outra participante do debate, a discussão sobre os DSS não deve abstrair a atual crise econômica. Debater o modelo de enfrentamento da crise, avaliou, significa evitar o retrocesso das políticas sociais. “É preciso crescer distribuindo renda”, observou, dando como exemplo a política

**As pessoas pobres pagam mais por água, eletricidade e comida. Elas pagam com a própria saúde**

**REBECCA GRYNSPAN, PNUD**

buscou também a fusão de departamentos internos, criou diretrizes de cuidado à saúde e luta contra as más práticas e o erro médico.

Perguntado pela jornalista da BBC até que ponto a Grécia conseguiu medir o impacto da crise financeira na saúde mental da sua população, Loverdos disse estar chocado com o aumento desse problema no país. “Mas se chocar não basta. Temos que reagir”, disse.

Já a secretária de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Kathleen Sebelius, tratou da nova lei que garante acesso a todos à saúde, proposta pelo governo de Barack Obama. O foco é a expansão gratuita dos serviços de saúde, segundo Kathleen, abarcando cidadãos americanos e residentes legais



brasileira de combate à desigualdade social que conseguiu tirar da pobreza 28 milhões de brasileiros. “Isso é resultado de decisões políticas”, afirmou, recebendo muitos aplausos. Segundo Tereza, quatro diretrizes sustentam essa política: valorização do salário mínimo; fortalecimento da agricultura familiar; universalização da saúde, da educação e da assistência social; e investimento em programas de transferência de renda, como o Bolsa Família — voltado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. “Já sabemos que 40% das crianças assistidas pelo Bolsa Família tiveram melhora nos índices de peso e altura; houve redução da desnutrição infantil e melhora do desenvolvimento escolar”, anunciou, citando em seguida o Plano Brasil sem Miséria, direcionado aos brasileiros que vivem em lares cuja renda familiar é de até R\$ 70 por pessoa e que visa a ampliação de programas de transferência de renda, o acesso a serviços públicos, nas áreas de educação, saúde, assistência social, saneamento e energia elétrica, e a inclusão produtiva.

Após questionamento da mediadora Zeinab de como assegurar que os recursos do programa brasileiro sejam usados adequadamente, Tereza informou que os beneficiários, em sua maioria, são mulheres-chefes de família (93%), o que

provocou o fortalecimento do papel da mulher na economia e dentro de casa. “Essas famílias, chefiadas por mulheres, gastam, principalmente, com comida, material escolar e roupa”, apontou

### NOVOS ATORES

A administradora associada do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), Rebecca Grynspan, considerou que, ainda que a saúde seja central, a resposta para muitos problemas não está no setor Saúde. “As pessoas pobres pagam mais por água, eletricidade e comida. Elas pagam com sua própria saúde”, disse, referindo-se ao fato de as classes com poder aquisitivo menor não poderem ter, por exemplo, acesso a uma boa alimentação. Ela chamou atenção ainda para a necessidade de se trazerem novos atores para a arena dos DSS, dar voz às pessoas mais vulneráveis e estabelecer parcerias mais eficazes. Para Rebecca, o fato de tantas pessoas colocarem a equidade no centro da agenda, como na CMDSS, já representa grande avanço. “Esse deve ser também o tom da Rio+20”, recomendou, citando a Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável que será realizada entre os dias 20 e 22 de junho deste ano no Rio de Janeiro (*Radis* 112).

Encerrando a mesa, o diretor-executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), Michel Sidibé, considerou a CMDSS um marco, “pois falar de determinantes sociais da saúde é falar de justiça social e redistribuição de oportunidades”. Para Sidibé, a conferência propiciou reflexão sobre políticas públicas equivocadas que isolam ainda mais as pessoas já isoladas e excluídas, a exemplo dos usuários de drogas injetáveis que acabam se escondendo mais quando os sistemas de saúde não sabem recebê-los. “Nossa abordagem na área da saúde precisa mudar”.

À jornalista da BBC, que perguntou a Sidibé se adiantaria distribuir medicamentos em condições de vida como a que presenciou em Uganda, na África, onde, depois de pegar seus kits de medicamentos para o tratamento do vírus da aids, as pessoas retornavam para habitações insalubres, Sidibé respondeu: “Não acho que a solução seria não dar medicamentos, uma vez que 30 milhões de pessoas morrem em decorrência do vírus da aids. Mas, precisamos também pensar em uma mudança no desenvolvimento”.

A mesa-redonda abriu caminho para os debates que se seguiriam no segundo dia do evento, com foco nos cinco temas da conferência (ver págs. 14 a 18).

## O documento possível e o documento desejado

**N**em cheio nem vazio. Usada por vários participantes da CMDSS, a metáfora do copo com água até a metade, ora visto como meio cheio ora como meio vazio, dependendo da perspectiva otimista ou pessimista do olhar, traduz a forma como foram avaliados os resultados da CMDSS. A *Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde*, documento final dos 130 governos representados na conferência e apresentada na manhã do dia 21 de outubro, expressou a preocupação com a equidade em saúde e o acesso das populações aos serviços, medicamentos e direitos essenciais, como alimentação, água potável, habitação e saneamento. O documento, que cita a Declaração de Alma Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986), reconhece, por exemplo, que “as iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais são chamadas

de determinantes sociais da saúde”. E, ainda, que “a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e que demanda o engajamento de todos

**As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem**

**‘DECLARAÇÃO POLÍTICA DO RIO’**

os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global”.

Mas, para movimentos sociais e organizações da sociedade civil, a *Declaração do Rio* deixou de fora questões primordiais para a redução das desigualdades, como os chamados determinantes globais, tais como o comércio internacional, a regulação de transações financeiras, suas taxas e impostos, o mundo em guerra e a propriedade intelectual. Palavras e expressões fortes e definidoras, como *democracia* e *instituições democráticas* também não aparecem no texto — tendo sido substituídas por outra menos enfática: *participação*.

Um documento divulgado paralelamente à *Declaração do Rio* (ver íntegras em [www.cmdss2011.org.br](http://www.cmdss2011.org.br) e no site do RADIS [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)), assinado por 34 organizações, como People’s Health Movement, Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e Medicus Mundi, e 41 pessoas, entre as quais, personalidades como o ex-diretor geral da OMS, Halfdan Mahler, listou em dez tópicos minuciosamente





Jairnilson: sem ilusões quanto a uma declaração progressista



Buss: presença de 130 representações oficiais mostrou o interesse pelo tema



Pellegrini: propostas retóricas podem ser ferramenta política



Zeinab, entrevistadora da BBC, e a criticada ênfase na língua inglesa

desenvolvidos o que faltou ao documento oficial. Segundo os críticos, é preciso uma nova ordem econômica que gere benefícios sociais.

Defesa da taxação sobre fortunas para financiar ações sobre os DSS, reconhecimento explícito do domínio exercido pelo capital financeiro sobre a economia global e as origens e consequências de seus colapsos periódicos, implementação de mecanismos de taxação para controlar a especulação global, ajuda à saúde vinda de países de alta renda como uma obrigação internacional e uma forma de reparar legitimamente a dívida com os países em desenvolvimento e criação de um código de conduta em relação à administração de conflitos de interesse em tomadas de decisão relacionadas à saúde são alguns dos princípios defendidos na declaração paralela. Outro ponto criticado foi o uso do termo genérico *grupos vulneráveis* como referência a populações que vivem em situação de desigualdade, mas sem especificar que populações são essas (ver pág. 20).

“Em uma avaliação imediata, é possível dizer que a presença maciça de 130 representações oficiais (dois terços do total dos Estados-membros da OMS), sendo que mais da metade liderados por ministros e outras representações de alto nível, mostrou o interesse pelo tema dos determinantes sociais da saúde”, analisa o sanitarista Paulo Buss, para quem a *Declaração do Rio* foi “o documento possível”. As lacunas da declaração deveriam-se à falta de consenso entre os países. Se um país discorda de determinado item, esse item é vetado. Não se trata de votação e vitória de maioria”, explica Buss. “Alguns países defenderam a entrada desses itens, mas não conseguimos convencer os demais”, conta.

Buscando expressar a complexidade do debate, o portal brasileiro da

CMDSS, organizado pela Fiocruz ([www.cmdss2011.org.br](http://www.cmdss2011.org.br)) vem publicando diversos pontos de vista de especialistas participantes da conferência. Para o professor Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia, as proposições da declaração estão aquém das apresentadas pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2008, e que “implicam profundas mudanças políticas e econômicas no mundo e em cada país”, conforme declarou em entrevista ao portal. “Defendia que a *Declaração do Rio* de

ambígua da Declaração”, que não avançou no estabelecimento de estratégias.

Também o professor canadense Ronald Labonté, da Universidade de Ottawa, questionou até que ponto uma declaração normativa intergovernamental se traduz em mudanças de comportamentos dos governos, na volta para casa. “Os compromissos assumidos pelos governos na *Declaração Política do Rio* são pontos de referência úteis para pedir-lhes prestação de contas, mas o que falta é uma definição clara do que será feito. Não há metas, não há estratégias específicas e não se comprometem a informar se os compromissos assumidos serão honrados”, apontou, em entrevista ao portal da CMDSS.

Houve quem tenha estado vigilante inclusive em relação ao idioma predominante na conferência — o inglês, realçado pela escolha da jornalista da BBC World Zeinab Badawi para fazer as entrevistas com os especialistas, no auditório principal. “Teria sido bom contar com a participação de jornalistas em outros idiomas, com igual acesso aos participantes e a possibilidade de comunicação do evento nos países não anglofônicos, especialmente considerando que o inglês não era o único idioma oficial da conferência”, analisou em entrevista a professora Delia Sanchez, da Universidade da República, no Uruguai, no portal da CMDSS.

### PALAVRA POR PALAVRA

A construção do texto inicial da declaração, que seria ajustado e referendado na conferência, deu-se em delicado processo, durante o mês que precedeu o evento. Seu conteúdo foi minuciosamente negociado, discutindo-se palavra por palavra o que ali entraria. Seja para definir que perfil o evento teria, seja para consolidar o documento técnico que norteou as discussões nos

**Não há metas, não há estratégias específicas e não se comprometem a informar se os compromissos serão honrados**

**RON LABONTÉ**

*Janeiro* fosse mais que uma declaração de princípios, contemplando questões como o colapso do mercado financeiro, o colapso ecológico e as crescentes desigualdades globais”, disse Jairnilson na entrevista. “Quase nada disso foi debatido, e muito menos foi indicado o que fazer”, acrescentou, reconhecendo que a declaração reflete uma dada correlação de forças entre Estados e que por isso “não tinha muitas ilusões sobre a possibilidade de um texto progressista”. Para o professor, proposições como a de se reforçar o papel do Estado na prestação de serviços de saúde e na regulação de bens e serviços que afetam a saúde, bem como expandir a proteção social, ficaram diluídas no que considerou “a retórica



três dias de trabalho. A declaração não seria um documento da conferência, aí incluída a sociedade civil, mas dos Estados-membros da OMS, que firmariam um compromisso. “Se um único chefe de Estado fosse contra determinado item, esse item já não podia permanecer”, conta o diretor do Centro de Estudos, Políticas e Informação em Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Alberto Pellegrini Filho, que teve participação destacada na elaboração da declaração e na organização do seminário preparatório da Fiocruz.

O resultado foi um texto mais genérico, embora de grande valor político, como avalia Paulo Buss. “Está no documento que saúde é dever do Estado e que as iniquidades são intoleráveis. São declarações políticas importantes, uma vez que estão referendadas por mais de cem países”, observa Buss. “Mesmo que se trate de declarações retóricas, podem ser usadas como ferramenta política”, analisa Pellegrini, lembrando que a declaração da CMDSS não visou estabelecer metas, como, por exemplo, o Protocolo de Kioto.

“Existe uma visão conservadora dos países. Nem todos querem assinar coisas ousadas porque vem, em seguida, a cobrança interna para o cumprimento”, observa Paulo Buss.

## DOCUMENTO EM CONSTRUÇÃO

Mesmo o documento técnico, instrumento de trabalho orientador dos debates, elaborado sob a coordenação da OMS, que os países não precisavam assinar, trouxe lacunas. A palavra *pesquisa*, por exemplo, ficou ausente do texto, deixando-se de chamar atenção para essa atividade chave na geração de conhecimento e evidências que orientem políticas e ações. O texto, ainda, tratou superficialmente da importância das instituições democráticas e não menciona questões relativas à orientação sexual.

Para Paulo Buss, a *Declaração do Rio* deve ser vista como um patamar importante no debate sobre os DSS, havendo ainda muitos degraus a galgar. “É um piso. Vamos levar este piso que é a declaração para o Board e garantir a continuação disso”, anunciou Buss, referindo-se ao Comitê Executivo da OMS. “O Brasil como organizador da conferência tem papel importante nisso”, aponta, lembrando que o país investiu recursos e grande esforço para a realização do evento.

Para Buss, o documento técnico deve ser considerado em permanente construção e as discussões relativas aos cinco temas ali realizadas, bem como as

contribuições dos introdutores de cada tema em cada mesa devem enriquecer o documento. Ele considera que o mesmo grupo interministerial, com representantes dos ministérios brasileiros da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, entre outros, que atuaram na preparação da conferência e no seminário preparatório (*Radis* 110) deve continuar mobilizado. “O documento técnico tem orientações estratégicas importantes, mas ainda falta contemplar muita coisa. Se o Ministério da Saúde continuar a liderar o processo, poderemos ir enriquecendo o documento técnico, considerando-o um documento em construção”, observa.

Na cerimônia de encerramento, os aspectos positivos da conferência

**Vamos levar este piso que é a declaração para o 'Board' e garantir a continuação disso**

**PAULO BUSS**

e da Declaração Política do Rio foram realçados. “Alguns irão dizer que o copo está meio vazio. Mas não há limites no debate dos DSS”, ponderou o diretor da OMS e também responsável pela organização da CMDSS, Ruediger Krech. Para ele, a declaração construiu um caminho para se avançar no tema. “Os Estados-membros fizeram o máximo possível”, observou, pedindo que todos olhassem para o documento como algo inédito, fruto de acordo entre Estados, ministros e chefes de agências de governo. “Esse já é um caminho excelente. Haverá outros percursos e trajetões”.

O ministro da Saúde do Brasil e presidente de honra da conferência, Alexandre Padilha, ressaltou que o documento oficial reafirma o papel do Estado de construtor de políticas sociais que promovam a igualdade. Ele elogiou também o documento preparado pelos movimentos sociais e sociedade civil organizada. Na avaliação de Padilha, o ideal de uma saúde para todos dependerá de políticas específicas e diferentes para populações em situações de vulnerabilidade. “O papel da política é reduzir desigualdades culturais, sociais e éticas, incluindo acesso a medicamentos e tecnologia”, observou. “Meu país aprendeu que não se enfrenta crise econômica cortando gastos sociais, e sim ampliando políticas sociais. A caminhada é longa e deveremos persistir pela igualdade”, concluiu, sob aplausos.

Encerrando a cerimônia, o chanceler Antônio de Aguiar Patriota, ministro das Relações Exteriores do Brasil, também envolvido com a participação das autoridades internacionais na conferência, apontou que a *Declaração do Rio* mostra que uma sociedade justa deverá ter como objetivo o bem estar da saúde humana. Ele reconheceu que equidade em saúde é um objetivo de todos. “Saúde não é um item supérfluo. E tampouco são supérfluos o ar limpo, o saneamento básico e a alimentação adequada”. Para Patriota, a ação global sobre os DSS é um compromisso ético que vem ganhando força no cenário internacional. “O governo brasileiro conclama a todos a alcançar essa meta”, disse, recebendo aplausos. Ele alertou que 30% da população mundial não têm acesso a medicamentos, sendo quatro milhões da África e da Ásia. “O documento também abre caminho para a Rio+20, em 2012. Nossos desafios são de longo prazo e requerem esforços continuados”, finalizou.



Ruediger: pedido para que se olhe a declaração como algo inédito



Patriota: ação global sobre os DSS é compromisso ético

**EIXO 1 – GOVERNANÇA PARA ENFRENTAR INIQUIDADES****Interação entre governo e cidadãos valorizada**

**A**lém de se caracterizar como espaço de debate sobre os determinantes sociais da saúde, a CMDSS serviu como chamado à ação. Esse foi o perfil do primeiro eixo da conferência, *Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das desigualdades em saúde: implementando ações sobre os DSS*, que reuniu experiências na área.

Na primeira sessão de debates do eixo, *Tornando as políticas coerentes em nível nacional*, o ministro da Saúde do Uruguai, Jorge Enrique Venegas, alertou para o fato de que o momento é de crise global, o que pode dificultar a implantação de políticas universais. O professor do Centro para Pesquisa em Saúde Pública da Massey University, na Nova Zelândia, Don Matheson apontou outra barreira para a redução das iniquidades: “Estamos numa curva de conhecimento sobre as estratégias que realmente funcionam, com experiências que têm resultados diferentes dependendo do contexto”.

Por outro lado, disse ele, há uma janela de oportunidade, aberta com a crise do capitalismo: passou-se a questionar esse sistema baseado na ganância e a valorizar a governança, isto é, “a forma com que governos interagem (com seus cidadãos e outras organizações sociais) e com que tomam decisões”. Os bons princípios da governança seriam: legitimidade, visão estratégica, desempenho, *accountability* (responsabilização dos gestores e prestação de contas a instâncias controladoras) e equidade.

Ele frisou especialmente a necessidade de os governos buscarem alavancar os grupos que têm pouco poder, em vez de buscarem atingir consensos com os já poderosos, a fim de não se tornarem prisioneiros de interesses ocultos. “O principal desafio da governança é mudar o *status quo*”, opinou Matheson, para quem a luta contra a desigualdade depende do compartilhamento de valores igualitários.

**CONTEXTO LOCAL**

Sua conclusão é que as ações sobre os DSS devem ser sistêmicas e surgir do contexto local, baseadas na cultura do país, para que se sustentem ao longo de décadas. O professor identificou o Brasil



Ações sobre os DSS marcaram as falas dos integrantes da mesa

Viana: conexão entre programas é emancipatória para o povo

Matheson: mudar ‘status quo’ é desafio da governança

como um bom exemplo nesse sentido: reconheceu a pobreza e a desigualdade como conseqüências de uma sociedade injusta e levou à frente medidas que propiciaram resultados grandiosos no período de uma geração.

Na sessão, representantes dos governos de quatro países apresentaram como vêm aplicando medidas contra a desigualdade. Na Noruega, as políticas são historicamente intersetoriais: os ministérios trabalham juntos e a contribuição de cada um é valorizada. No caso do plano de redução das iniquidades, formulado em 2005, dez pastas assumiram o compromisso de desenvolver ações comuns. Em Ghana, a cada quatro anos se elabora um plano estratégico de desenvolvimento – o mais recente se baseia na descentralização, com o aumento do número e da importância dos distritos.

No Peru, o enfoque inclusivo parte da Saúde, pasta que entende a aplicação de recursos em ações sobre os DSS como investimento, não como gasto, enquanto a Eslovênia apresentou sua longa tradição de solidariedade. Na avaliação do professor Matheson, os governos ainda não estão preparados para enfrentar as

causas das desigualdades: “parte não tem estrutura para agir e parte não tem interesse de tratar da questão”.

**COMUNIDADE NO CENTRO**

À tarde, a sessão discutiu a *Elaboração de políticas coerentes nos níveis subnacionais e locais*. Sandy Pitcher, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Adelaide, Austrália, criticou a tendência de se colocar a Saúde no centro das políticas sobre determinantes sociais: “A comunidade é que deve ser o centro das políticas”. Para ela, as ações sobre os DSS devem envolver setores para além da Saúde, entendendo a agenda das demais pastas e encontrando pontos comuns.

O governador do Acre, Tião Viana, disse que “unir a conseqüência à causa é o desafio do momento”. Viana relatou a conexão do programa Bolsa Família com outros, de nível federal, estadual ou municipal. “Isso é emancipatório em termos de políticas e benefícios para o nosso povo”, analisou.



## EIXO 2 – PROMOVENDO A PARTICIPAÇÃO

# A sociedade civil como protagonista

A importância do protagonismo da sociedade civil para o enfrentamento das desigualdades e a promoção da saúde destacou-se no eixo *Promovendo a participação: liderança comunitária para ação sobre os DSS*, que foi discutido em duas sessões de debates. Sob o título *Institucionalizando a participação na definição de políticas*, a primeira sessão, coordenada pela pesquisadora do Centro de Saúde Pública e Equidade da Índia, Thelma Narayan, trouxe da influência da crise financeira nos determinantes sociais da saúde, passando pela experiência brasileira.

O economista Bernardo Kliksberg, professor da Universidade de Buenos Aires, Argentina, analisou a participação social à luz da crise econômica mundial, observando que o mundo experimenta sua maior crise desde a depressão de 1930, repercutindo sobre os DSS. “Isso torna a participação ainda mais estratégica”, considerou.

Kliksberg abordou a situação da Grécia, reforçando o quanto a crise econômica impacta fortemente a saúde de um país. “A taxa de suicídio naquele país teve aumento de 40% nos últimos cinco meses e a de desemprego subiu para 17%. A maioria das pessoas que morreram está na faixa dos 35 a 60 anos, são comerciantes ou profissionais extremamente arruinados pela crise financeira”.

Para comprovar a interferência da economia nos DSS, Kliksberg citou dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a situação de desemprego dos jovens no mundo. “São 75 milhões de jovens desempregados, e a taxa é duas ou três vezes maior nos países desenvolvidos”, destacou, acrescentando que, nos Estados Unidos e União Europeia, o desemprego na juventude supera os 20% – na Espanha, chega a 42%. “Sem trabalho, os determinantes sociais da saúde são afetados”, analisou o economista.

Ele observou que 70% dos problemas de saúde estão relacionados aos DSS, ou seja, ao fato de se ter ou não acesso a saneamento básico, educação, trabalho etc. “A participação em saúde melhora o resultado dos programas, fortalece o capital social, empodera a população e, por fim, melhora o sistema democrático”.



Kliksberg (D), com Narayan, Odorico, Khumala e Laurell: participação em saúde melhora democracia

No Brasil, a participação social é política de Estado, informou o secretário nacional de Gestão Participativa e Estratégica do Ministério da Saúde do Brasil, Odorico Monteiro de Andrade. Ele recordou-se de como a sociedade civil organizada e o movimento acadêmico se engajaram no processo de redemocratização do país, na construção da Constituição de 1988 e do SUS, que trazia em si uma nova concepção de saúde, como direito de todos e dever do Estado. “Esse direito constitucional, fruto da mobilização da sociedade, traz em si dois princípios: da universalidade e da participação”.

### JUSTIÇA SOCIAL

Atualmente, os 5.565 municípios do país têm seus conselhos municipais de Saúde, lembrou Odorico. “São espaços de participação da sociedade sobre as políticas de saúde, instituídos e garantidos pela Constituição”, contou. Além dos conselhos municipais, existem os conselhos locais, regionais, estaduais e o nacional, relatou à plateia.

Nonkosi Khumala, coordenadora da campanha *Ação para o Tratamento*, da África do Sul, falou de como a participação se dá em seu país, cujo regime democrático tem apenas 17 anos. Questionada pela coordenadora da mesa a respeito do impacto da participação no processo político da África do Sul, ela explicou que o conceito trabalhado com a população é o de justiça social.

“Se não institucionalizarmos a participação estaremos fazendo os ricos mais ricos e os pobres mais pobres”, refletiu Khumala, para quem seu país tem a aprender com Brasil e Cuba. “Assim como no Brasil, precisamos de um Conselho Nacional de Saúde que sirva aos interesses da população, e não aos representantes dos ministérios”.

“Existem muitas modalidades de participação”, disse a pesquisadora e atual coordenadora do curso de pós-graduação de Medicina Social na Universidade Autônoma Metropolitana de Xochimilco, na cidade do México, Asa Cristina Laurell. A população brasileira, exemplificou, no auge da luta contra a ditadura, teve a capacidade de incorporar a participação como política de um novo governo e institucionalizá-la. “Isso explica o sucesso da participação no Brasil”, observou.

Na segunda sessão do dia, *Integrando novos enfoques para a participação*, a ministra da Saúde do Estado Plurinacional da Bolívia, Nila Heredia falou da experiência de seu país, observando que participação popular somente acontece quando se tem equilíbrio entre intervenção e capacidade de falar. Ou seja, “quando sua palavra é respeitada”, explicou.

Na Bolívia, contou, o desafio da participação é, em primeiro lugar, reconhecer as 36 nacionalidades existentes no país. “Quando pensamos no tema da participação, precisamos pensar nas várias culturas”.



## EIXO 3 — O PAPEL DO SETOR SAÚDE

## Justiça social como motor das políticas

**N**a sessão *Assegurando cobertura universal do eixo O papel do setor saúde, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde*, na manhã do dia 20, a diretora do Programa de Saúde Global do Graduate Institute of International and Development Studies (Suiça), Ilona Kickbusch, refletiu sobre o momento de mudanças pelo qual passa o mundo, trazendo à tona novos desafios técnicos, políticos, econômicos e sociais que interferem nos sistemas de saúde pública dos países.

“Há especialmente um conflito Estado versus mercado”, disse ela, para quem as decisões políticas devem dar conta de como queremos ocupar nossa sociedade. Os valores centrais, indicou, devem ser solidariedade, justiça social, democracia e bem-estar comum. Nos sistema de saúde, as palavras de ordem devem ser universalidade, qualidade, equidade e igualdade. Ilona Kickbusch usou o Brasil e a Noruega como exemplos de países que tomaram uma decisão política de estabelecer a saúde como direito dos cidadãos.

“A saúde é sempre política”, opinou a diretora geral da OMS, Margaret Chan. “Se for tratada de forma técnica, perde sua visão global”. Chan defendeu a manutenção dos princípios de justiça social mesmo em momentos de crise. E citou a China: durante o governo

comunista, a saúde era universal; com a abertura econômica, se privilegiou o interesse do mercado e parte da população perdeu acesso ao sistema. “Cortaram a saúde e a educação, surgiu uma potência econômica somente”, disse.

Também na mesa, o ministro da Saúde do Brasil, Alexandre Padilha, concordou: “O Brasil já aprendeu que não se enfrenta crise econômica fazendo cortes nas políticas sociais, pois ações nessas áreas tornaram o nosso mercado interno mais forte”. Padilha destacou o fato de o país ter decidido politicamente assegurar a saúde como um direito dos seus cidadãos, sem renunciar a esse

ideal mesmo diante de problemas econômicos e sociais. Segundo o ministro, os desafios atuais do SUS são a formação profissional voltada à realidade do país, combate à desigualdade para garantir o acesso com qualidade a todos, e financiamento estável e sustentável.

O ministro da Saúde do Reino Unido, Simon Burns, mostrou que economia forte e acesso universal ao sistema de saúde não necessariamente resultam num país sem desigualdade e iniquidade. Na Inglaterra, informou, há níveis inaceitáveis de desigualdade entre a população de Londres e a da região noroeste, que vive em média 10 anos menos. Burns apontou a necessidade de se investir mais nos grupos excluídos: “O paciente deve ser o centro do sistema”.

A presidenta da organização não governamental HeartFile, Sania Nishtar, relatou a dificuldade de se constituir um sistema de saúde no Paquistão, país onde atua. O Paquistão sofre com a pobreza e o terrorismo e enfrentou duas enchentes devastadoras nos últimos anos. “Muitas pessoas deixaram de ser atendidas por não ter como pagar pelo serviço de saúde”, contou. O governo adotou um sistema misto (público e privado), em que reserva parte dos recursos para o atendimento da população mais pobre. “Nas condições do país, pagar para todos seria catastrófico”, explicou, dando uma dimensão da diversidade de cenários e de dificuldades que os países apresentam.



Sania: dificuldade em se constituir um sistema de Saúde no Paquistão



Burns: níveis inaceitáveis de desigualdade na Inglaterra

FOTOS: SÉRGIO EDUARDO DE OLIVEIRA

Delegados de todas as partes do mundo lotaram a plenária antes e depois dos debates dos cinco temas





## EIXO 4 — AÇÃO GLOBAL SOBRE OS DSS

## A saúde e o cenário mundial

O cenário mundial e as relações entre os países foram discutidos no eixo *Ação Global sobre os DSS: alinhando prioridades e parceiros*, que reuniu ministros e representantes do Escritório das Nações Unidas de diversos países. Colaborador na elaboração do documento técnico da CMDSS, o professor Ron Labonté, da Universidade de Ottawa, Canadá, iniciou a sessão *Negociando pela saúde no nível internacional* lembrando a crise econômica enfrentada pelo mundo e, mais intensamente, pelo Ocidente, desde 2008, e suas implicações para o setor saúde: “Falta de coerência entre comércio e saúde, vulnerabilidade crescente dos grupos sociais diante das pressões dos setores industriais, aumento das desigualdades sociais, epidemias e diminuição dos direitos humanos”, pontuou Labonté, para quem o enfrentamento de tantos desafios é também oportunidade única de aprendizado e de transformações, norteadas pela ótica dos direitos humanos.

## NOVAS RELAÇÕES SOCIAIS

Representante permanente do Brasil no Escritório ONU, em Genebra, Suíça, Maria Nazareth Farani Azevedo destacou os protestos mundiais e seus atores e articuladores que lutam por mudanças no contexto de crise e sugeriu novas relações sociais com menos desigualdades e mais inclusão. “É preciso analisar demandas e diagnósticos para formular políticas públicas que atendam as necessidades reveladas”, recomendou, mostrando que é possível ter coerência política nas ações para controle e redução das iniquidades.

Ela propôs a reunião de diferentes visões de mundo para definir estratégias e agendas de negociação e relações internacionais, citando o Brasil como exemplo positivo, quanto a sua política de acesso aos medicamentos. “O ministro da Saúde do Brasil afirma que o acesso aos medicamentos deve ser central para qualquer política de Saúde, não importando o sistema de governo, num país rico ou pobre”, disse. Segundo Maria Nazareth, 30% da população mundial não têm acesso a medicamentos. “Se promovermos um maior acesso, cerca de 10 milhões de vidas serão salvas a cada ano”.

Em sintonia com esse discurso, o



Motsoaledi: saída é formar sociedade civil forte e vigilante

ministro da Saúde da África do Sul, Aaron Motsoaledi, tratou das dificuldades de se manter comprometimento político e equilíbrio nas ações governamentais do setor Saúde, especialmente, na arena do comércio internacional, afirmando ser possível adotar políticas públicas coerentes para o enfrentamento das desigualdades sociais e dos problemas de saúde. A saída, segundo ele, é formar uma sociedade civil forte e vigilante. “É isso que, no caso da África do Sul, com tantas desigualdades, vem ditando as transformações sociais em todas as esferas”, salientou.

## ACORDOS INCOERENTES

O papel das relações internacionais na definição de um compromisso nas agendas de saúde dos países foi realçado por Dian Triansyah Djani, representante da Indonésia na ONU. Ele apresentou a realidade de seu país, no que diz respeito ao enfrentamento das questões relacionadas à saúde e seus determinantes sociais nas agendas locais e nas arenas internacionais. Nesse sentido, defendeu reformas nas agências internacionais, em especial, naquelas ligadas à saúde. “Incluindo a OMS”, destacou.

Dian sustentou suas observações com informações sobre a realidade enfrentada pela Indonésia, com a alta taxa de mortalidade pelo vírus H1N1. “Tivemos uma das maiores taxas do vírus. Isso foi fruto, inicialmente, da não percepção da situação, da demora na tomada de decisão”, avaliou. Mas o problema,

Labonté: falta coerência entre comércio e saúde



acrescentou, tomou proporções maiores devido a acordos e regras internacionais incoerentes de acesso aos medicamentos. “A Indonésia, que tinha dinheiro para comprar os medicamentos necessários à prevenção e ao combate à doença, foi impedida de adquiri-los por limitações dos acordos comerciais e pequena colaboração entre nações”. Ainda sobre o tema do acesso aos medicamentos, ela recomendou não se fazer uma divisão na abordagem da questão, separando países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Para o representante da Tailândia na ONU, Sihasak Phuagketkeow, a saúde tem papel diferencial nas políticas internacionais. “Seus desafios e implicações afetam economia, segurança, mercado e muitas outras áreas”, observou. “Mas as relações têm foco errôneo, pois saúde é considerada determinante para a segurança financeira dos países, não para a segurança humana”, criticou.

O ministro conselheiro da Missão Permanente da Noruega no Escritório da ONU, em Genebra, Sisel Hodne Steen, afirmou ser fundamental colocar os DSS no centro do debate, citando o exemplo da Noruega, que, no momento, tem como objetivo a diminuição das desigualdades na saúde por meio de uma lei de saúde pública pela qual os determinantes sociais são fatores importantes, e propôs, no lugar da expressão *equidade* ou *acesso equitativo*, a utilização de *acesso justo* (do inglês *fair access to*) nesse debate. “O termo tem melhor compreensão”.



## EIXO 5 — MONITORAMENTO E MEDIÇÃO

## É preciso contemplar os 'invisíveis'

A importância de se contar com dados confiáveis para dar visibilidade às desigualdades, compreendê-las e conceber políticas públicas que as enfrentem mereceu eixo específico na conferência: *Monitorando o progresso: medição e análise para apoiar políticas sobre os DSS*. Os processos de monitoramento e medição, no entanto, só valem se for atendida uma condição: todos devem ser contados; não há levantamento válido se algum grupo fica invisível aos olhos dos gestores e do restante da sociedade. Essa demanda, que exige empenho dos países, deu o tom dos debates do eixo.

Maria Guzenina Richardson, ministra da Saúde e Serviços Sociais da Finlândia, apresentou o Programa Nacional de Saúde de seu país, que atua com base em um monitoramento regional dotado de sistema de informações descentralizado e facilita o trânsito de dados dos municípios. "Precisamos fazer relatórios relativos ao estado de bem estar dos habitantes, para dar uma boa base a tomadores de decisão", explicou, informando que uma nova lei está em vigor, segundo a qual os municípios precisam definir objetivos em relação à saúde e ao bem estar, e estratégias para alcançá-los.

Ela relatou ainda que o governo desenvolveu um portal da Saúde, no qual informações online sobre DSS orientam os gestores. "Nosso parlamento atual tem como prioridade reduzir iniquidades", relatou a ministra, acrescentando que saúde e bem estar são levados em conta em todas as decisões de todos os ministérios.



## VENTO DE DEMOCRACIA

Se medição e monitoramento são importantes, mais importante ainda é a política no qual estão inseridos, ponderou Rahhal El Makkaoul, secretário geral do Ministério da Saúde do Marrocos. "É a política que vai definir se é preciso implementar um sistema de dados ou não", analisou, informando que há dois anos, o rei Mohamed 6º levou "um vento de democracia" ao país. Entre os exemplos, ele citou a evolução da política de família marroquina, com o compartilhamento de responsabilidades entre homens e mulheres, em igualdade de condições.



Carmen: barreiras ao acesso da população cigana à saúde

Reid: o direito de ser contado é um direito fundamental



"Isso vem tornando a poligamia quase impossível", observou.

O país vem empreendendo também, há três anos, uma luta pela redução da mortalidade materna, com ações coordenadas, envolvendo organizações da sociedade civil, sistema de Saúde e Ministério dos Direitos Humanos, entre outros. Entre as medidas, estão a gratuidade do parto e a permanência da mulher no hospital por 48 horas.

Os esforços vêm dando resultados: dos 227 óbitos por 100 mil nascimentos, passou-se a 100 por 100 mil, almejando-se redução para 50 por 100 mil, em 2012, ultrapassando os Objetivos do Milênio. "Temos relatórios de comissões independentes que avaliam se o óbito era evitável ou não", informou o secretário. "A população está consciente de que há problemas, mas houve conquistas", relatou, referindo-se ao compartilhamento de informações. Para Rahhal não se pode medir sem decidir e não se pode decidir sem as medidas necessárias. "É preciso compromisso político de alto nível, para que a máquina possa arrancar", concluiu.

## DIREITO DE SER CONTADO

Para Carmen Amela Heras, diretora geral de Saúde Pública e ministra da Saúde de Espanha, quem não é contado não conta, como resumiu em sua exposição, referindo-se às populações invisíveis nos sistemas de monitoramento e medição. Ela citou a criação no país da Comissão Nacional sobre Desigualdades, que

tem apoio da Comissão Europeia, para desenvolver instrumentos de redução das iniquidades. "O primeiro passo para incorporar a saúde em todas as políticas é realizar avaliação de impacto da saúde em todas as políticas", apontou. "Em seguida, devemos criar o sistema de monitoramento, desenvolver ferramentas intersectoriais e elaborar um plano de visibilidade dos DSS para que a saúde seja inserida nos programas de governo", enumerou, ressaltando que é preciso levar em conta a população mais vulnerável.

Nesse sentido, relatou, foi criado um conselho estatal da população cigana, que não era contemplada no censo do país. "Utilizamos as mesmas variáveis de análise da população em geral, para fazermos comparações, o que nos possibilitou verificar as diferenças", contou. Mesmo o sistema de Saúde da Espanha sendo universal (*Radis 99*), verificaram-se barreiras para o acesso aos serviços de saúde pela população cigana. "A própria população está buscando soluções de participação no plano de visibilidade dos DSS", disse a ministra.

Na Nova Zelândia, as desigualdades foram incluídas nos programas de monitoramento, por meio de parcerias com instituições de pesquisa e com a sociedade civil, conforme relatou Papaarangi Reid, professora associada da Universidade de Auckland. A coleta de dados foi estabelecida de forma contínua e a investigação é realizada em diferentes grupos, que passaram a ter visibilidade. "O direito de ser contado é um direito fundamental".

# Contra as iniquidades, o cuidado desde o nascimento

**A**s iniquidades em saúde estão relacionadas a uma perspectiva de ciclo de vida: os determinantes sociais atuam desde o nascimento até a idade mais avançada. Assim, acontecimentos do início da vida podem ser responsáveis por problemas na maturidade. Na mesa-redonda de alto nível sobre *DSS e ciclo de vida*, que trouxe para a conferência essa abordagem, a diretora executiva adjunta do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Geeta Rao Gupta, ressaltou a importância de se investir no desenvolvimento das crianças.

“O investimento na primeira infância contribui para a redução das iniquidades. Esse deveria ser um elemento-chave a ser considerado para avançarmos”, disse. Mais de 20 mil crianças no mundo não chegam a completar cinco anos, informou — e os fatores sociais são a causa principal de desigualdades na infância. “Se continuarmos nesse ritmo de investimento, a desigualdade vai piorar, porque os mais ricos recebem melhores serviços”, avaliou Geeta Rao Gupta. Para se alcançar a igualdade, ela apontou a necessidade de integração de políticas, como educação, nutrição e saneamento.

## IDOSOS

Marie-Paule Kieny, diretora geral assistente de Inovação, Informação, Evidência e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS), citou a outra ponta do ciclo de vida: os idosos. Ela lembrou que o cuidado com os mais velhos é problema em várias sociedades, onde essa população é forçada a entrar em situação de pobreza. A OMS, segundo ela, está comprometida em assistir os países-membros em três frentes: monitoramento de indicadores a partir dos fatores sociais em todas as fases da vida, pesquisa para produção de evidências e reunião de políticas que funcionam e que não funcionam.

A vice-diretora executiva e secretária-geral adjunta do Fundo

de População das Nações Unidas (UNFPA), Purnima Mane, lembrou que é preciso adaptar essas experiências ao contexto local: “Devemos avaliar a realidade, ouvir a voz dos marginalizados e deixar que a agenda seja comandada pelos mais vulneráveis”.

## COMÉRCIO E DESNUTRIÇÃO

Na avaliação do diretor fundador da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape (África do Sul) e integrante do Movimento de Saúde dos Povos, David Sanders, as iniquidades estão diretamente relacionadas ao comércio. Ele usou como exemplo o fato de 35% das mortes de crianças no mundo se darem devido à desnutrição, “relacionada com acordos de livre comércio”, afir-

**Devemos ouvir a voz dos marginalizados e deixar que a agenda seja comandada pelos mais vulneráveis**

**PURNIMA MANE, UNFPA**

mou. Sanders referiu-se aos subsídios dados pelos países do Norte aos seus produtores de alimentos. Os países pobres acabam importando esses produtos e vendendo suas terras a empresas transnacionais do setor.

O Japão, citou, oferece à sua indústria de laticínios 2,6 mil dólares por vaca anualmente. “Por que uma vaca japonesa desfruta de uma *renda* anual cinco vezes maior do que a de um cidadão africano, que ganha em média 500 dólares por ano?”, questionou Sanders para quem as agências internacionais não atacam as causas do problema.

Sanders reafirmou o apoio do Movimento de Saúde dos Povos às agências da ONU, ressaltando se tratar de um “apoio crítico”. Na avaliação do movimento, as agências foram en-

fraquecidas substancialmente porque seus países-membros não as financiam de maneira adequada. “Organizações privadas, como a Fundação Gates, são hoje as grandes financiadoras e em grande medida estão influenciando a atuação dessas agências”, afirmou.

Outra forma de comércio explorada pelo professor na conferência foi a migração de profissionais de saúde do Sul para o Norte, o que se chama de “roubo de cérebros”. A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento estimou que os Estados Unidos economizam 184 mil dólares em treinamento para cada profissional importado. “É o Sul subsidiando o Norte”, disse. (ver a íntegra de sua fala na seção Pós-Tudo, pág. 23)

## LACUNAS NA DECLARAÇÃO

Sanders criticou a falta de referência ao comércio na *Declaração do Rio*, que estava então sendo discutida. “Precisamos falar sobre a crise financeira, sobre a crise alimentar, a crise climática”, convocou. “Devemos lutar pelas pessoas pobres que estão pagando pela crise”. A ministra da Saúde e de Serviços Sociais da Finlândia, Maria Guzenina-Richardson, concordou em que se deve reconhecer que dignidade humana nunca pode estar à venda.

William Lacy Swing, diretor-geral da International Organization for Migration, também disse estar “decepcionado” com a declaração. De acordo com ele, faltou mencionar as populações migrantes. “A migração por si só é um determinante social, hoje mais do que nunca”, afirmou. Se todos os migrantes fossem reunidos, seriam a terceira maior população do mundo, com o Produto Interno Bruto da Finlândia, calculou.

Marie-Paule Kieny, da OMS, ressaltou que é impossível haver uma carta perfeita, porque o texto final foi fruto de ampla negociação entre os participantes da conferência. “Em vez do copo meio vazio, prefiro ver o copo meio cheio”, disse. “A declaração é equilibrada, um marco que nos permite avançar”.



# Ministros, suas propostas e seus desafios

A CMDSS contou com uma sessão ministerial em que, durante um dia inteiro, ministros da Saúde e demais líderes de delegação dos Estados-membros presentes à conferência reafirmaram o compromisso de seus países com a ideia de que as desigualdades sociais são prejudiciais à saúde e com “uma nova visão de saúde”, como definiu **Alberto Noriega**, ministro do Peru. Os representantes oficiais apresentaram limites e possibilidades de abordagem dos DSS nas políticas de seus países. Cada ministro fez um pronunciamento de quatro minutos, a maioria defendendo abordagem intersetorial para o enfrentamento das iniquidades em saúde.

Juan Moreira, diretor geral de Saúde do Equador, alertou para um enfoque abrangente associado aos direitos sociais que, segundo ele, devem estar previstos na lei. Gaudenz Silberschmidt, que lidera a Divisão de Assuntos Internacionais do



Gabinete Federal Suíço de Saúde Pública, também sinalizou na mesma direção: “A Suíça se sai bem na Saúde em função do diálogo com os outros setores”, garantiu. A defesa da intersectorialidade ainda apareceu nos discursos de Suécia, Cuba, Israel,

Eslovênia, Polônia, França, Argentina e Ilhas Maurício.

Outra questão comum nas falas dos delegados foi a defesa da equidade e da garantia de acesso à saúde para as populações em situação de vulnerabilidade. O ministro peruano se comprometeu em “incorporar a voz da comunidade” nas decisões estratégicas para assegurar “o cuidado com os grupos menos privilegiados”.

Mohammed Jaber, ministro do Iraque, manifestou preocupação com os que vivem nas áreas mais remotas do país e com a situação das mulheres – que também estão



em posição desprivilegiada em Serra Leoa, de acordo com Hon Mamoud Tarawali, vice-ministro da Saúde e Saneamento daquele país. Insegurança alimentar e desemprego – entre outras questões – deixam as mulheres em condições desiguais.

O ministro do Sri Lanka, **Maithripala Sirisena**, lembrou que as desigualdades permanecem no meio rural, principalmente, entre os plantadores de chá. O problema se repete no Suriname, informou o ministro da Saúde Celsius Waterburg, explicando que a qualidade dos serviços no campo não é a mesma que nas cidades.



Catherine Patterson, ministra-conselheira da Austrália, lembrou que o ônus é sempre maior para a população mais pobre, enquanto **Sofia Malyavina**, representante do Ministério de Saúde e de Desenvolvimento Social da Rússia, anunciou a criação de um fundo para

## Olhares sobre a conferência

A CMDSS reuniu representantes da sociedade civil de todas as regiões do planeta, na plateia e nas mesas-redondas. Estavam ali para ouvir e ser ouvidos, seja nas palestras, seja nas intervenções durante os debates. Seu olhar crítico sobre a conferência que se realiza em meio a um cenário mundial no qual crise econômica, guerras e iniquidades aparecem na exposição de seus pontos de vista à *Radis*.

A médica cirurgiã boliviana Vivian Camacho, integrante do People's Health Movement, movimento voltado à causa da saúde como direito universal em escala global, acompanhou a conferência e participou dos debates paralelos da sociedade civil, também realizados no âmbito do evento, e criticou a pauta da CMDSS por não tratar das grandes corporações transnacionais e sua influência nos rumos tomados pelo desenvolvimento, nem das guerras que eclodem pelo mundo. “É preciso que isso seja posto na mesa”, reivindicou Vivian, militante da promoção da medicina tradicional indígena. “Tenho raízes indígenas qeshua”, contou, observando que seu país vem passando por mudanças com o governo Evo Morales, no qual “vêm sendo levados à frente programas intersetoriais”.



Vivian: pauta da CMDSS excluiu temas importantes

Em intervenção durante a mesa *Medindo, monitorando e integrando dados na política*, tema do quinto eixo de debates da conferência, a palestina Rita Giacaman, professora universitária, observou que a cultura local deve determinar o que vai ser monitorado em determinado grupo. No caso das ocupações como aquela em que vive, Rita considerou que o índice de estresse seria um item a se medir. A exposição à violência, o confisco de terras, indicou, precisam ser levados em conta. “Queremos dizer ao mundo que temos nossas medidas. Coisas diferentes para culturas diferentes”, resumiu. À *Radis*, ela afirmou que sentia-se feliz por estar no Brasil e que pretende iniciar um intercâmbio com as universidades brasileiras. “É importante para os palestinos fazer contato com o Brasil, que tem uma presidente mulher e teve alguém como o presidente Lula antes disso”, disse Rita. “Não queremos estar isolados”.



Rita, da palestina: “não queremos estar isolados”

Para coreano Youngtae Cho, professor associado da Escola de Saúde Pública da Universidade Nacional de Seoul, o fato de a conferência ter acontecido já representou uma mudança. “A Coreia precisa discutir os determinantes sociais da saúde”, disse, ao lado da presidente da Seoul Foundation of Woman & Family (Fundação da Mulher e da Família de Seoul), Hyun-Kyung Park, que participou da mesa *Tornando as políticas coerentes*

maior acesso à saúde dos grupos mais vulneráveis, como idosos, mulheres e desempregados. A questão também mereceu destaque entre os representantes de Moçambique, Quênia, Índia, Burkina Faso e Chile.

**Nila Heredia**, ministra da Saúde da Bolívia, chamou a atenção para a necessidade de se considerar a interculturalidade como determinante social da saúde. “É uma maneira de aceitar conhecimentos e práticas diferentes sobre saúde, doença e morte”, defendeu, advertindo que é preciso conhecer as diferentes realidades para que se possam fazer mudanças nas estratégias de saúde.

Sua opinião se aproximou da declaração proferida por Amit Mohan Prasad, secretário do Ministério de Saúde e Bem Estar da Índia. Ele informou que o país criou um ministério específico para cuidar dos segmentos vulneráveis — mulheres, crianças, além de algumas castas e minorias —, cujo objetivo é promover um atendimento equitativo que respeite as questões particulares de cada um.



“Tratar de determinantes sociais entre grupos vulneráveis exige dados robustos”.

Apreocupação com os dados também apareceu na fala de **David Butler-Jones**, diretor da Agência de Saúde Pública do Canadá, que defendeu a implementação de um “ciclo positivo” que enfrente desigualdades, compartilhe informações e identifique ações que apontem para as Metas do Milênio, e de Onyebuchi Chukwu, ministro da Saúde da Nigéria: “Nenhuma avaliação pode ser feita sem dados confiáveis”, declarou, alertando para a importância da informação para descobrir causas de iniquidades.

Mohammad Hossein Nicknam, ministro interino para Assuntos Internacionais do Irã, também chamou atenção para o assunto, informando que o país estuda a implementação de um conjunto de indicadores para monitorar a equidade nas províncias e distritos, com a colaboração da Universidade de Teerã.



Muitos representantes aproveitaram o espaço para compartilhar lições e desafios na implementação da política dos DSS. **Beth Mugo**, ministra de Saúde Pública e Saneamento do Quênia, destacou o grande fluxo de refugiados que chega ao país e a “fuga de cérebros” para o exterior;

e **Roberto Morales**, ministro da Saúde de Cuba, observou que a saúde em seu país sofre os efeitos de mais de 50 anos de bloqueio comercial imposto pelos Estados Unidos. Ele assegurou, no entanto, que acesso universal à saúde, ações descentralizadas em todos os níveis de governo

e regionalização garantem resultados semelhantes aos dos países de maior renda. “Cem por cento da população gozam de proteção social”, garantiu. Sirisena, do Sri Lanka, lembrou que mesmo com três décadas de terrorismo o país manteve o serviço de saúde, graças aos investimentos em educação. Mohammed Jaber, ministro do Iraque, destacou a importância em se estabelecer parcerias com os países vizinhos para investir em promoção da saúde.

em nível local e nacional, do eixo, na qual apresentou as condições de vida da mulher coreana. “Na Coreia do Sul, as mulheres têm status mais baixo que os demais habitantes, condições de emprego menos favoráveis, condição de saúde pior e taxa de mortalidade mais elevada”, apontou durante sua fala. Cho informou que seu país tem, hoje, um governo conservador, mas já contou com outros governantes progressistas e tem na sociedade civil fator de equilíbrio ao conservadorismo. “A sociedade civil está muito ligada em equidade”, ressaltou.

Também para o pesquisador **Hasheem Mannan**, do Centre for Global Health de Dublin, na Irlanda, um dos signatários da declaração paralela da sociedade civil, o fato de mais de 120 países-membros da OMS estarem representados na Conferência, com a maioria das delegações encabeçadas pelos ministros da Saúde, indica que o direito à saúde está na agenda política mundial e os temas das mesas “levaram profundidade às discussões”. Ele, no entanto, fez uma ressalva, no que diz respeito à *Declaração Política do*



Park: mulher coreana em condição desfavorável

*Rio*: se por um lado esta reafirmou o impulso político de se levar em conta os DSS e enfatizou a necessidade de o direito à saúde abranger também os “grupos vulneráveis”, por outro, não nomeia explicitamente todos esses grupos. “Citando alguns e não outros, a declaração perpetua as iniquidades que a conferência quer liquidar”, ponderou. “Imagine um político em um país de baixa, média ou alta renda que recebe a *Declaração do Rio* em sua mesa, e tem a liberdade de interpretar quem poderia ser classificado como pertencente a grupos vulneráveis”, observou. “Não adianta alegar que é difícil definir quem são”, disse, referindo-se àqueles que tiveram negados seus direitos econômicos, civis, sociais, tais como crianças, mulheres, pessoas com deficiência, indígenas, migrantes, refugiados, discriminados por raça, idosos, pessoas que vivem longe de seus locais de trabalho, pessoas com doenças crônicas. “Pesquisas mostram que em relação ao acesso e à equidade em saúde populações continuam em desvantagem, devido ao seu status e identidade”.



Hasheem: críticas à ‘Declaração do Rio’



Cho: sociedade civil ligada na equidade

♦ Acesse no site do Canal Saúde ([www.canal.fiocruz.br](http://www.canal.fiocruz.br)) a íntegra dos debates da CMDSS. ♦ Acompanhe em [www.cmdss2011.br](http://www.cmdss2011.br) o desdobramento das discussões. ♦ Leia a íntegra das declarações finais no site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)).

## SERVIÇO

## EVENTO

## 12º CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE AMBIENTAL



Sob o tema *Novas tecnologias, ser humano saudável e ambiente*, o evento tratará de questões como avaliação de riscos em saúde, ruído e

o impacto dos campos eletromagnéticos, segurança alimentar e educação pública. Promovido pela Federação Internacional de Saúde Ambiental e União Lituana dos Higienistas e Epidemiologistas, o congresso divide-se nos seguintes eixos: *Novas tecnologias e saúde; Segurança alimentar, nutrição e atividade física; Saúde ambiental; Educação pública, comunicação e informação; e Desafios em Saúde Pública.*

Data 21 a 27 de maio de 2012

Local Vilnius - Lituânia

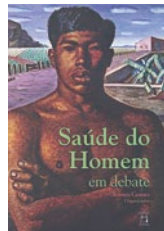
Mais informações

Site [www.ifeh2012.org](http://www.ifeh2012.org)

## PUBLICAÇÕES

## MASCULINIDADE E SAÚDE

*Saúde do Homem em debate*, organizado por Romeu Gomes (Editora Fiocruz), divide-se em nove capítulos. O primeiro trata da integralidade em saúde e os homens na perspectiva de gênero. O segundo, da necessidade de não se fazerem reduções sobre o homem, revisando estudos e intervenções sociais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. O terceiro trata da vulnerabilidade masculina no espaço urbano. O quarto apresenta algumas reflexões sobre a saúde dos homens jovens. O quinto, sobre discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde. O capítulo seis tem como foco a sexualidade masculina. O capítulo sete examina as chamadas 'novas tecnologias reprodutivas'. O oitavo capítulo trata das representações da violência de gênero para homens e as perspectivas para a prevenção e promoção da saúde. Por fim, o último



capítulo propõe discutir os temas da masculinidade, violência e homofobia.

## EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA

*Análise de Sobrevida: teoria e aplicações em saúde*, de Carlos Machado de Marília Sá, Valeska Lima, Claudia Torres, Dayse Pereira, Maria Tereza e Silvia Emiko (Editora Fiocruz), em sua segunda edição, com capítulos reescritos ou desdobrados e incorporação de novos temas, trata de um dos tópicos da epidemiologia moderna mais utilizados na pesquisa em saúde – a análise de sobrevivência. O livro aborda esse conjunto de técnicas estatísticas usadas para estudar o tempo, até a ocorrência de algum evento de saúde (o óbito ou a cura, por exemplo). O conteúdo e a linguagem foram testados em cursos ministrados pelas autoras. A abordagem inclui exemplos, interpretações e gráficos e deverá interessar àqueles que têm um estudo em saúde a analisar.



## PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

*Das loucuras da razão ao sexo dos anjos*, de Luis David Castiel, Javier Sanz-Valero e Paulo Roberto Vasconcellos-Silva (Editora Fiocruz), faz uma reflexão

teórica sobre como o conhecimento no campo da saúde está sendo produzido. A publicação trata dos vários excessos localizados no campo da saúde pública e no território acadêmico, como é o caso da hiperprevenção. O livro trata da perspectiva da utopia individualista que marca a época atual, em contraste com a proposta de atenção primária em saúde apresentada na Declaração de Alma-Ata de 1978, do conceito de biopolítica e suas questões teóricas, da relação entre epidemiologia dos desastres, ideia de hiperprevenção e contexto de riscos catastróficos e da articulação da promoção da saúde



com práticas de estrutura religiosa, entre outros temas correlatos.

## SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

*Saúde no Brasil, a série 'The Lancet'*, 2011, organizado por Cesar Victora, Maria do Carmo Leal, Maurício Barreto, Maria Inês Schmidt e Carlos Augusto Monteiro (Editora Fiocruz), é uma adaptação do número temático da revista *The Lancet* sobre o panorama da saúde brasileira, publicado em maio de 2011. Trata-se de obra escrita por autores que vivenciaram como cientistas e participaram como cidadãos do nascimento do SUS. Refletindo a estrutura da revista, o livro se divide em seis capítulos, abordando os temas: sistema de saúde; saúde das mães e crianças; doenças infecciosas; doenças crônicas não transmissíveis; violência e condições de saúde; e inovações nas políticas de saúde.



## CD-ROM

## AIDS E DERMATOLOGIA

*Pele e Aids – manifestações dermatológicas na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*, coordenado por Carlos Alberto Basília de Oliveira (Editora Fiocruz), expõe seus conteúdos em 44 pranchas e respectivos verbetes. Os autores tratam de todas as manifestações dermatológicas que ocorrem ou são exacerbadas pela aids. O prefácio é assinado pelo professor emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pesquisador emérito do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), José Rodrigues Coura.



## ENDEREÇO

Editora Fiocruz

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

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

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



## PÓS-TUDO

# Devemos lutar pelas pessoas pobres que estão pagando pela crise do capitalismo



David Sanders \*

**Q**uero me concentrar nas mães e crianças em particular. Há uma lacuna inaceitável entre ricos e pobres. Uma mulher em um país pobre tem uma em cada dez chances de morrer no parto. Um total de 35% das mortes de crianças no mundo são devidas à desnutrição.

O que estamos fazendo sobre isso? Muito pouco. O comércio não é, infelizmente, mencionado na Declaração do Rio. A subnutrição está relacionada com acordos de livre comércio. Países do norte subsidiam sua agricultura e alimentos à exportação para países pobres, inundando seus mercados. Por exemplo, o Japão subsidia a sua indústria de laticínios, no montante de US\$ 2.600 por ano por vaca. Por que uma vaca japonesa desfruta de uma “renda” anual cinco vezes maior do que a de um cidadão africano que ganha em média US\$ 500 por ano? E isso leva à insegurança alimentar. Por que não estamos falando sobre essas coisas?

O que o Unicef está fazendo sobre isso? Está transportando Plumpy’nut

[pasta à base de amendoim, com invólucro plástico, usada no tratamento da desnutrição severa, de fabricação francesa, pela empresa Nutriset] da França para a África para tratar a desnutrição. Isto medicaliza o problema e desvia a atenção do fato de que os países africanos importam alimentos e vendem terras a empresas transnacionais de alimentos. Etiópia, o maior receptor de Plumpy’nut, também recebe 700 mil toneladas de ajuda alimentar por ano. E acaba de vender 3 milhões de hectares de terra privilegiada para uma corporação.

Este é o contexto do problema e não o estamos abordando. No caso das doenças não transmissíveis, uma vez mais o comércio é a questão. África do Sul é o país mais gordo do terceiro mundo, e a importação e produção de produtos alimentares transformados e de soro de leite, um ingrediente de *snacks*, subiram exponencialmente. Como vamos controlar a desnutrição sem regular o comércio?

Além disso, não há referência na *Declaração do Rio* para o comércio desleal de pessoal de Saúde. África e Ásia foram esvaziados de pessoal de Saúde, contribuindo para um aumento da mortalidade materna, entre outras coisas, uma vez que profissionais qualificados são essenciais para reduzir essa tragédia. Estimou-se há vários anos pela Unctad [Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento] que os EUA economizam US\$ 184 mil em custos de treinamento para cada profissional importado. No total, isso se traduz em centenas de bilhões de dólares. Novamente aqui é o Sul subsidiando o Norte. Precisamos de compensação para o que os ministros

africanos de Saúde há alguns anos chamaram de roubo de cérebros — e não um código voluntário, como o presente código da OMS sobre recrutamento, que não tem quem force sua aplicação.

Eu também sou membro do Movimento de Saúde dos Povos (People’s Health Movement), um movimento global ativo em cerca de 70 países, com várias organizações filiadas. Nós temos uma posição de apoio incondicional, mas crítico, às agências da ONU. Embora sejam imperfeitos, eles representam os pontos de vista dos Estados membros. No entanto, eles foram enfraquecidos substancialmente porque os países não os financiam como deveriam. Eles também devem ser reforçados e devem ser mais ouvidos. Mas iniciativas privadas como a Fundação Gates são grandes financiadoras e, em grande medida, estão influenciando essas agências.

Como Bob Dylan disse, o dinheiro não fala, ele jura. Precisamos falar sobre crise financeira, crise alimentar e crise climática (e o clima não é mencionado na *Declaração do Rio*). A crise financeira é uma crise do capitalismo. Há uma declaração do Rio alternativa elaborada pela sociedade civil, com dez exigências muito claras, incluindo um imposto Tobin [tributo sobre as movimentações financeiras internacionais de caráter especulativo]. Por que não são as agências das Nações Unidas que pedem isso? Não se trata de algo radical, é um imposto sobre a economia de cassino. Neste momento, as pessoas pobres em todos os lugares, inclusive no Sul da Europa, estão pagando pela crise. Devemos lutar por elas. [F]

\* David Sanders é professor e diretor fundador da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape, África do Sul, membro fundador e coordenador do Conselho Global do Movimento Saúde dos Povos (PHM). Presidente do PHM da África do Sul. Tradução da palestra que proferiu na Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, em outubro de 2011. Disponível em <http://cmdss2011.org> (leia também a íntegra da declaração alternativa do Rio, citada pelo autor, no site do RADIS: [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis))

# Acesse o novo site do RADIS



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

## Conteúdo de qualidade em comunicação e saúde

**RADIS**  
comunicação e saúde

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SÉRGIO AROUCA  
ENSP

FIOCRUZ