

NESTA EDIÇÃO

SUS (mal) avaliado

Pesquisadores criticam índice do governo que mede desempenho do sistema

Produção científica

Com crescimento acima da média, país ainda tem desafios a enfrentar

RADIS

comunicação e saúde

DESDE 1982

Nº 117 • Maio de 2012

Av. Brasil, 4.036/510, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233515/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Acesso e humanização,

direitos da mãe e do bebê



Inclusão digital, inclusão social

Seminário debate aspectos transformadores das tecnologias da informação

Adriano De Lavor

As tecnologias de informação e comunicação como caminho para a inclusão social foram debatidas em seminário realizado em abril pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). A importância de tomar o tema como objeto de pesquisa e de discussão no meio acadêmico, que tem grande potencial de propor novas maneiras de se enxergar o mundo, foi realçada pelo jornalista Umberto Trigueiros, diretor do Icict, na abertura do evento. Ele destacou a relevância de se fazer essa reflexão com base em outros interesses que não sejam os hegemônicos.

TRABALHO IMATERIAL

O pesquisador Henrique Antoun, do Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da UFRJ, destacou que a entrada em cena da internet trouxe mudanças não somente tecnológicas, mas sociais e históricas, já que acompanhavam as transformações que as sociedades experimentavam a partir dos anos 1960. Há diferenças entre as mídias de massa e as mídias distribuídas, sendo as primeiras típicas das sociedades do trabalho material, funcionam sob o modelo “poucos produzem pouco para muitos”, são produtoras de homogeneidades e “perfeitas para dirigir os outros”, acentuou.

O professor traçou um histórico da internet e sua relação com o mundo do trabalho e do capital, enfatizando as mudanças que ocorreram a partir daí. Segundo ele, acompanha esta evolução o nascimento de um novo movimento,

que configura o trabalho imaterial, de criação e de invenção, “que é correlato à rede”. Ele definiu a rede como máquina de empoderamento e de ativismo social. Neste sentido, apontou, acabar com a miséria é garantir a não exploração predatória das relações sociais que se podem criar nessas redes.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O historiador André Pereira Neto, coordenador do Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (Laiss/CSEGSF/Ensp) e professor do Programa de Pós-Graduação de Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS/Icict), destacou as mudanças paradigmáticas estabelecidas pela era digital, com o uso de internet e novas tecnologias, bem como os reflexos desses dispositivos nas relações dos indivíduos com a saúde. O professor considerou que esta é uma época de maior equilíbrio entre o saber médico e o saber popular, mas ressaltou que o acesso ainda é restrito à população de baixa renda. “A exclusão digital é também uma exclusão social”, assinalou, apontando, no entanto, que a exclusão digital tem data para acabar.

Ele apresentou o trabalho desenvolvido pelo Laiss, que, em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), já formou oito turmas do curso de Saúde Comunitária com alunos moradores das comunidades do entorno da Fiocruz. André destacou o papel decisivo da informação para a promoção da saúde e para a construção da cidadania.

Simone Quintela, ex-aluna e representante do Laiss, considerou válida a experiência de participar da produção de filmes no curso, mostrando que “a comunidade de Manguinhos é saber, é saúde, é lição de vida e informação”.

Ao apresentar o plano *Brasil Sem Miséria*, do Governo Federal, o economista Tiago Falcão, da Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza (Sesep) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ressaltou a contribuição das tecnologias de informação e de comunicação para implementar boa parte das políticas sociais de combate à pobreza no país. Ele explicou que, dentro dos esforços do governo para tirar da pobreza 16,2 milhões de pessoas, as TICs foram importantes, por exemplo, para conhecer os mais pobres. “As estatísticas do IBGE não são suficientes”, explicou, ressaltando a importância da formulação de um cadastro único que incluísse as pessoas que estão fora do sistema bancário ou do mercado de trabalho formal.

VISIBILIDADE

“A população mais pobre do país era invisível para o governo até a instituição do cadastro único”, observou. Segundo ele, hoje 70 milhões de brasileiros estão no cadastro (cerca de 40% da população do país), pessoas que, por estarem invisíveis, não eram incluídas nos programas sociais.

O geógrafo Christovam Barcelos, vice-diretor de Ensino e Pesquisa do Icict, ressaltou a importância de se enxergar a saúde entendendo os processos de produção e de circulação das informações. Ele citou a conhecida frase do carnavalesco Joãosinho Trinta, morto em dezembro de 2011 – “Pobre gosta de luxo, quem gosta de miséria é intelectual” – para reafirmar o compromisso dos pesquisadores de pensar sobre a miséria no país, e lembrar que não se pode considerar “luxo” o acesso às tecnologias de comunicação e informação. 

Tiago(E): mais pobres eram invisíveis;
Simone: saber, saúde, lição de vida e informação;
Antoun: mudanças sociais e históricas com a internet



Humanizar é direito e dever

Após meses abordando questões macroeconômicas e determinações sociais, e às vésperas de mergulharmos nos debates da Rio+20 sobre desenvolvimento sustentável e saudável, *Radis* se volta para um momento ímpar na existência humana: o nascimento de uma criança — da gravidez ao parto e os cuidados com a mulher e com o bebê. Ficou ausente na reportagem a valiosa função da paternidade.

Destacamos o protagonismo da mulher frente aos procedimentos induzidos por centralidade na medicalização, redução de custos e um pragmatismo da cultura atual. Dois dos três milhões de partos anuais no Brasil são realizados pelo SUS — 52% por meio de cesarianas. Na rede privada a situação é ainda pior, 82%, a grande maioria desnecessariamente, aumentando em sete vezes o risco de morte da mãe. Não há como desconsiderar também o atraso — em oposição à orientação e ao planejamento familiar — das leis restritivas brasileiras, que impedem a redução do aborto inseguro e suas complicações, responsáveis por um quarto das causas de morte materna.

Um acompanhamento pré-natal de qualidade é essencial também para a criança, que tem sua saúde prejudicada pela prematuridade induzida por cesarianas eletivas. Cada profissional de saúde tem papel relevante antes, durante e depois do parto.

Em junho, chefes de Estado vão esquadrihar na Rio+20 um mundo distanciado da essencialidade corporal, afetiva e presencial, e condicionar seu futuro ao crescimento econômico, à regulação do mercado e à soberania do capital.

Então, antes que venham as ressalvas tecnocráticas, justificativas de custo e conveniências financeiras ou geopolíticas, para que o modelo predatório de desenvolvimento continue como está ou pintado de verde, nos dediquemos ao texto de Elisa Batalha e às fotos de Marina Boechat. Nos concentremos por um momento no pequeno Enzo, nascido diante das repórteres, e em sua mãe Juliana, uma tímida e simpática trabalhadora, acolhidos numa maternidade de Belo Horizonte.

Enzo, como qualquer criança em cada canto do planeta, quer exercer sua essencialidade humana e social de vincular-se afetivamente, comunicativamente, à sua mãe, seu pai, ao Outro — que somos nós e o mundo em que habita. Que nossa opinião sobre as exigências da sustentabilidade — já que não a dos governantes nem a do mercado — tenha como referência a preservação e a promoção desse vínculo profundo.

Esta é a síntese da Comunicação. Esta é a síntese da Saúde.

Rogério Lannes
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



Comunicação e Saúde

- ♦ Inclusão digital, inclusão social 2

Editorial

- ♦ Humanizar é direito e dever 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula

5

Radis Adverte

6

Toques da Redação

7



Saúde Materno-infantil

- ♦ Parto e nascimento com cidadania 8
- ♦ Pré-natal: alta cobertura, baixa eficiência 11
- ♦ Rede privada: gestão é determinante 12
- ♦ Descriminalização, planejamento familiar e redução de danos 13
- ♦ Rede Cegonha: desafio de um novo modelo de atenção 14
- ♦ Humanização é realidade no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte 15



IDSUS

- ♦ Todo cuidado é pouco, na hora de avaliar o SUS 17

CAPES

- ♦ Ciência feita no Brasil 20

Serviço

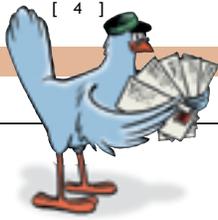
22

Pós-Tudo

- ♦ Guerra às drogas e territórios em disputa 23

Capa: O pequeno Enzo, minutos após nascer, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Foto de Marina Boechat.

Ilustrações: Lucas Pelegrineti Grynspan (L.P.G.).



VOZ DO LEITOR

'RADIS' TAMBÉM AGRADECE

Assinei a *Radis* enquanto estudante e nessa época usei muito a revista para me manter informada, e nos trabalhos da universidade. Hoje enfermeira da atenção básica (ESF), uso frequentemente a revista para atualizar a equipe que trabalha comigo. Como facilitadora do Acolhimento Pedagógico proposto pelo governo do estado, estou utilizando os textos para enriquecer nossos debates. A *Radis* acompanha o meu crescimento profissional e o daqueles que trabalham comigo! Parabéns à equipe. Obrigada!

♦ Anna Olívia Rios, Antas, BA

TRÂNSITO

É muito bom saber que no Brasil ainda existem pessoas de caráter, responsabilidade, profissionais de verdade, com vontade de mudar e melhorar a vida de muita gente, levando comunicação e até ensinando como fazer política pública de verdade. Estou falando de todos vocês que fazem parte da *Radis*. Obrigado. Parabéns. Eu me sinto muito orgulhoso

e muito bem assessorado por receber essa maravilhosa revista. Gostaria que vocês abordassem mais o caso dos motoqueiros nas ruas.

♦ Toninho Colônia, Coordenador do Movimento Popular de Saúde de Palheiros e Marsilac, São Paulo, SP

☑ *Caro Toninho, agradecemos as palavras e informamos que em várias edições temos mencionado questões relacionadas à violência no trânsito. Destacamos, entre as mais recentes, a 107 e a 116.*

SAÚDE DO TRABALHADOR

Venho solicitar conteúdo sobre saúde do trabalhador, pois temos muitos acidentes no país e a falta de informação sobre o assunto como leis e portarias, qual a competência dos Ceres [Centros de Referência em Saúde do Trabalhador] e também que existe a Renast [Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador]. Desde já agradeço.

♦ Gilberto Antonio Gewehr, Dom Pedrito, RS

☑ *Caro Gilberto, temos abordado o tema da saúde do trabalhador em várias edições (29, 46, 69, 87, 95,*

107, entre outras). Sugerimos que faça uma busca no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis) e também na Coletânea RADIS 20 anos. Mas voltaremos ao tema!

SAÚDE BUCAL

Sou acadêmico de Odontologia da Universidade Federal do Ceará. Queria dar os parabéns a todos os responsáveis pela matéria sobre saúde bucal divulgada na recente edição da *Radis* (114). Faz-se muito necessária a divulgação e a conscientização de toda a população brasileira acerca da importância dos cuidados com a saúde bucal (pois esta não se restringe a consequências apenas no âmbito oral), promovendo uma mutação quanto ao olhar na atuação do cirurgião-dentista.

♦ Edson Luiz Cetira Filho, Fortaleza, CE

Sou assinante da *Radis* desde o final de 2010, quando iniciei minha pós-graduação em Saúde da Família, e esta tem me acompanhado até o presente momento. Gostaria de parabenizá-los pela maravilhosa reportagem da edição 114, de fevereiro de 2012, *Cuidado integral do adolescente começa pela boca*, e espero que a *Radis* tenha mais reportagens sobre a saúde bucal no Brasil, seus avanços e o que ainda precisa ser melhorado. Adoro a *Radis*, ela já faz parte do meu dia a dia.

♦ Priscila Danielly Fiirst Navarro Santos, Coxim, MS

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



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

Periodicidade mensal
Tiragem 75.500 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 Adriano De Lavor
(subedição), Bruno Dominguez,
Elisa Batalha e Anna Carolina
Düppre (estágio supervisionado)
Arte Marina Boechat (subedição),
Natalia Calzavara e Lucas
Pelegrineti Grynzpan (estágio
supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís
Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Fábio Lucas e
Oswaldo José Filho (Informática)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 510 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

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

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

Site www.fiocruz.br/ouvidoria

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

AGROTÓXICOS

Ao ler a matéria *Lucro aditivado* (*Radis* 114), fiquei pasma com tantas informações cruéis da realidade do pequeno agricultor brasileiro. Logo lembrei de um caso na minha região, onde integrantes do MST fizeram manifestação contra o uso de agrotóxicos em uma propriedade a poucos metros da área que ocupam. O fato foi divulgado na mídia da região como "ato de vandalismo". Depois da matéria, pude compreender o porquê dessa luta e, mais ainda, o porquê da desvalorização da causa.

♦ Graciele Campos, via Facebook ☑

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

CHEVRON: NOVO VAZAMENTO E AUTUAÇÃO

O Ministério Público Federal (MPF) formalizou (21/3) denúncia criminal contra as empresas Chevron e Transocean e 17 de seus executivos, por crime ambiental e dano ao patrimônio público, devido ao vazamento de 3 mil barris de óleo no campo de Frade, na Bacia de Campos (RJ), em novembro de 2011, informou o site da BBC Brasil. Os executivos e funcionários das duas empresas foram proibidos de deixar o país sem autorização judicial. Uma semana antes da decisão do MPF, nova mancha de óleo foi detectada na região, com suspeitas de ser decorrente do primeiro vazamento.

Caso a acusação do MPF seja aceita pela vara criminal de Campos, o presidente da Chevron no Brasil, George Buck, e outros três funcionários da empresa responderão por acusações de crime ambiental, falsidade ideológica e dano ao patrimônio público. No documento do MPF, o procurador da República Eduardo Santos de Oliveira avaliou que “os funcionários das empresas Chevron e Transocean causaram uma bomba de contaminação de efeito prolongado”, por terem empregado pressão maior do que a suportada, o que teria causado fraturas nas paredes do poço.

Segundo o documento do MPF, que teve por base relatório da Polícia Federal, o primeiro acidente ocorreu por insistência de Chevron e Transocean em perfurar com pressão de 9,5 libras por galão, ultrapassando o limite suportável pela parede do poço. Estudos geológicos indicavam que o campo tinha pressão limite de 9,4. O poço não suportou e vazou óleo para o oceano, informou *O Globo* (20/3). Para a petrolífera, no entanto, “não há evidências técnicas nem factuais que demonstrem conduta negligente ou proposital” de seus empregados relacionada ao incidente.

Em 4/3, foi detectada nova mancha de óleo, a três quilômetros do local anterior. Foram identificados fissura de 800 metros e afundamento do solo do oceano. Esse segundo vazamento seria decorrência do primeiro, segundo especialistas. De acordo com a Agência Nacional do Petróleo (ANP), foram encontrados cinco pontos de vazamento de pequenas gotas de óleo.

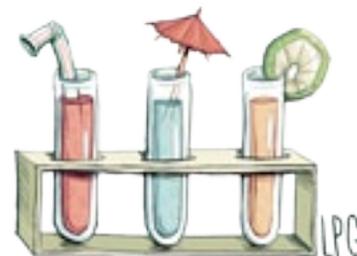
TUBERCULOSE, COM MENOS CASOS, AINDA PREOCUPA

O Ministério da Saúde lançou (26/3) campanha de enfrentamento da tuberculose e divulgou balanço mostrando queda no número de casos da doença que, em 2011, atingiu 69.245 pessoas, 3,54% menos que em 2010 – 71.790. De acordo com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, foi a primeira vez que menos de 70 mil pessoas foram vítimas da doença no período de um ano. “É uma marca importante. Não é uma marca para ser comemorada, é uma marca para ser reconhecida, que o caminho está correto”, afirmou ele, de acordo com o portal Terra (26/3). Apesar da queda, o Brasil ocupa ainda a 17ª posição na lista de 22 países de alta carga da doença. A tuberculose é a quarta causa de morte por doenças infecciosas no país, informou *O Estado de S. Paulo* (26/3). A meta do ministério é conseguir reduzir o número de contaminados à metade até 2015. A taxa de mortalidade por tuberculose na última década é de 23,4 pessoas para cada 100 mil habitantes.

O ministro lembrou que a cura é possível, o tratamento é feito pelo SUS, mas deve ser ininterrupto. Os números mostraram que as taxas de cura de tuberculose no Brasil caíram de 73,5%, em 2009, para 70,3%, em 2010, índices abaixo dos 85% recomendados pela Organização Mundial da Saúde. O quadro está associado principalmente ao alto índice de abandono do tratamento.

Campanha do ministério busca alertar a população sobre os sintomas da doença e o tratamento gratuito. A tosse por mais de três semanas, com ou sem catarro, é o principal sinal. É necessário procurar uma unidade de saúde para o diagnóstico rápido. Para o paciente se curar, deve realizar tratamento durante seis meses, sem interrupção. Uma medida que come-

ça de forma experimental em cinco capitais – Brasília, Vitória, Aracaju, Florianópolis e Palmas –, a partir do segundo semestre, é o envio de mensagens diárias, por celular, para pacientes em tratamento.

LABORATÓRIOS: SEM CONTROLE DE QUALIDADE

Dados da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML) mostram que menos da metade dos 16 mil laboratórios privados de diagnóstico do país têm controles internos de qualidade, e apenas 2% passam por auditorias externas que avaliam seus processos, informou a *Folha de S. Paulo* (26/3). As informações ajudam a explicar as ações por erros de exames clínicos e de imagem que tramitam nos Tribunais de Justiça. Entre 2000 e 2007, houve 1.509 processos contra laboratórios, segundo pesquisa nacional feita pelo bioquímico Humberto Tibúrcio, do Sindlab (Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais). Entre 2008 e o início de 2012, a *Folha de S. Paulo* informou ter localizado 1.780 ações por danos morais contra o setor da medicina diagnóstica. Só no Tribunal de Justiça de São Paulo, foram 449 processos, apontou o jornal, 72% deles especificamente sobre denúncias de erros de exames. Testes falso-positivos de HIV, hepatites, sífilis, gravidez e DNA lideram as queixas (38% delas).

Há exames com limitações metodológicas, como o de HIV, com mais de 70 fatores que podem causar reação falso-positiva, incluindo gripe e gravidez. O procedimento padrão em casos de resultado positivo para HIV é fazer a contraprova por meio de outro exame, o Western Blot. O Ministério da Saúde recomenda que os laboratórios avisem os pacientes sobre a limitação do exame. “Todo mundo sabe que tem de fazer aconselhamento do paciente, mas poucos fazem”, disse Tibúrcio ao jornal.

Nas ações, há também queixas de trocas de laudos (imagem de um paciente e laudo de outro) ou erros de resultados (positivo por negativo e vice-versa) e de exames que apontam, erroneamente, um câncer. A partir de setembro, por resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde terão que divulgar que laboratórios de sua rede são qualificados.

ANVISA: TESTES EM IMPLANTES MAMÁRIOS



A comercialização de próteses mamárias de silicone, nacionais e importadas, foi suspensa temporariamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a partir de março, informou a *Folha de S. Paulo* (21/3). Resolução da Anvisa obriga todos os produtos ainda não cadastrados a passar pela certificação do Inmetro, antes de serem vendidos. Até então, os lotes que chegavam à Anvisa não passavam por testes. As importadoras e fabricantes nacionais precisavam apenas apresentar documentos que atestassem a qualidade dos produtos e já obtinham um registro por cinco anos.

Segundo nota publicada pelo Inmetro, os produtos serão avaliados em testes mecânicos, biológicos e químicos nos laboratórios, antes de obter o selo de segurança. Os produtos que já estão no mercado poderão continuar sendo vendidos até o fim do prazo de validade ou de registro.

O Inmetro informou também que vai publicar no *Diário Oficial* os requisitos de avaliação para implantes mamários, e só os fabricantes que se submeterem às novas condições poderão comercializar novos modelos.

No Brasil existem 50 tipos de próteses mamárias certificadas pela Anvisa e 24 fabricantes credenciados, apenas três deles brasileiros. Também passará a ser obrigação do médico alertar os pacientes sobre os riscos, a possibilidade de o implante interferir na amamentação, da necessidade de avaliações periódicas e sobre a possibilidade de uma nova

cirurgia quando a vida útil da prótese chegar ao fim. É estimado que 20 mil brasileiras usem implantes de marcas estrangeiras com material inapropriado.

GREVE EM JIRAU E SANTO ANTÔNIO

Trabalhadores das hidrelétricas de Jirau e Santo Antônio, no Rio Madeira, Amazônia, paralisaram suas atividades durante o mês de março, por melhores salários e melhores condições, como dias de folga, aumento do valor da cesta básica, plano de saúde gratuito extensivo aos familiares, aumento de adicional de periculosidade e insalubridade e disponibilidade de médico ginecologista no posto de saúde do canteiro de obras, informou o portal G1 (23/3). A paralisação em Jirau foi iniciada em 8/3 e a de Santo Antônio, em 20/3. O movimento chegou a alcançar 35 mil trabalhadores e preocupou o governo com relação ao atraso nas obras das usinas, que fazem parte do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC). Em mais um ato de opressão aos trabalhadores que vêm tendo seus direitos usurpados, a Justiça do Trabalho declarou as greves abusivas e ilegais e determinou o retorno imediato dos operários ao trabalho.

Em 2/4, os trabalhadores aprovaram o fim da greve nos dois canteiros, como anunciou o Sindicato dos Trabalhadores da Indústria da Construção Civil de Rondônia (Sticcerro). Segundo o Sticcerro, eles aceitaram o acordo negociado (30/3) com as empresas, que garante reajuste de 7% para os que ganham até R\$ 1.500 por mês e de 5% para quem ganha mais do que isso.

O movimento chegou a fazer com que o governo deixasse a Força Nacional de Segurança de prontidão para prevenir o que consideraram “tumultos”, referindo-se à revolta dos operários em março de 2011 (*Radis* 107), no canteiro de Jirau.

SUSTENTABILIDADE: NOVO MODELO

O diretor executivo do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma), o alemão Achim Steiner, defendeu aprovação de uma

nova forma de medir o crescimento entre os países e considerou o processo preparatório da Rio+20 “muito lento”, em entrevista concedida ao jornal *O Globo* (1º/4) — leia a íntegra no site do RADIS. Para ele, o evento que se realizará em junho, no Rio de Janeiro (*Radis* 112), vai rever o passado e discutir uma transição para uma economia verde, “que inclua a erradicação da pobreza, além de definir um novo quadro institucional”. A escolha desses temas, observa Steiner, “demonstra um reconhecimento da ONU de que precisamos discutir o modelo econômico, que está conduzindo para um desenvolvimento insustentável e aprofundando a desigualdade social”. Para ele, aprovar na Rio+20 uma nova forma de medir o crescimento econômico dos países, diferente do PIB, é uma maneira de a conferência “exercer alguma liderança”, uma vez que “há um reconhecimento mundial de que o PIB é um indicador imperfeito”, que “ignora os aspectos de bem estar socioambiental”. Steiner abordou também a falta de cumprimento de compromissos por parte dos países. Ele lembrou que, como na área ambiental não existem sanções como as que vigoram no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), os países não são punidos por não cumprirem o que assinam. “É muito triste saber que acordos ambientais já assinados, como a Convenção do Clima e o Protocolo de Kioto, não incluíram mecanismos de sanção”.

A mesma opinião foi manifestada pelo prêmio Nobel de Economia Joseph Stiglitz, em encontro na ONU sobre desenvolvimento sustentável, informou *O Globo* (3/4). Ele afirmou que os Estados Unidos estão impondo custos altos demais ao restante do mundo e defendeu que as nações pressionem o país com sanções econômicas. Stiglitz participou do *Encontro sobre bem estar e felicidade*, promovido pelo governo do Butão, que marca a implementação da resolução da ONU segundo a qual o PIB, da forma como se constitui hoje, não é suficiente para medir o bem estar de uma população.

As discussões também pautaram a conferência *Planeta sob Pressão*, ocorrida em Londres (29/3). No encontro,

RADIS ADVERTE

**O PARTO É DA MULHER,
NÃO UM ATO MÉDICO**

IVO OLIVEIRA LOPES, DIRETOR ADMINISTRATIVO DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN



CONTROLE SOCIAL EM RISCO —

Começou a circular em março na internet um manifesto que merece atenção — enquanto é tempo. Sob o título *SOS: Governo Dilma coloca controle social da aids em risco de extinção*, quase 30 organizações não governamentais denunciam um “desmantelamento do controle social da resposta à epidemia de HIV/aids no Brasil”, conforme o texto. As ONGs observam que o sucesso da política brasileira relativa à aids sempre esteve pautado num trabalho conjunto entre Estado e sociedade civil organizada e ressaltam que importantes e históricas organizações dedicadas ao tema do HIV/aids estão fechando as portas. O cenário é atribuído “à crise financeira internacional dos países desenvolvidos e à nova projeção do Brasil no cenário internacional, que coloca o país no papel de doador de recursos e não mais receptor - causando uma falsa percepção de que os proble-

mas internos estão resolvidos”, diz o texto. Um recuo que afeta não só as ONGs que atuam na aids, mas todas as que dependem do modelo de cooperação internacional. “Não obstante a importância das doações brasileiras a países e populações mais vulneráveis, é inaceitável que organizações locais fechem as portas e deixem de atender aos brasileiros e brasileiras e, sobretudo, estejam impedidas de monitorar, cobrar, construir em colaboração e fiscalizar a execução de políticas em saúde com recursos públicos”, aponta o manifesto, para ponderar: “Sabemos do papel histórico dos movimentos sociais na construção da cidadania no Brasil. A preservação dos princípios do SUS é uma luta constante e em permanente construção. A restrição de um de seus princípios, como o controle social, certamente afeta os demais e, por que não dizer, afeta todo o processo democrático”. Leia a íntegra do manifesto no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis).

ESTUPRO PODE? — Merece todas as manifestações de repúdio a decisão do Superior Tribunal de Justiça, que absolveu o acusado de estuprar três meninas de 12 anos, com base no fato de que “as menores já se prostituíam há algum tempo” e que “as vítimas já estavam longe de serem inocentes,

inconscientes e desinformadas a respeito do sexo”. Com mais de 150 assinaturas, de representantes de entidades e pessoas físicas, encabeçadas pela Rede Mulher e Mídia, o documento *Não à violência sexual contra meninas e mulheres!* faz protesto contundente, contra a responsabilização das vítimas pela violência sofrida, e registra que “as mulheres brasileiras não se sentem representadas por esses magistrados”. Com pertinência, os signatários observam que na configuração do crime de estupro pouco importam percepções morais sobre a vida sexual das vítimas; importa, sim, o não consentimento da vítima com o ato sexual. O STJ ignorou, entre outros aspectos legais, a Constituição e o Estatuto da Criança e do Adolescente, que preveem garantia de proteção integral a crianças e adolescentes como responsabilidade da família, sociedade e Estado. O manifesto resume acertadamente em uma palavra a lógica utilizada pelos magistrados do STF: inaceitável.

RADIS NO FACEBOOK — O perfil da *Radis* no Facebook (www.facebook.com/comunicacaoesau) atingiu o limite de 5 mil pessoas. A partir de agora, as novidades sobre a revista e o Programa RADIS também poderão ser acessados em www.facebook.com/revista-radis. Agradecemos a adesão de todos.

foi debatida a necessidade de criação de novos modelos de desenvolvimento econômico para os países, lembrando que os atuais foram moldados numa sociedade pós-Segunda Guerra Mundial, diferente da atual.

Para a coordenadora executiva da Rio+20, Elizabeth Thompson, presente à conferência, a sociedade civil tem importante papel nesse contexto, pressionando os governos. Ela citou movimentos como *Occupy Wall Street* e Primavera Árabe, “que fazem os governos responderem às necessidades do povo”.

ABORTO DE ANENCÉFALO NÃO É MAIS CRIME

O Supremo Tribunal Federal (STF) aprovou (12/4) a interrupção da gravidez em caso de feto anencéfalo. O tema estava no STF desde 2004, por ação da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde (CNTS), tendo sido alvo de liminares e cassações. Em

2008, foi realizada audiência pública, reunindo representantes do governo, especialistas em genética, entidades religiosas e da sociedade civil, e os argumentos serviram de subsídio para a análise do caso pelos ministros do STF, informou a Agência Brasil (11/4). A votação dos ministros se realizou em 11 e 12/4. Foram oito votos a favor da descriminalização (dos ministros Marco Aurélio Mello, relator do processo no STF, Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Ayres Britto, Gilmar Mendes e Celso de Mello) e dois contra (de Ricardo Lewandowski e do presidente do STF, Cezar Peluso).

A grávida que tiver diagnóstico de feto com anencefalia poderá interromper a gravidez legalmente, sem necessidade de recorrer à Justiça, como era feito até então. Caberá a ela decidir se leva a gestação adiante ou realiza a antecipação terapêutica do parto. Até então, a legislação permitia o aborto somente em caso de estupro ou risco à saúde

da grávida. Fora dessas situações, a mulher poderia ser condenada de um a três anos de prisão e o médico, de um a quatro anos.

A anencefalia é uma má-formação fetal congênita e irreversível, conhecida como ausência de cérebro, que leva à morte da criança poucas horas depois do parto. Em 65% dos casos, informa a CNTS, a morte do feto é registrada ainda no útero. Segundo o ministro Marco Aurélio Mello, já foram concedidas 3 mil autorizações judiciais no país para interrupção da gravidez de feto anencéfalo.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, informou que a meta é que, até o fim do ano, o SUS tenha 95 hospitais preparados em todo o país para fazer abortos legais. 

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

Parto e nascimento com cidadania

Medicalização excessiva, problemas no acesso e falta de humanização ainda caracterizam o modelo de assistência a mãe e bebê no país, mas é possível reverter esse cenário

Elisa Batalha

Fotos: Marina Boechat

Quando começou a sentir as contrações do trabalho de parto, em casa, na manhã de 27 de março, Juliana de Jesus Costa, 33 anos, sabia para onde queria se dirigir: o Hospital Sofia Feldman, a principal maternidade de Belo Horizonte, a 32 quilômetros de Ribeirão das Neves, região metropolitana, onde mora. No Hospital Sofia Feldman, todos os atendimentos são feitos pelo SUS, e no ano passado foram realizados mais de 7 mil partos. Na gravidez do quarto filho, Juliana foi admitida no hospital por volta das 10h, e, como sua gestação transcorreu de forma saudável, foi consultada quanto a dar à luz nas dependências do Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho, ou Casa de Parto, espaço contíguo ao do hospital. Juliana, que já conhecia o espaço, onde seus outros três bebês haviam nascido, aceitou.

Na Casa de Parto, ela recebeu assistência, do início ao fim, na mesma sala, que conta com dispositivos como banheira e arco metálico, que facilita a postura de cócoras (ver matéria na pág. 15). Essa foi a posição escolhida por Juliana para parir o pequeno Enzo, que nasceu às 11h47, com 3,5 quilos. A equipe que a assistiu se resumia à enfermeira obstétrica Nágela Cristine Pinheiro dos Santos, auxiliada por apenas mais uma enfermeira. A amiga da parturiente, Silvana, ficou todo o tempo ao seu lado e cortou o cordão umbilical do recém-nascido. Não foi necessário administrar medicação, nem houve corte ou sutura da região do períneo (entre a vagina e o ânus). Assim que o parto terminou, o pai de Enzo, Renato Pereira de Souza, emocionado, entrou na sala para conhecer o filho. Ele só não acompanhou o parto porque preferiu assim.

O parto de Enzo é um exemplo de processo conduzido de acordo com as boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde: ambiente seguro e acolhedor, com todos os direitos da mãe e do bebê, como a presença de acompanhante na sala, previstos em lei respeitados. O Centro de Parto Normal onde o menino nasceu e o hospital que o integra são referência de assistência humanizada com iniciativas premiadas que estão servindo de modelo para o programa Rede Cegonha, do ministério (ver matéria na pág. 14).

A assistência exemplar ao parto ainda não é a regra. Sequer a via natural de nascimento, o parto normal, é praticado no país na maioria dos nascimentos. Dos cerca de 3 milhões de partos realizados por ano no Brasil, mais da metade (52% em 2010, segundo o DataSUS) se dão por meio de cesariana.

Enzo, minutos após nascer, e a mãe, Juliana, que exerceu seu protagonismo no processo

Os dados sobre parto cirúrgico mostram que existe grande discrepância entre o percentual registrado na rede pública, que fica em 37% — já acima do preconizado pela OMS, que estima em 15% o percentual de mulheres que teriam necessidade de passar por uma cesariana para conseguir ter seus filhos — e o estarrecedor índice nacional de 82% na rede privada. Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos do ministério (Sinasc/MS), entre 1994 e 2007, a taxa de cesarianas aumentou em 44% no país. Medicalização abusiva é o termo que define a situação, mencionado em artigo sobre saúde de mães e crianças, na edição especial Saúde no Brasil da revista inglesa *The Lancet*, publicado em 2011 (*Radis* 113).

“A maior parte das mulheres faz pré-natal. O problema está mais na qualidade da atenção do que no acesso”, ressalta a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) Maria do Carmo Leal, uma das coautoras do artigo. As principais causas diretas de óbito materno são septicemia, hipertensão, hemorragia e complicações decorrentes de aborto, espontâneo ou induzido. “São causas evitáveis, possíveis de serem resolvidas. O país que não cuida bem do momento do nascimento não pode dizer que tem cidadania”, resume Maria do Carmo.

MORTALIDADE MATERNA

Cerca de 96% dos partos no país se realizam em ambiente hospitalar e 98% das mulheres passam ao menos por uma consulta de pré-natal. Apesar da assistência praticamente universal, para a mulher, ser mãe ainda não é tão seguro quanto deveria. Enquanto o país tem muito a comemorar em termos de redução da mortalidade infantil, diretamente ligada a uma melhora nos determinantes sociais, aliada a iniciativas bem sucedidas e de longo prazo de promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações, por sua vez, a redução da mortalidade materna (aquela causada por complicações decorrentes da gravidez) é um desafio que persiste.

A mortalidade infantil (até o quinto ano de vida) caiu de 47 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 19,4, em 2010, queda considerada rápida, com taxas anuais de 5,5%. Quanto à mortalidade materna, segundo as estimativas mais recentes, a queda está em ritmo lento. Mais de 65 mulheres em cada 100 mil parturientes morrem no Brasil em

decorrência de problemas na gestação ou no parto, e esse número pode ser maior devido à notificação incorreta. Na última década, enquanto no mundo a redução anual foi de 3,6%, o ritmo no Brasil foi de 0,3%. Por isso, o país provavelmente não conseguirá cumprir o quinto item das Metas do Milênio, de reduzir em dois terços até

Índice de 82% de partos cirúrgicos na rede privada brasileira é o mais alto do mundo

2015 o número de óbitos de mulheres na gravidez, parto e puerpério.

Apesar de a mortalidade infantil ter decrescido substancialmente, 68% das mortes de crianças menores de 5 anos acontecem nos primeiros dias de vida, o que demonstra que ainda há muito o que fazer pelo cuidado do recém-nascido. “Os óbitos materno-infantis se concentram nas 48 horas após o nascimento, 88% dos partos são realizados por médicos e praticamente todos os partos são realizados em ambiente hospitalar. O foco da política pública, portanto tem que estar nas maternidades, porque as mortes se concentram ali”, analisa a médica Sônia Lansky, coordenadora da Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e uma das idealizadoras do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) do Ministério da Saúde.

“O modelo de atenção de saúde obstétrica precisa ser modificado, e

não é só no SUS”, enfatiza. O PQM inspirou o programa Rede Cegonha, do qual Sônia é consultora na área de saúde da mulher e apoiadora institucional na capital mineira. “A proposta é uma mudança de modelo”, declara.

ÍNDICE MAIS ALTO DO MUNDO

De todos os pontos referentes à assistência na gravidez e nascimento, o alto índice de cesarianas é considerado o mais alarmante pela médica, especialmente nos casos de cesariana eletiva, em que a mulher sequer chegou a entrar em trabalho de parto e a data do nascimento é marcada previamente. O índice de 82% de partos cirúrgicos registrados na rede privada brasileira é o mais alto do mundo. Desses partos, estima-se que de 70% a 80% sejam agendados previamente. “A cesariana tem indicações clínicas precisas, como os casos de mãe sensibilizada pelo fator RH do bebê, ou de eclâmpsia, por exemplo”, lembra o médico Marcos Dias, do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/Fiocruz).

Segundo Sônia Lansky, o alto índice de cesarianas eletivas seria consequência de uma espécie de fuga, por parte da mulher, de um atendimento inadequado ao parto normal, com excesso de intervenções e sem respeito aos mecanismos fisiológicos femininos. “Montamos neste país, no lugar de um cenário de segurança e conforto, um circo de horrores”, diz Sônia, referindo-se a procedimentos e atitudes contrários ao manejo adequado do parto, que ainda são praxe em muitas maternidades. Ela tem uma longa lista: alojar na mesma enfermaria mulheres que estão abortando com as que estão saudáveis e em trabalho de parto; falta



Maria do Carmo: óbito materno tem causas evitáveis e problema está na atenção



Sônia: “No imaginário da mulher, o parto é um horror e é preciso fugir do sofrimento”

de privacidade; obrigatoriedade da posição deitada, que aumenta a dor, e impossibilidade de escolha pela mulher da posição mais confortável para dar à luz; manter a mulher em jejum durante o trabalho de parto; não permitir acompanhante; uso de soro com ocitocina – hormônio produzido no cérebro que tem a função de promover as contrações uterinas durante o parto e a ejeção do leite na amamentação – para acelerar o processo do parto; e episiotomia (corte do períneo) de rotina são alguns dos itens. Sônia defende que esse tipo de prática seja combatida.

INTERVENCIÓNISMO

“Nós, médicos, somos muito intervencionistas, somos treinados para agir na patologia, enquanto que o parto é um evento fisiológico e, na grande maioria dos casos, transcorre bem sem necessidade de intervenções. Mas o conceito de parto normal está distorcido. Deveria ser um parto sem interferências de rotina. O enfermeiro obstétrico é o profissional que tem preparo para proteger o espaço da mulher na gestação de baixo risco”, declara a pediatra, doutora em Saúde Pública.

Para Marcos Dias, a suposta preferência das mulheres por uma cesariana, para fugir da dor de parto, não decorre de uma escolha totalmente livre. “Há pesquisas que mostram que as mulheres iniciam a gravidez preferindo parto normal, mas, no final, 75% afirmam preferir cesárea. Elas estão sendo convencidas pelos médicos”, analisa.

“O que prevalece no imaginário da mulher é que o parto é um horror e é preciso fugir do sofrimento que ele traria”, avalia Sônia. “O médico, por

sua vez, acredita que, com a cesariana, controla a natureza e organiza o ritmo de trabalho, e que a cesárea não causa danos”. Sônia faz questão de lembrar que a cesariana é uma cirurgia de grande porte, com riscos implicados. “A cesariana eletiva multiplica em sete vezes o risco de morte materna. No nascimento do primeiro filho, aumenta os riscos da gestação seguinte e praticamente define a vida reprodutiva subsequente”.

O procedimento pode levar, também, ao nascimento prematuro do bebê, como alerta Maria do Carmo Leal, citando estudo feito na Dinamarca e publicado em 2009, que apontou que as cesarianas eletivas com 37 semanas de gestação levam a prematuridade iatrogênica (causada pelo próprio procedimento), isto é, o bebê nasce em condições de saúde piores do que aqueles que nascem de parto normal com o mesmo tempo de gestação. “No Brasil, estamos observando aumento do número de prematuros”, afirma.

Maria do Carmo lembra que o cenário de aumento das cesarianas não é exclusivo do Brasil. Está ocorrendo na Índia e de forma dramática nas grandes cidades chinesas, onde as taxas chegam a 60% dos nascimentos.

BEM DE CONSUMO

“A cesariana é vista por uma parcela da população como um bem de consumo”, avalia a enfermeira obstétrica Jaqueline Alves Torres, doutoranda da Ensp, que pesquisa as características do subsistema privado de saúde na atenção obstétrica.

Com a ascensão social e econômica, uma parcela extra da população adquire plano de saúde e migra para o

setor privado. Já são 47 milhões de pessoas com plano de saúde no país. “Em 2011, metade das mortes maternas em Belo Horizonte foi registrada no setor privado, que atende muito menos mulheres. Há falhas na assistência da rede privada, como a falta de classificação de risco, por exemplo. É uma ilusão achar que a assistência privada é melhor nesse caso”, pondera Sônia Lansky.

‘PARADOXO PERINATAL’

Em artigo de grande repercussão (íntegra no site do RADIS), a pesquisadora da Universidade de São Paulo Carmem Simone Grilo Diniz chamou de “paradoxo perinatal” a constatação de que, enquanto nas últimas décadas, os determinantes sociais da saúde melhoraram e o acesso a serviços de saúde e à tecnologia se ampliaram, a queda da mortalidade materna não evoluiu na mesma proporção. E, ainda, o fato de quanto melhor a condição socioeconômica e a escolaridade das mulheres (que por isso teoricamente teriam menos justificativas para ter complicações na gestação que exigissem cesariana), maiores os índices de partos cirúrgicos.

Como fenômeno social complexo, o parto é também objeto de pesquisa das ciências humanas, que avaliam o desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres por um viés de gênero, analisa Carmem no artigo. “Crenças da cultura sexual não raro são tidas como explicações científicas sobre o corpo”, escreve, dando como exemplo a episiotomia como uma “correção do corpo feminino, potencialmente danoso”. Comentários preconceituosos e piadinhas dirigidas às mulheres nas maternidades, como “Não chore, porque na hora de fazer você gostou”, foram estudados pela psicóloga Janaina Marques de Aguiar, e são considerados violência institucional praticada contra as mulheres, conforme concluiu em sua tese de doutorado defendida pela USP, em 2010.

Para Maria do Carmo Leal, o desafio da mudança de modelo passa também por discutir a formação profissional, por “chamar as universidades para conversar”, o que, considera, é trocar a peça do avião com ele voando, e enfrentar a falta de decoro da questão corporativa envolvida na discussão. Ela se mostra, no entanto, esperançosa em relação ao enfrentamento da questão: “Já vi esse tipo de mudança acontecer no caso da reidratação oral para crianças, que antes era feita via soro intravenoso, e no caso do aleitamento materno que foi estimulado por intensas campanhas”, justifica.



Número de prematuros vem aumentando no país, uma decorrência das cesarianas eletivas

Pré-natal: alta cobertura, baixa eficiência

Assim que recebe o resultado positivo confirmando a gravidez, a mulher deve se encaminhar o quanto antes para a primeira consulta de pré-natal. Várias campanhas nas últimas décadas incentivaram essa atitude e foram bem sucedidas, o que se expressa no índice de 99% de mulheres no país que passam por pelo menos uma consulta durante a gravidez. No entanto, há estudos mostrando que os objetivos do pré-natal, de prevenir e tratar agravos antes que atinjam mãe e bebê, não têm a eficiência esperada.

Se o pré-natal fosse efetivo, tinha que haver índice zero de transmissão da sífilis

ROSA MARIA DOMINGUES

Por exemplo, apenas 10% das grávidas entrevistadas por pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, em 2011, chegavam ao final da gestação tendo cumprido pelo menos quatro de cinco critérios do protocolo mínimo exigido para o pré-natal. O protocolo inclui início das consultas até o quarto mês de gestação, seis consultas no mínimo, exames de rotina, vacinação antitetânica e consulta de puerpério. “Quanto mais tarde a mulher entra no pré-natal, pior o resultado. O início precoce é questão central”, afirma Rosa Maria Soares Madeira Domingues, pesquisadora da Ensp, que participou do estudo.

Parte da pesquisa, que envolveu mais de 2,4 mil gestantes, avaliou especificamente o manejo da sífilis. A doença sexualmente transmissível pode ser passada da mãe para o bebê durante a gravidez, mas isso pode ser evitado. O exame para detectar a doença, o VRDL, é obrigatório durante o pré-natal. Rosa observou que praticamente 100% das mulheres tiveram o exame pedido, no entanto, das 46 gestantes diagnosticadas com sífilis, mais de 30% transmitiram para o bebê. Um quarto das mulheres só teve o diagnóstico na hora do parto. “Se o pré-natal fosse efetivo, tinha que haver zero de transmissão”, reforça Rosa, lembrando que a sífilis congênita

é considerada evento-sentinel, ou seja, a ocorrência de um só caso já é alerta para se reavaliar a atenção pré-natal e entender onde aconteceu a falha. “O tratamento é o mesmo há 60 anos e continua eficaz contra o agente causador da doença”, destaca.

Em sua tese de doutorado, a pesquisadora concluiu que houve falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro, essencial para evitar a reinfeção e quebrar o ciclo de transmissão da doença. “É importante reforçar que o pré-natal é uma atividade do casal. É preciso envolver o homem na gestação”, aponta, observando que 70% das mulheres pesquisadas moravam com o parceiro.

A eliminação da sífilis congênita faz parte também das Metas do Milênio da ONU. A incidência da doença no país, de 6 por mil gestações, é muito elevada, seis vezes superior à meta de eliminação proposta pelo Ministério da Saúde. O perfil das mulheres com sífilis é marcado pelas mais excluídas socialmente. “Isso perpetua um ciclo de exclusão”, diz Rosa.

HIPERTENSÃO

Segundo ela, o programa Rede Cegonha deverá adotar o teste rápido para diagnóstico de sífilis, já utilizado em campanhas anteriores. “Experiências no mundo mostram que com diagnóstico rápido se trata e se reduz em até 98% o nascimento de bebês com o problema”, afirma a pesquisadora. “O tratamento dos bebês nascidos com sífilis onera mui-

to mais o sistema do que a adequação do pré-natal. Falta fazer com qualidade”.

O manejo de outra causa de grande preocupação, a hipertensão nas gestantes, também deixa a desejar, segundo pesquisa do mesmo grupo. As síndromes hipertensivas são a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, responsáveis por complicações em 5% a 10% das gestações.

Sempre que a gestante apresenta pressão alta deve ter os cuidados pré-natais intensificados. O estudo mostra, no entanto, que o cuidado pré-natal das gestantes com hipertensão arterial não diferiu do dispensado às consideradas de baixo risco. O fator que mais contribui para manejo inadequado é o profissional de saúde. Há deficiência também do serviço no fornecimento da medicação. As mulheres, por sua vez, fazem a sua parte: “Gestantes com hipertensão arterial, de forma geral, aderem às recomendações para ter um bom acompanhamento pré-natal”, diz o estudo.

“No pré-natal, há falhas no diálogo entre profissional de saúde e paciente. Já na hora do parto há problemas no acesso, pois 20% tiveram que passar por mais de um lugar, e mais de 3%, por mais de dois lugares, a chamada peregrinação”, como observa Maria do Carmo Leal, para quem o pré-natal e a atenção hospitalar “estão desconectados”. Isso reduz a em risco para a mãe e o recém-nascido. “Todo o investimento em pré-natal pode ser perdido se não houver o cuidado adequado na hora do parto”, reforça.

Com contrações aos oito meses de gestação, Janete Alves da Silva veio de Jaboticatubas (MG) para a Casa da Gestante do Sofia Feldman, para que a gravidez chegasse a termo. Warlei, o pai do bebê, visita sempre que quiser



Rede privada: gestão é determinante

O sistema de saúde suplementar do país ostenta a maior prevalência de cesarianas do mundo. Para entender o porquê desse altíssimo número de cirurgias, a pesquisadora Jaqueline Alves Torres, enfermeira obstétrica-doutoranda da Ensp/Fiocruz, identificou um hospital da rede privada diferente da maioria. A maternidade, de grande porte, onde se realizam em torno de 2.500 partos por ano, apresentou índices de cesáreas de 46%, bem menores que a média nacional de 82% na rede suplementar. Para Jaqueline, aspectos como financiamento, gestão de recursos humanos e ambiência do hospital são determinantes do modelo de assistência.

O hospital estudado apresentou características diferenciadas: assistência pré-natal realizada em centros médicos; assistência ao parto por equipes de plantão com médicos e enfermeiras obstétricas; a maioria dos partos vaginais atendida por enfermeiras obstétricas; ambiência favorável ao acompanhamento do trabalho de parto com salas PPP (pré-parto, parto e puerpério) e medidas não farmacológicas para o alívio da dor (massagem, *fisioball*, banheira etc.), seguindo as recomendações da RDC 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

“O setor suplementar tem crescido, hoje são 47 milhões de brasileiros com plano de saúde. Isso tende a aumentar a proporção de cesáreas ainda mais”, afirma. Jaqueline lembra ainda que a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) já realizou campanhas para incentivar o parto normal, mas, para ela, as medidas de macrorregulação não resolvem, porque não interferem na relação entre hospital, operadora e profissional. “O excesso de cirurgias é decorrente da gestão do modelo de assistência, que envolve desde a contratação, a conformação da equipe, a ambiência do hospital”, diz.

Segundo a pesquisadora, existe uma interface entre o SUS e a saúde suplementar que deve ser levada em consideração quando se pensa em melhorar os desfechos de saúde e o modelo de assistência como um todo. “As pessoas, usuários e profissionais de saúde, bem como os serviços, estão nos sistemas público e privado, o que acontece em um subsistema reflete no outro. O excesso de cesáreas do setor suplementar e os possíveis efeitos negativos sobre a saúde de mulheres e recém-natos têm impacto em ambos os subsistemas”, aponta.

A questão da cesariana eletiva seria em sua opinião apenas mais um dos aspectos da medicalização excessiva do corpo feminino. “Existe uma desconexão com o corpo, dos aspectos fisiológicos de modo geral”, constata.

PROTAGONISMO DO PARTO

Todos os profissionais envolvidos no estudo e enfrentamento dos problemas desse modelo de assistência concordam em um ponto: o protagonismo do parto deve ser devolvido à mulher. “Há a interferência do profissional médico



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Jaqueline: excesso de cesáreas tem impacto em ambos os subsistemas

[na decisão pelo tipo de parto], mas também tem uma entrega [da parte da mulher]. É um componente da modernidade medicalizar os processos da vida. A maternidade convoca a mulher para um lugar muito singular de sujeito ativo, mas muitas vezes a tendência contemporânea é de terceirizar”, reflete a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

Mais um motivo para defender o processo natural do nascimento é a função protetora para a criança, pois o conjunto de hormônios ativado no trabalho de parto e no nascimento tem papel importante em terminar o processo de amadurecimento de vários sistemas fisiológicos. “Não podemos ficar satisfeitos com a alteração disso, por interesses econômicos e conveniências”, alerta a pesquisadora Sônia Lansky.

O médico francês Michel Odent, fundador do Primal Health Research Centre, em Londres, estuda há décadas os aspectos epidemiológicos dos diferentes tipos de parto e as consequências dos eventos da gravidez e do parto e das primeiras horas de vida para a saúde futura da população.

Para o pesquisador, que apresentou um banco de dados sobre o conceito que desenvolve, de Saúde Primal, em palestra na Ensp/Fiocruz, realizada em março, a dimensão de longo prazo deve ser incluída nas pesquisas sobre o tema. “Quais serão as consequências de toda uma geração humana nascida sem os efeitos naturais dos hormônios do sistema ocitocínico?”, provocou.



Cláudia de Souza, ‘avó-canguru’, reveza com a mãe Naimy Lana de Souza o aconchego e tratamento de Júlia, que nasceu com 32 semanas e 1,67 quilos. Precisando ganhar peso, Júlia recebe acompanhamento na Casa de Sofias, ao lado de sua família, até poder voltar para Campo Belo, onde nasceu

Descriminalização, planejamento familiar e redução de danos

As complicações decorrentes do Aborto são a quarta causa de morte materna, e estima-se que um milhão de gestações sejam interrompidas por ano no país. “O cálculo é feito segundo as internações decorrentes de aborto induzido. Para cada internação, supõe-se que outros três foram realizados sem resultar em complicação”, explica Maria do Carmo Leal, coordenadora do projeto *Nascer no Brasil: Inquérito sobre parto e nascimento*, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Os resultados preliminares do estudo revelaram que apenas 45% das mulheres planejaram a gravidez. “A gravidez vem acontecendo por acidente, e o Ministério da Saúde precisa ficar alerta e trabalhar melhor a questão da contracepção”, afirma Maria do Carmo. Já foram entrevistadas 22 mil mulheres grávidas em todos os estados do país, desde 2010, com o objetivo principal de conhecer as complicações maternas e as dos recém-nascidos, de acordo com o tipo de parto no país.

Quando perguntadas se a gravidez era desejada, 56% disseram que não naquele momento. Depois do nascimento, 30% revelaram permanecer insatisfeitas. “O planejamento familiar é importante não apenas por questões econômicas, mas também psicológicas”, aponta a pesquisadora, “As mulheres mais pobres, as adolescentes e as menos instruídas

admitiram com maior frequência que tentaram interromper a gestação. O sistema de saúde tem que discutir a questão do aborto”, defende Maria do Carmo.

REDUÇÃO DE DANOS

O professor e pesquisador da Unicamp Anibal Faúndes ajudou a idealizar um projeto de redução de danos de aborto no Uruguai, onde a legislação também é restritiva. Para ele, manter o aborto ilegal e criminalizado impede que o número de abortos diminua. “A legislação que criminaliza o aborto só faz com que ele se realize de forma insegura e clandestina, com grande risco para a saúde das mulheres pobres”. Segundo Anibal, na década de 1990, 28% das mortes maternas do Uruguai eram decorrentes de aborto. No hospital universitário da capital uruguaia, onde trabalhou, que concentra um quinto de todos os nascimentos do país e registra casos com complicações, 48% de todas as mortes maternas foram decorrentes de aborto no período de 1999 a 2001.

Ainda que as taxas de mortalidade materna no Uruguai correspondam à metade das registradas no Brasil, um grupo de médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da maternidade-escola que pertence ao hospital universitário, decidiu agir, dando informação respaldada pela OMS sobre métodos seguros para todas as mulheres com intenção de interromper a gravidez. “O que é proibido é executar o aborto. Não é proibido atuar dando assistência e informação antes e depois”, considera o médico.

Se a mulher permanece com o desejo de interromper, é informada com base em evidências científicas sobre os riscos dos diferentes métodos. Esse procedimento se baseia no direito humano à informação e no direito à confidencialidade e ao benefício do progresso científico”.

Esse tipo de programa de informação sobre aborto seguro se mostrou eficaz e, segundo ele, é uma boa alternativa enquanto não se muda a legislação. O programa se mantém até hoje. São oferecidas, ainda, alternativas como entregar o bebê para adoção. Em 2002 a prática assistencial do hospital maternidade foi oficializada como política por portaria ministerial, porém limitada àquela instituição. Em 2004, foi expandida para o

resto do país. Desde 2008, não há registro de mortalidade materna decorrente de aborto no país. “A legislação proibitiva não é eficaz para prevenir o aborto e, ao mantê-lo na clandestinidade, não há oportunidade de evitar sua repetição”, observa o médico. “Quando o aborto é legal e realizado dentro do sistema de saúde, se dá aconselhamento em planejamento familiar e se inicia o uso de métodos seguros e eficazes”, ressalta.

Apenas 45% das mulheres do Brasil planejaram a gravidez

Isso explicaria que as taxas de aborto tenham diminuído após a aprovação de legislação mais liberal em países como França e Itália. “Quem trabalha praticando o aborto de forma clandestina e com interesse comercial não tem interesse em prevenir os próximos”, opina, informando que a primeira opção de método é o uso de medicamento abortivo, que no Uruguai é vendido em farmácias, para outras indicações médicas. As mulheres recebem informações sobre a dosagem eficaz e a via de administração. “No Brasil, houve tentativa de implantação de um programa semelhante. em Campinas, onde trabalho, mas o projeto nunca foi posto em prática”, conta Anibal.

Mário Monteiro, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), também defende que a descriminalização do aborto ajudaria a diminuir a mortalidade materna e preservar a fertilidade das mulheres. Para ele, a maneira mais segura de executar o procedimento é em ambiente hospitalar, onde o risco de complicações é controlado. “A introdução de objetos no útero, a ingestão de substâncias cáusticas e outras tentativas domésticas de abortamento levam muitas vezes à expulsão incompleta do embrião ou da placenta, que causam infecção e podem provocar infertilidade e levar à morte”, reforça. “É preciso reduzir a ingerência de grupos religiosos no Estado para que o sistema de saúde possa oferecer condições seguras para as mulheres em situação mais vulnerável”.



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Faúndes: a legislação proibitiva não é eficaz para prevenir aborto, só o torna inseguro

Rede Cegonha: desafio de um novo modelo de atenção

Nascem por ano no Brasil três milhões de bebês. Mais de dois milhões desses nascimentos são assistidos exclusivamente pelo SUS. Com a proposta de disseminar no país um novo modelo de atenção, a Rede Cegonha, programa lançado em março de 2011 pelo Ministério da Saúde, pretende ampliar a rede de assistência às gestantes e aos bebês, com ações qualificadas no pré-natal, no parto, no resguardo e desenvolvimento da criança até que complete dois anos.

Até o começo de abril de 2012, 24 dos 27 estados aderiram ao programa, formando 77 regiões de saúde. "Há uma grande movimentação no país, com os gestores trabalhando sobre seus planos, pensando suas redes", comenta a coordenadora da área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela. "A Rede Cegonha fez com que estados e municípios olhassem suas redes de forma diferente".

Mas o processo enfrenta desafios. "Inicialmente, os gestores estão correndo atrás de incentivos e recursos, que são mesmo necessários para se qualificar a rede, mas é difícil mudar a cultura da cesárea e tornar predominante o modelo de atenção ao parto e ao nascimento que estamos propondo", diz. "É um desafio porque inverte relações de poder e a lógica organizacional das maternidades".

Um dos objetivos é reforçar a rede

hospitalar convencional, com os motes *Gestante não peregrina e Vaga sempre para gestantes e bebês*, o que na prática significa sempre oferecer vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde. Devem ser criadas novas estruturas de assistência e acompanhamento, como as Casas da Gestante e do Bebê, de acolhimento e assistência às gestantes de risco, e os Centros de Parto Normal.

Nos postos de saúde, deve ser introduzido o teste rápido de gravidez — e também os de HIV e sífilis —, garantir um mínimo de seis consultas de pré-natal e exames clínicos e laboratoriais, tomando um posto como base. As mulheres devem saber com antecedência onde dar à luz e receber vale-transporte e vale-táxi para se deslocar ao posto e à maternidade.

O programa prevê o fortalecimento da rede hospitalar obstétrica de alto risco, ampliação progressiva da quantidade de leitos do SUS e qualificação dos profissionais de saúde. O Ministério vai investir R\$ 9,4 bilhões até 2014.

Desde o lançamento, a Rede Cegonha foi criticada pelo movimento de mulheres, especialmente por silenciar sobre a atenção ao aborto — quarta principal causa de morte entre grávidas no país. A polêmica foi agravada pela aprovação em dezembro de 2011 da Medida Provisória 557, que concede o benefício-transporte da Rede Cegonha a



grávidas cadastradas e obriga qualquer instituição que realize procedimentos de pré-natal e de assistência ao parto a repassar dados ao Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal).

Esther Vilela garante que o intuito do ministério é qualificar o acompanhamento da atenção às mulheres, mas a possibilidade de divulgação dos nomes das gestantes preocupou feministas, por dar margem a perseguição de mulheres que optassem pela interrupção da gravidez. "O Congresso Nacional deliberou sobre algo que já é nosso direito: qualidade da assistência à saúde, inclusive no abortamento, no pré-natal, no parto e pós-parto", opina Jurema Werneck, conselheira nacional de Saúde e diretora da organização de defesa dos direitos das mulheres negras Criola.

Jurema observa que organizar redes de atendimento é obrigação de qualquer gestão, "mas joga para debaixo do tapete a necessidade de se enfrentar energeticamente cada um dos aspectos envolvidos na situação".

Silvia Camurça, da coordenação da Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), afirma que a Rede Cegonha é parte de um movimento de retrocesso na luta pelo cumprimento e expansão dos direitos das mulheres. "Nos anos 1990, o movimento de mulheres conseguiu que a ONU saísse da concepção materno-infantil para entrar na concepção dos direitos reprodutivos, mas as metas do milênio [com foco na mortalidade materna] retomaram esse recorte do passado — adotado pela Rede Cegonha".

Na opinião de Silvia, a MP 557 completa o quadro de retrocesso, ao controlar a gestante. "É uma clara reação de setores conservadores e fundamentalistas, que trouxeram de volta até a discussão sobre os nascituros", avalia. (Bruno Dominguez)



Funcionária e paciente: com repouso e acompanhamento na Casa da Gestante, a gravidez de Cleide Modestino, educadora da creche para filhos de trabalhadores do Sofia Feldman, voltou a transcorrer normalmente

Humanização é realidade no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte

Um detalhe chama a atenção de quem circula por qualquer um dos dois Centros de Parto Normal do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte: os quartos foram batizados com nomes de personalidades femininas importantes da história mineira e nacional, como Dona Beija, Chica da Silva e Adélia Prado. A homenagem é coerente com a filosofia de atendimento humanizado dessa maternidade de grande porte, em que se incentiva o protagonismo da mulher no parto.

Por várias razões, a experiência desse hospital na atenção ao parto e nascimento é referência nacional em atenção humanizada e boas práticas. Muitas das características da ambiência hospitalar e da dinâmica de trabalho aparecem como recomendações do programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde. O recém-inaugurado Centro de Parto Normal Helena Greco (nas dependências do prédio principal) conta com cinco quartos espaçosos e iluminados e três com banheiras para parto na água. E o Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho (com entrada independente), criado em 2001 e conhecido como Casa de Parto, conta também com cinco quartos, um com banheira.

Mesmo sendo referência para alta complexidade em todo o estado de Minas Gerais, a taxa de cesariana no Sofia Feldman é de cerca de 25%, menor do que a da rede pública como um todo. O hospital apresenta também as menores taxas de mortalidade materna e

neonatal de Belo Horizonte, segundo informações da Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde. Dos mais de 7 mil bebês que nascem ali, cerca de 10% nascem na Casa de Parto.

Os partos feitos ali são assistidos por enfermeiras obstétricas, como Nágela Cristine Pinheiro Santos, que está há 16 anos no Sofia Feldman e ajudou a elaborar o projeto do espaço e a desenvolver dispositivos para dar mais conforto à mulher, como um arco de metal adaptado à cama, que facilita a posição de cócoras. “A Casa de Parto Normal dá à mulher poder de decidir o que quer na hora do parto, como em que posição ficar”, diz Nágela, que esteve em maternidades da região Nordeste e da Amazônia Legal para difundir suas experiências por meio do Programa de Qualificação das Maternidades (PQM) e, em fevereiro, participou de um seminário de humanização no Camboja. “Medidas simples como um chuveiro quente ou uma cortina separando leitos em uma enfermaria conjunta dão resultado imediato de mais conforto e privacidade”, conta. Ela lembra, porém, que a humanização é mais do que o ambiente confortável. “A instituição como um todo precisa entender e incorporar a humanização”.

O diretor administrativo do hospital, Ivo Oliveira Lopes, concorda. “Alguns direitos, para serem garantidos, não demandam recursos. Nós, gestores, temos o dever de preservá-los. O

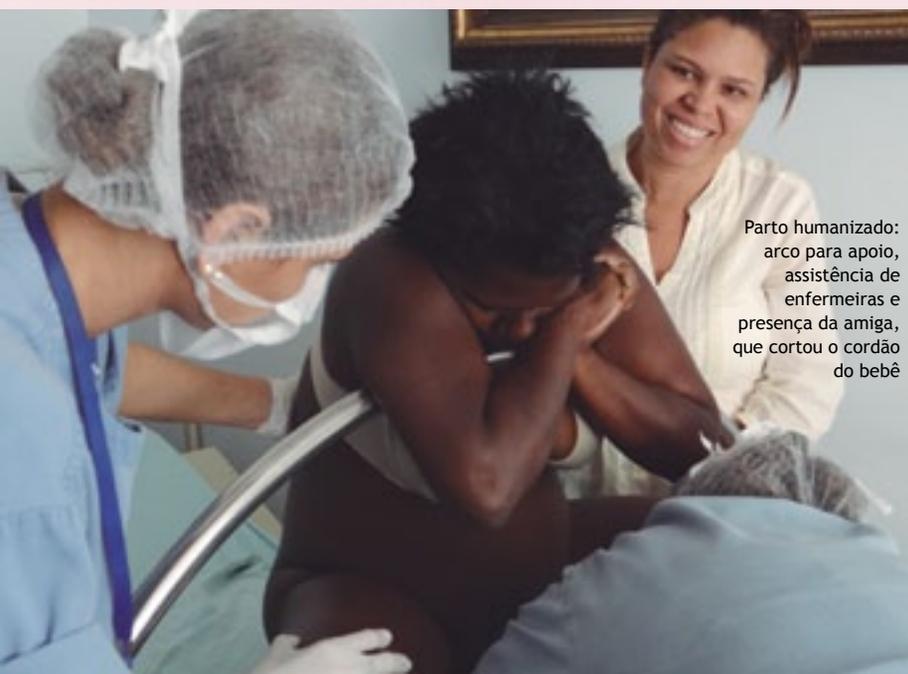


A enfermeira Nágela, há 16 anos no hospital, ajudou a elaborar o projeto da Casa de Parto

parto é da mulher, não um ato médico. Assistir o parto não é tomar o lugar da mulher, e o enfermeiro obstétrico, ao lado de todos os outros profissionais, é fundamental”, considera. “A tecnologia que chega é muito bem-vinda, mas para quem tem necessidade real, não por uma necessidade mercantilista”, reforça o médico, que destaca o reconhecimento obtido pelo Sofia como Hospital Amigo da Criança, conferido pelo Unicef, e o Prêmio Maternidade Segura, recebido da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Segundo ele, os bons resultados são devidos principalmente à participação da comunidade. “A gestão participativa determina os rumos da humanização”, explica ele, acrescentando que esse aspecto esteve presente no hospital desde o início de sua história. Construído em sistema de mutirão por voluntários da comunidade a partir da doação de um lote para uma sociedade beneficente, o Sofia Feldman foi inaugurado, ainda como ambulatório, em 1977, passando a atender como hospital em 1982.

Em 1988, a entidade mantenedora passou a ser a Fundação de Assistência Integral à Saúde (Fais). Hoje, é uma instituição pública, não governamental, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As questões administrativas do hospital são definidas e decididas pelo colegiado diretor, composto por 16 pessoas de diferentes perfis profissionais.



Parto humanizado: arco para apoio, assistência de enfermeiras e presença da amiga, que cortou o cordão do bebê



Ivo, diretor do Sofia Feldman: "O parto é da mulher, não um ato médico"

Todos os dias, são promovidas reuniões com parturientes e acompanhantes para avaliar o atendimento. "Queremos entender a singularidade de cada ser humano e da sua rede social. Oferecer atendimento baseado em evidências científicas é o mínimo", explica Ivo, para quem a humanização passa também pelas relações entre trabalhadores e gestores. "Mulheres são 80% das nossas trabalhadoras, por isso as questões de gênero estão ainda mais presentes", diz. O Sofia dispõe de academia e creche para as funcionárias, e promove ações de comunicação e eventos de integração entre a família do trabalhador e o hospital.

Há ainda o Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares, que atende tanto funcionários quanto ges-

tantes e mães com bebês internados, com práticas da medicina tradicional, como escalda-pés e auriculoterapia. A enfermeira Lília Coelho Lopes está à frente do núcleo e trabalha com uma equipe de voluntárias. "O objetivo é estimular os processos de cura internos. É um trabalho coadjuvante ao da alopatia, que representa o acolhimento e diminui a ansiedade das gestantes", diz Lília.

MANEJO CONSERVADOR

Com 40% das mulheres provenientes do interior do estado, o Sofia precisou desenvolver iniciativas criativas para atendê-las, que foram incorporadas ao modelo de gestão do hospital. A Casa da Gestante Zilda Arns recebe

gestantes com agravos em um espaço próximo ao hospital, evitando viagens desgastantes de ida e volta para casa para aqueles que moram distante do hospital, e até partos antecipados. Já a Casa de Sofias acolhe mães que vêm de longe e têm filhos internados na UTI neonatal. Criadas por iniciativa dos gestores, passaram a ser financiadas pelo Ministério da Saúde através da adesão ao programa Rede Cegonha.

"Para um prematuro, ficar quatro semanas a mais dentro do útero significa viver ou morrer", explica a pediatra Raquel Aparecida Lima de Paula, responsável pela área de neonatologia do hospital, que reforça a importância do manejo conservador das gestações de risco. "A política pública mais eficaz consegue reduzir os gastos com atenção terciária. De modo geral, a família tem excesso de confiança na tecnologia, mas a melhor incubadora é o útero da mãe. Historicamente há uma inversão, com muitos recursos para a atenção terciária, como construção de UTIs neonatais. Os equipamentos são caros e não resolvem a questão principal", comenta a médica.

Raquel aponta como um dos pontos positivos do Rede Cegonha a correção das distorções da tabela de procedimentos obstétricos e neonatais. Ela acredita que o programa pode representar uma inflexão no modelo de assistência e "começa a inverter essa lógica de assistência da obstetria e da neonatologia. É como se o que nós idealizamos aqui pudéssemos ver no Brasil inteiro".

SAIBA MAIS

Veja indicações de livros e sites e integra de artigos no site do RADIS.



Gestantes com agravos e que moram longe ficam na Casa da Gestante: melhor incubadora é o útero da mãe

IDSUS

Todo cuidado é pouco, na hora de avaliar o SUS

Adriano De Lavor

No universo das políticas públicas, a avaliação é considerada etapa tão importante quanto a formulação, o planejamento orçamentário e a própria execução das ações propostas. O trabalho, no entanto, requer muita cautela, em especial quando se trata de avaliar algo tão complexo quanto o Sistema Único de Saúde. A iniciativa do Ministério da Saúde de criar o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que levou a um *ranking* da qualidade da saúde nos estados e municípios do país, confirma isso. Os resultados divulgados em março geraram severas críticas de gestores e pesquisadores — mesmo entre aqueles favoráveis a uma avaliação do sistema — e motivaram seminários (na Fiocruz e na Abrasco) e declarações públicas de entidades da Saúde. No início de abril, o Ministério da Saúde anunciou que abrisse espaço para que municípios mal avaliados pedissem a revisão de suas notas.

No livro *Avaliação — Conceitos e métodos* (Editora Fiocruz), especialistas da Universidade de Montreal, no Canadá, defendem que o monitoramento “constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes”. A repercussão gerada com a divulgação do IDSUS comprovou a exigência mencionada pela análise canadense. Os resultados da pesquisa, divulgados e comentados pelo ministro da Saúde,

Alexandre Padilha, na imprensa, provocaram protestos, principalmente no que diz respeito à forma como foi utilizado o modelo tomado como base — o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Pro-Adess), coordenado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (Icict/Fiocruz).

As conclusões apresentadas pelo IDSUS e as comparações nele contidas entre estados e municípios não representariam as realidades locais, mesmo aquelas que apresentam resultados positivos, devido às distorções provocadas pela metodologia, que previu um indicador único, composto por 24 itens, para medir situações diversas (ver pág. 19). O ranking, concebido a partir das notas de 1 a 10 dadas a estados e municípios, também foi contestado.

‘MÁ CIÊNCIA’

“É uma má ciência!”, resumiu para a *Radis* o médico José Noronha, pesquisador do Icict/Fiocruz, logo após a divulgação dos resultados pela mídia. Ele já havia registrado, em artigo publicado no blog do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que “o IDSUS não é coisa séria”. Sua opinião reverberou na internet e encontrou eco no *Blog do SUS* (www.blogdosus.com), onde vários especialistas engrossaram as críticas à avaliação realizada: a metodologia Pro-Adess, que o ministério apresentou como marco teórico do estudo, na verdade, não recomenda o uso de indicadores compostos (ou sintéticos) — considerados inconsistentes.

Noronha classificou o IDSUS como “infeliz ideia”, inspirada no “desastrado” *Relatório Mundial de Saúde*, produzido pela Organização Mundial da Saúde, em 2000, que criou um ranking de 191 países e foi objeto de contestações da comunidade científica e de gestores de saúde.

O médico observou que a atribuição de notas globais “soma dimensões não somáveis” e equipara em importância epidemiológica quesitos como a média de ação coletiva de escovação dentária supervisionada e a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Além disso, a proposta calcula os indicadores por município, ignorando o Decreto 7.508, de 2011 (*Radis* 109), que dispõe sobre a organização regional do sistema, e considera que a maioria dos municípios é de pequeno porte. Noronha observou que, entre os municípios com melhor classificação, apenas o terceiro colocado, Barueri (SP), tem população suficiente para o cálculo de todos os indicadores.

QUALIDADE DOS DADOS

Também ouvido pela *Radis*, o chefe do Laboratório de Informações em Saúde no Icict/Fiocruz, o médico Francisco Viacava — integrante do comitê técnico assessor para acompanhamento do IDSUS — considerou que as informações disponíveis são insuficientes para que os indicadores sejam de boa qualidade. “Se a ideia é avaliar o SUS, os números não são universais, como é o sistema: faltam os dados relativos à cobertura do setor privado”, observou. Até hoje, segundo



Francisco Viacava (E) e Josué Laguardia criticam a qualidade dos dados

FOTO: MARINA BOECHAT



Umberto, Eliane e Lígia participaram de seminário do Icict, em que Afonso (D) explicou como se fez o IDSUS

Viacava, a Agência Nacional de Saúde (ANS) não conseguiu avaliar os dados relativos aos procedimentos e serviços prestados pela área privada contratada pelo SUS, por exemplo. “Se tivéssemos isso, o indicador seria mais confiável”.

Ele também explicou que o Pro-Adess não foi criado para comparar municípios, mas para avaliar o sistema, e que faria mais sentido comparar diferentes situações de um mesmo município do que um município com outro.

O epidemiologista Josué Laguardia (Icict/Fiocruz) disse à *Radis* que a forma como se trabalharam os indicadores dificultou a compreensão dos resultados. “Não é possível saber por que a nota foi baixa, então, não se sai do lugar”, observou.

SEMINÁRIO

Durante o seminário *Uso de dados e indicadores para avaliação do SUS*, promovido em 28 de março, pelo Centro de Estudos do Icict/Fiocruz, a sanitarista Lígia Bahia, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), demonstrou preocupação com o uso do indicador composto e a hierarquização proposta pelo IDSUS. Ela argumentou que uma revisão bibliográfica sobre o tema indica que indicadores compostos mais confundem do que esclarecem e indagou se o indicador esclareceu a sociedade ou esterilizou o debate.

Lígia também questionou a falta de definição clara do IDSUS, em relação ao que considera sistema de saúde. Seria somente o SUS ou inclui o sistema complementar? Ela lembrou que a própria ANS tem um indicador de desempenho. Coordenadora do seminário, a pesquisadora Cláudia Travassos (Icict/Fiocruz) concordou, questionando como seria possível entender as desigualdades do país deixando fora a saúde suplementar. “Gostaria de saber qual é o sistema pelo qual o Ministério da Saúde se sente responsável”.

FOTO AÉREA

Na abertura do seminário, o médico Afonso Teixeira dos Reis, coordenador do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (Demas/SE/MS), fez uma apresentação do IDSUS e afirmou que a escolha do indicador composto partiu do próprio ministro Alexandre Padilha, em seu discurso de posse. “O discurso virou demanda”, justificou.

Ele comparou o indicador composto a uma foto aérea, que não mostra detalhes, mas que apresenta diferenças, e ressaltou que o importante é o que se fará com os resultados. “O papel do indicador composto é mostrar a diferença entre o que temos e o que queremos”. Afonso destacou que o objetivo da pesquisa era avaliar o quanto o SUS cumpre seus objetivos, utilizando como denominador toda a população brasileira. “Isso foi uma escolha”, afirmou. “Essa escolha propositalmente não conversa com a saúde suplementar que, a meu ver, não faz parte do SUS”, disse.

Afonso declarou ainda que não estava entre os objetivos do IDSUS a classificação dos municípios em um ranking, mas a produção de uma “avaliação compromissada”. Ele

reconheceu que houve falha na divulgação do IDSUS e explicou que o indicador composto não é um indicador único, como se noticiou, mas a soma de variáveis, que mostram que há iniquidades em todos os níveis de atenção.

QUATRO DIMENSÕES

O Ministério da Saúde havia informado à *Radis*, por meio de sua assessoria de imprensa, que “o IDSUS não é uma cópia do Pro-Adess”, já que utiliza apenas parte de seus indicadores. Segundo o ministério, além das três dimensões – determinantes de saúde, condições de saúde da população e estrutura do sistema de saúde – previstas pelo Pro-Adess para caracterização dos municípios em grupos homogêneos, o IDSUS apresenta uma quarta dimensão: a avaliação do desempenho do sistema de saúde, focada no acesso e na efetividade da atenção em cada município.

De acordo com o ministério, foram utilizados dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, “submetidos a análises estatísticas, visando identificar possíveis desvios”. A partir daí, foram escolhidos os dados que apresentaram menor grau de inconsistência e testados vários indicadores.

REPERCUSSÃO

Exemplos de distorções do IDSUS e incompatibilidade com o que se vê na realidade, para além das pesquisas, foram apresentados por José Noronha: o Rio Grande do Sul é o estado que aplica menos recursos próprios na saúde e obteve o terceiro lugar, apontou. O pesquisador sinalizou também possíveis repercussões negativas para municípios mais pobres, caso as boas notas sejam revertidas em mais recursos, e questionou qual será a utilidade do indicador na prática, no que diz respeito ao gestor: “Vai ser punido? Verá reduzidas as transferências do Ministério da Saúde?”.

Lígia Bahia disse estranhar que a cidade de Vitória, que recebeu as melhores notas do IDSUS, tenha sido também a mais bem avaliada pelo plano de saúde Unimed. Ela também chamou atenção para o “autoritarismo apavorante” do uso dos números: “É apavorante que alguém acredite que a nota do SUS seja 5,6”, disse referindo-se à nota final dada ao sistema, a partir das notas dos estados e municípios.

Lígia considerou ainda “apavorante” pensar que a saúde suplementar possa ficar fora da avaliação, já que uma coisa é capacidade instalada, outra, é cobertura. “As

“O IDSUS é má ciência; a atribuição de notas globais soma dimensões não somáveis”.

JOSÉ NORONHA



estratégias da população são diversas”, assinalou, lembrando que a ANS tem tudo a ver com o vetor da desigualdade.

Também integrante do comitê técnico assessor para acompanhamento do IDSUS, o presidente da Abrasco, Luiz Augusto Facchini, chamou atenção para o contexto que levou à criação dessa avaliação. Em conversa com a *Radis*, ele considerou que, depois de décadas de SUS, havia a necessidade de se avaliar acesso, utilização e desempenho do sistema. “Isso não quer dizer que esta seja uma tarefa fácil”, salientou. Facchini relatou o esforço que foi reunir indicadores para a avaliação e que, na falta de um único indicador capaz de fazer a avaliação, optou-se por um indicador composto, procedimento também utilizado na construção de outros índices, como o que mede a inflação. Ele reconheceu que houve tensão em reunir esses indicadores, mas considerou relevante o trabalho realizado, que demonstra falhas do SUS.

Sobre o uso do Pro-Adess pelo Ministério da Saúde, ele argumentou que havia necessidade de um marco teórico para organizar os indicadores. O presidente da Abrasco defendeu que a pesquisa se legitimará na medida em que for repetida ao longo do tempo e seus resultados se reverterem em capacidade de os municípios melhorarem seu desempenho.

Francisco Viacava considerou válida a preocupação do Ministério da Saúde em avaliar o SUS e comemorou a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde: “A iniciativa é muito bem-vinda”. No seminário, ele argumentou, no entanto, que é importante que a metodologia de construção de indicadores seja de fácil compreensão do gestor. Neste sentido, defendeu o uso dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) e criticou os sistemas de informação: “Estão parados no tempo; não conversam”.

COMUNICAÇÃO

O seminário também discutiu a repercussão da divulgação das informações pela imprensa. A jornalista Eliane Bardanachvili, editora da *Radis*, observou que o caso alerta para os cuidados que se deve ter desde a fonte, em relação às informações dadas sobre o SUS. Eliane observou que a iniciativa do ministério de criar um índice para avaliar e, assim, melhorar o SUS, mostrou-se inicialmente como

corajosa e válida, mas, em um segundo olhar, revelou-se pouco cuidadosa, com a atribuição de notas que convidam a julgar e condenar municípios, em vez de avaliá-los.

Ela diagnosticou que a publicação do ranking pelos jornais era inevitável, dada a natureza da mídia comercial, que “por seu próprio processo de produção, busca informações de fácil assimilação e entendimento pelo público”. A jornalista ressaltou a importância de se qualificar a informação levada à mídia, para evitar interpretações redutoras.

Na edição de 2 de março, o jornal *O Globo* publicou a manchete *SUS só e bom para 2% dos brasileiros*, extraída dos dados do IDSUS, para anunciar a nova avaliação do governo. A informação da manchete em nada se assemelha à da pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgada em fevereiro de 2011 (*Radis* 104 e 107), segundo a qual 30,4% dos que tiveram alguma experiência com o SUS consideraram os serviços bons ou muito bons e que os que avaliaram o SUS como ruim ou muito ruim estão entre os que declararam nunca ter usado o sistema.

O jornalista Umberto Trigueiros, diretor do Icict, alertou que o processo de divulgação das informações do IDSUS tornou a mídia “testemunha e avalista” do processo, o que possibilitou que os meios de comunicação construíssem um discurso próprio sobre a avaliação — correndo o risco, em pleno período pré-eleitoral, de esvaziar a discussão com a espetacularidade. “Quando isso acontece, a coisa muda de eixo e a mídia se torna protagonista”, argumentou.

Ele ressaltou que o episódio demonstra que a mídia é uma mensagem política e que é preciso saber lidar com isso. E apontou para a importância de se pensar como as políticas de comunicação são decisivas para as políticas de saúde, podendo causar enormes prejuízos caso não sejam trabalhadas convenientemente. 

ACESSE

ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS (IDSUS)

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080

PRO-ADESS

www.proadess.icict.fiocruz.br

Sobre o IDSUS

O IDSUS é apenas um dos mecanismos de avaliação do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas). O índice faz parte de um conjunto de medidas implementadas em 2011, que incluem a *Carta SUS* (*Radis* 103 e 115), o Programa de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a Ouvidoria ativa para a Rede Cegonha, entre outras.

Concebido para avaliar acesso e qualidade dos serviços de saúde do país, o IDSUS foi desenhado para expressar o desempenho de estados e municípios por meio de um indicador composto por 24 indicadores simples. Dez deles mediram acesso, e 14, efetividade. Cada indicador representava um serviço dos vários níveis assistenciais (atenção básica, atenção

ambulatorial, atenção hospitalar geral e especializada) e recebeu nota de 0 a 10.

As notas representaram o percentual atingido por cada cidade em determinado item, em comparação com parâmetros estabelecidos, ou seja, com os melhores resultados esperados. Métodos estatísticos eliminaram indicadores mais difíceis de serem medidos — como tempo de espera para atendimento, por exemplo — e diferenças entre faixas etárias e de sexo. A avaliação mediu o acesso dos residentes de cada cidade aos serviços, para que os municípios pequenos, que não dispõem de atendimento de alta complexidade, não fossem prejudicados.

Calculada a média dos resultados de cada município, eles foram reunidos em seis grupos considerados homogêneos, a partir de fatores como renda *per capita*, taxa de mortalidade infantil e infraestrutura para atender pacientes

residentes ou de cidades vizinhas em sua rede de saúde pública. Mesmo com tantas precauções metodológicas, os resultados foram contestados. A nota conferida ao Rio de Janeiro (avaliado com 4,33, a pior pontuação entre os municípios com maior desenvolvimento) causou indignação no prefeito Eduardo Paes, para quem os dados estariam desatualizados; políticos do Maranhão contestaram a boa nota atribuída à cidade de Timon (6,85) a maior entre os municípios do estado; especialistas estranharam a má colocação geral de Belo Horizonte (1.070º lugar), Aracaju (2.957º) e Maringá (2.845º).

Um mês depois da divulgação dos resultados, o Ministério da Saúde divulgou que os municípios avaliados que constataram divergências nos dados divulgados pelo governo poderiam ter as médias revisadas, encaminhando petição por suas secretarias de saúde. 

Ciência feita no Brasil

Produção científica brasileira cresceu mais que a média mundial, mas ainda não superou início tardio

Bruno Dominguez

A produção científica brasileira vive momento de crescimento, ao mesmo tempo em que encara o desafio de chegar ao patamar alcançado pelo país em termos de Produto Interno Bruto – soma de todos os bens e serviços produzidos em um país durante certo período. O Brasil está em 6º lugar no ranking das maiores economias do mundo, mas em 13º no dos países com maior produção científica.

“Já fizemos muito, mas começamos tarde: com exceção da Coreia do Sul, todos os demais da lista têm mais tradição acadêmica”, avaliou o presidente da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Jorge Guimarães, na palestra *Perspectivas da Capes nos próximos anos* – parte da abertura do ano acadêmico do Instituto Oswaldo Cruz, em 7 de março, no Rio de Janeiro. Estão na frente do Brasil: Estados Unidos, China, Alemanha, Inglaterra, Japão, França, Canadá, Itália, Espanha, Índia, Coreia do Sul e Austrália, nesta ordem.

ACIMA DA MÉDIA

Para chegar à 13ª posição e ultrapassar países como Holanda, Rússia e Suíça, a produção científica brasileira teve de crescer acima da média mundial, o que começou a acontecer em 1994 – em 2008, o crescimento do Brasil foi cinco vezes maior do que a média. Áreas ligadas à saúde, como Parasitologia e Medicina Tropical, contribuíram fortemente, apontou Guimarães. “Nessas e em outras áreas, temos uma posição destacada no mundo”. Em Medicina Tropical, por exemplo, o Brasil concentra quase 20% da produção mundial de artigos.

Entre 2005 e 2009, o Brasil foi o 6º país no ranking dos que mais produziram artigos, mas com pequeno impacto

Para aumentar a quantidade e a qualidade da pesquisa e da pós-graduação, a Capes criou o Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020, com novas diretrizes, estratégias e metas. “O primeiro compromisso é manter o desempenho da produção científica e da pesquisa aplicada”, disse Jorge Guimarães, fazendo referência à liderança do país em pesquisa voltada para agricultura, automação e biocombustíveis, entre outros campos industriais.

Nesse item, o presidente da Capes rechaçou a responsabilidade da academia de registrar patentes, um ponto fraco do Brasil: “É verdade que o país pede poucos registros, mas essa deveria ser uma tarefa da indústria, não da academia e dos centros de pesquisa”. Ainda assim, exemplificou, a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) tem mais patentes registradas do que a Petrobras. “É uma falha da nossa indústria”.

FATOR DE IMPACTO

Outro compromisso é avançar – por exemplo, melhorando o fator de impacto (calculado pela média de citações em determinado periódico) da produção científica brasileira. Entre 2005 e 2009, o Brasil foi o 6º país no ranking dos que mais produziram artigos (com 118 mil, ante 1,57 milhão dos Estados Unidos, 406 mil da Alemanha, 360 mil da Inglaterra, 291 mil da França e 131 mil da Holanda), mas o impacto dos artigos brasileiros foi inferior até ao de países que produziram menos (3,04, ante 7,08 dos Estados Unidos, 6,40 da Alemanha, 6,89 da Inglaterra, 5,82 da França e 7,31 da Holanda). “O desastre não é muito grande”, avaliou Jorge Guimarães. “Produzimos em mais quantidade que a Suíça e estamos chegando perto do fator de impacto deles, sendo que têm muito mais tradição”.



FOTO: GUTENBERG BRITÓ/IOC

Jorge Guimarães: “Não precisamos chegar à média [de doutores] da Suíça, mas precisamos crescer”

O presidente da Capes também indicou desafios a serem superados. Um deles é aumentar a quantidade de doutores por mil habitantes (considerando a faixa etária de 25 a 64 anos), atualmente em 1,4. Na Argentina, é de 0,2; na Suíça, de 23. “Não necessariamente precisamos chegar à média da Suíça, mas certamente precisamos crescer”, avaliou. Outro é trabalhar mais em cooperação internacional, foco do programa Ciência Sem Fronteiras, lançado

“*A partir dos 17 anos, cai muito o número de brasileiros que estudam: estamos perdendo cérebros*”

JORGE GUIMARÃES

em julho de 2011 pelo Governo Federal.

O programa prevê 75 mil bolsas em um período de quatro anos para promover intercâmbio de alunos de graduação e pós-graduação “com a finalidade de manter contato com sistemas educacionais competitivos em relação à tecnologia e inovação” – o Brasil ocupa o 47º lugar no ranking global de inovação, liderado pela Suíça; fica atrás da China (29º) e na frente da Rússia (56º). Também busca atrair pesquisadores do exterior que queiram se fixar no Brasil ou estabelecer parcerias com pesquisadores brasileiros em áreas prioritárias.

Dentro do Brasil, outro desafio é diminuir as assimetrias, com expansão do Sistema Nacional de Pós-graduação especialmente com universidades na região da Amazônia e outras instituições nas regiões Norte, Centro-Oeste (Pantanal) e Nordeste (Semiárido). “Há mesorregiões no próprio Sudeste que não têm programa vinculado à Capes”, disse Jorge Guimarães, ressaltando que a realidade é ainda pior no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste.

BOLSAS

Quanto ao reajuste do valor das bolsas, uma antiga reivindicação de mestrandos e doutorandos, o presidente da Capes foi taxativo: só virá com o aumento do

orçamento da instituição. “Quase 80% do nosso orçamento são destinados a bolsas e não podemos superar esse percentual para não prejudicar outras linhas de ação”, explicou. Segundo Guimarães, há um acordo com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para reajustar as bolsas em curto prazo, mas que também depende do aumento de verbas para o CNPq.

O PNPG está organizado em cinco eixos: expansão do Sistema Nacional de Pós-Graduação, com primazia da qualidade, quebra da endogenia e atenção à redução das assimetrias; criação de uma nova agenda nacional de pesquisa e sua associação com a pós-graduação; aperfeiçoamento da avaliação e sua expansão para outros segmentos do sistema de C,T&I; multi e interdisciplinaridade entre as principais características da pós-graduação e temas da pesquisa; e apoio à educação básica e a outros níveis e modalidades de ensino, especialmente o ensino médio.

EDUCAÇÃO BÁSICA

A atenção à educação básica foi apontada pelo presidente da Capes como o maior desafio do plano. “A partir dos 17 anos, cai muito o número de brasileiros que estuda: estamos perdendo cérebros”. Desde 2008, a Capes passou a oferecer bolsas de iniciação científica para estudantes e professores da educação básica.

Outra dimensão destacada por ele foi a decisão de criar novas modalidades de interação entre universidade e sociedade, atenuando a distância temporal entre a produção do conhecimento e sua apropriação pública, estabelecendo agendas compartilhadas e convocando instituições universitárias para participar da formulação e implementação das metas nacionais de desenvolvimento.

O PNPG será parte integrante do Plano Nacional de Educação (PNE), ainda em discussão, pela primeira vez. No PNE estarão estabelecidas as seguintes metas: titulação de 22 mil doutores, 57 mil mestres e 6 mil mestres profissionais por ano a partir de 2020; aumento do número de doutores por mil habitantes dos atuais 1,4 para 4,5 em 2020; no período ter titulado 150 mil doutores e 450 mil mestres; e posicionar o Brasil entre os dez maiores produtores de conhecimentos novos. 

RANKING DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA*

Com exceção da Coreia do Sul, todos os demais países têm mais tradição acadêmica que o Brasil

1	EUA
2	CHINA
3	REINO UNIDO
4	ALEMANHA
5	JAPÃO
6	FRANÇA
7	CANADÁ
8	ITÁLIA
9	ESPANHA
10	ÍNDIA
11	CORÉIA DO SUL
12	AUSTRÁLIA
13	BRASIL
14	HOLANDA
15	RÚSSIA

* Países com maior participação percentual em relação ao total

RANKING GLOBAL DE INOVAÇÃO

Para incrementar a inovação, estão previstas 75 mil bolsas de intercâmbio entre alunos de graduação e pós

1	SUÍÇA
2	SUÉCIA
3	SINGAPURA
4	HONG KONG
5	FINLÂNDIA
6	DINAMARCA
7	EUA
8	CANADÁ
9	HOLANDA
10	REINO UNIDO
29	CHINA
47	BRASIL
56	RÚSSIA

SERVIÇO

EVENTO

15ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ANTICORRUPÇÃO (IACC)

Promoção conjunta da Controladoria Geral da União (CGU) e as ONGs Transparência Internacional, Amarrinho Brasil e Instituto Ethos, o evento tem como tema *Mobilização de Pessoas: Conexão Agentes de Mudança* e propõe debates sobre sustentabilidade, segurança humana, controle do clima, recursos naturais e mercados de energia, com ênfase especial nas pessoas, como informa o site oficial. A conferência baseia-se em três dimensões: mobilização pública, apoio a vítimas e testemunhas de corrupção e conexão global entre aqueles que compartilham a missão de promover mudanças e enfrentar a corrupção.

Data 7 a 10 de novembro de 2012

Local Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília

Informações

Site <http://15iacc.org/language/pt/>
Email iacc@transparency.org

43ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SAÚDE PULMONAR

Organizada pela União Internacional Contra a Tuberculose e as Doenças do Pulmão, a conferência, que se realizará na Malásia, tem como tema *Conduzir a sustentabilidade através da responsabilidade mútua*. O objetivo é discutir possibilidades inovadoras de financiamento de ações contra as doenças, destacando a responsabilidade de governos, organizações da sociedade civil, comunidades afetadas, políticos, investigadores e implementadores para alcançar objetivos comuns. Estarão em debate temas relacionados a tuberculose, asma, pneumonia, HIV/aids, tabagismo e demais doenças pulmonares, bem como as consequências para a saúde da poluição atmosférica.

Data 13 a 17 de novembro de 2012

Local Centro de Convenções de Kuala Lumpur, Malásia



Informações

Site <http://kualalumpur2012.worldlunghealth.org/>
Email kualalumpur2012@theunion.org

PUBLICAÇÕES

EPISTEMOLOGIA DA SAÚDE

Mais um lançamento da coleção *Temas em Saúde* (Editora Fiocruz), *O que é Saúde?*, do epidemiologista e sanitarista Naomar de Almeida Filho (UFBA), traz reflexões acerca da epistemologia da saúde, visando preencher lacunas identificadas pelo autor na constituição do campo da saúde coletiva. Ele retoma o debate filosófico, teórico, metodológico e pragmático sobre saúde, doença e conceitos correlatos, apresentando-os de maneira didática e clara para pesquisadores e interessados no tema.

**BIODIVERSIDADE EM QUESTÃO**

Em *Biodiversidade e Renovação da Vida em questão* (Claro Enigma/Editora Fiocruz), o biofísico Henrique Lins de Barros explica a história da vida na Terra e importância da sua diversidade para a sobrevivência da espécie humana, explorando o termo que tem sido largamente utilizado por discursos oficiais de governos, corporações e ONGs, muitas vezes utilizado somente para sustentar avaliações meramente econômicas da importância da preservação da natureza. Ao apresentar o conceito-chave, o autor defende que a salvação do planeta inclui, além da preservação dos ecossistemas, o respeito à diversidade cultural.

**FREIRE & EDUCAÇÃO**

Já está na rede nova edição da Revista *Trabalho, Educação e Saúde* (volume 10, nº 1), editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Ve-



nâncio (EPSJV/Fiocruz). A versão eletrônica traz ensaio sobre corporalidade e educação no capitalismo contemporâneo, tendo o marxismo como referencial teórico, e três artigos baseados nas teorias de Paulo Freire, que tratam de temas como educação permanente de agentes comunitários de saúde, educação profissional em saúde e o teatro de Augusto Boal como experiência pedagógica, entre outros. O conteúdo completo pode ser acessado no site www.revista.epsjv.fiocruz.br

BASE DE DADOS

SCIELO LIVROS

Foi lançado em março o portal *SciELO Livros*, que oferece online, gratuitamente, coleções de livros de caráter científico, editados, prioritariamente, por instituições acadêmicas. O objetivo é aumentar a visibilidade, o acesso, o uso e o impacto de pesquisas, ensaios e estudos. Os livros e textos digitais são legíveis em telas de computador e também nos leitores de ebooks, tablets e smartphones e podem ser acessados no endereço <http://books.scielo.org/>. O desenvolvimento do portal foi financiado por consórcio formado pelas editoras da Fiocruz, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) e Universidade Federal da Bahia (Ufba). 

ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

(21) 3882-9039 e 3882-9006
www.fiocruz.br/editora

Editora Claro Enigma

(11) 3707-3531
www.companhiadasletras.com.br

Revista Trabalho, Educação e Saúde (EPSJV/Fiocruz)

(21) 3865-9853
www.revista.epsjv.fiocruz.br
e-mail: revtes@fiocruz.br

PÓS-TUDO

GUERRA ÀS DROGAS E TERRITÓRIOS EM DISPUTA

Juliana Machado Brito*

"FASE 1: CONSOLIDAÇÃO DA ÁREA – INÍCIO 03/01: TRATA-SE DE OPERAÇÃO POLICIAL COM VISTA PRIORITARIAMENTE A PRENDER TRAFICANTES, USUÁRIOS DE DROGAS E PROCURADOS DA JUSTIÇA COM AÇÃO DE PRESENÇA.

FASE 2: AÇÃO SOCIAL – NÃO PREVISTO INÍCIO.

FASE 3: MANUTENÇÃO DA ÁREA – NÃO PREVISTO INÍCIO."

O trecho acima foi retirado de documento oficial enviado à Guarda Civil Metropolitana (GCM) pela Secretaria Municipal de Segurança Urbana (nota de instrução nº 01/2012) de São Paulo, com o teor do Plano de Ação Integrada Centro Legal, iniciado em 3 de janeiro deste ano, em sua versão voltada à região da Estação da Luz, estigmatizada como Cracolândia. Sob a justificativa de uma suposta epidemia de crack, as três esferas de governo se mobilizam para apresentar à sociedade uma proposta de restauração da ordem pública. Quarenta dias depois, a operação apresenta como resultados a dispersão de parte da população de indesejáveis para bairros vizinhos, 232 pessoas presas e 224 internadas.¹

De tudo que se tem discutido sobre a Luz, proponho o olhar mais atento sobre a possível articulação entre a guerra às drogas e as disputas envolvendo o controle e a gestão de territórios. A operação policial na chamada Cracolândia guarda ressonâncias com investidas estatais recentes e aparentemente distantes: a ocupação da USP pela PM e a introdução do toque de recolher para crianças e adolescentes, entre tantas outras, convergem para o controle dos espaços públicos urbanos e caminham lado a lado com projetos de reurbanização e regularização fundiária.

O caso da Luz é emblemático: no momento em que o Centro de São Paulo é alvo de uma disputa acirrada entre o capital imobiliário especulativo e os interesses dos setores mais diversos presentes na região, o primeiro passo para a aplicação do Projeto Nova Luz² e conseqüente expansão das fronteiras do mercado imobiliário é a expulsão – direta, pela ação ostensiva da PM, e indireta, pela valorização imobiliária – da população pobre.

Na prática, a operação não esconde seu caráter higienista de perseguição aos indesejáveis: moradores de rua, usuários de crack, prostitutas, vendedores ambulantes, comércios irregulares etc. No mesmo sentido, realizam-se despejos forçados e reintegrações de posse de imóveis vazios, ocupados pelos trabalhadores que disputam a oferta de empregos e de infraestrutura do Centro. Ainda assim, moradores, comerciantes, proprietários e movimentos de moradia têm se articulado para resistir aos efeitos da realização deste projeto, ou amenizá-los, buscando incidir nos escassos canais de participação política, como o Conselho gestor das Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis).

Num contexto em que a PM ganha espaço na gestão do estado (como tem acontecido nas subprefeituras e em outros órgãos municipais e estaduais), ocupando-se cada vez mais de serviços alheios à sua competência legal, o controle e a gestão urbana se desenvolvem como polícia de costumes e condutas, que tem na política de drogas proibicionista e repressiva sua ponta de lança.

No escopo da guerra às drogas, a ocupação do campus da USP pela PM reflete-se na revista de estudantes em frente à biblioteca, no controle do acesso ao restaurante universitário e na abordagem em espaços de sociabilidade dos jovens, voltando-se também aos crimes relacionados ao consumo de substâncias ilícitas, prioritariamente na moradia estudantil, entre negros, punks e gays.

Longe dali, nos bairros periféricos da cidade (e em 72 municípios no país)³, aplica-se a prática do toque de recolher, justificado pela proteção a crianças e adolescentes. A fim de combater o consumo de álcool e outras drogas, conselheiros tutelares e policiais militares se articulam para dispersar e recolher jovens após as 23 horas, restringindo sua permanência e circulação nos espaços públicos. Na região da Luz, o suposto combate ao tráfico resultou no encarceramento dos varejistas, sendo um terço dos presos moradores de rua,⁴ que comercializam drogas como estratégia de sobrevivência. O resultado da ação policial em nada afeta a rede do mercado ilegal.

Curioso constatar que, embora seja a bola da vez, o crack não é a droga mais letal: 84,9% das mortes relacionadas a drogas no Brasil são atribuídas, na verdade, ao álcool⁵. Aqui, como nas ocupações militares pacificadoras do Rio de Janeiro, mais uma vez o combate aos entorpecentes vem legitimar a onipresença das forças de segurança, que têm como alvo, prioritariamente, condutas de populações específicas.

Todas essas situações denotam uma concepção de segurança pública – portanto, de controle de populações marginalizadas – que tem como estratégia central a ocupação territorial de forma ostensiva com o uso de forças militares: uma disputa que também é territorial, ao intervir em um dado espaço. Controlados e videomonitorados, os espaços públicos se reduzem a espaços de circulação e consumo, reservados para poucos. Nas diversas faces da guerra às drogas, que ataca certas substâncias e silencia sobre outras, a militarização do controle e gestão dos territórios se articula com o controle das condutas e costumes, atingindo os corpos pela via da saúde pública, da moral ou do encarceramento. ■

1 Secretaria de Segurança Pública de São Paulo, 13 fev. 2012.

2 Concessão Urbanística Nova Luz: em um perímetro de 45 quadras nos bairros da Luz e Santa Ifigênia, o poder público municipal concede a exploração comercial do território para a iniciativa privada, que poderá instalar ali empreendimentos imobiliários voltados para o capital de grande escala – espaços de cultura suntuosos, escritórios de luxo, hotéis e centros de compra. Como contrapartida, realiza-se a reurbanização da região, por décadas abandonada pelo Estado, de modo que cabem às empresas desapropriações, intervenções urbanísticas e lucros advindos da valorização da terra.

3 Caros Amigos, dez. 2011.

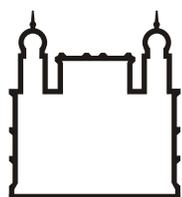
4 Folha Online, 6 fev. 2012.

5 O Estado de S. Paulo, 15 fev. 2012.

* Formada em direito pela PUC-SP, pesquisa megaeventos esportivos, relações de poder e o estado de exceção, em mestrado no Departamento de Sociologia da USP. Acompanha a questão do crack e da reurbanização do centro junto ao Coletivo Desentorpecendo a Razão. Publicado na revista *Le Monde Diplomatique*, março de 2012.

FIOCRUZ na RIO+20

www.sauderio20.fiocruz.br



FIOCRUZ



RIO+20

Conferência das Nações Unidas
sobre Desenvolvimento Sustentável



RIO+20

Conferência das Nações Unidas
sobre Desenvolvimento Sustentável



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

