

RADIS



**A gente quer
INTEIRO
e não pela
METADE**

Três décadas de antirretroviral

Livro analisa a história do tratamento da aids



Desde o aparecimento da aids, o mundo assiste ao desenvolvimento de drogas para tratar a doença em uma velocidade nunca vista na história da indústria farmacêutica. Dos primeiros casos à chegada ao mercado do primeiro antirretroviral, o AZT (zidovudina), passaram-se seis anos. E a tecnologia segue evoluindo. Essa saga é analisada no livro *Coquetel – A incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil* (Editora Hucitec, 2012), do presidente do Grupo Pela Vidda (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), em São Paulo, e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Mário Scheffer.

“Das primeiras notificações, em 1981, de casos de uma enfermidade rara, que atingia homossexuais, a um dos mais graves e complexos problemas de saúde pública da atualidade, registram-se avanços significativos, revelando o desenvolvimento acelerado de recursos tecnológicos guiados pela demanda crescente de novos pacientes, pela necessidade contínua de inovações e pela competição entre empresas farmacêuticas multinacionais”, resume o autor. A falta de opções de tratamento, a gravidade e a elevada letalidade da doença, que atinge também os países ricos, impulsionaram as pesquisas à época.

Mas o livro não somente relata essa trajetória: expõe as tensões entre o valor mercadológico, valor clínico e valor social das inovações em saúde, em capítulos que detalham pesquisas clínicas, consenso terapêutico, registro, judicialização, prescrição, propaganda farmacêutica, preço e produção. No prefácio, o professor da Faculdade de Medicina da USP Euclides Ayes de Castilho opina que Scheffer traz “abordagens inéditas”, como o que há por trás da demora e da urgência na aprovação de antirretrovirais, o perfil do médico prescritor, o comportamento das empresas farmacêuticas, os motivos das ações judiciais por novos medicamentos e a capacidade nacional de produção de medicamentos genéricos.


TECNOLOGIA E ACESSO

No Brasil, houve “a incorporação de tecnologia inovadora combinada com a execução de uma política de acesso universal”, avalia o autor, em entrevista à *Radis*. Cerca de 250 mil pessoas estão em tratamento com antirretroviral, pelo SUS, que distribui 21 medicamentos, de cinco classes terapêuticas, em

677 farmácias públicas e unidades de saúde. “Aqui, tivemos uma rara combinação de marcos legais — a Constituição, o SUS e uma lei específica que obrigava o governo a fornecer o tratamento da aids —, decisão política desde o início da epidemia e mobilização das pessoas atingidas, que se juntaram em ONGs e decidiram lutar pelo próprio destino”, diz.

Scheffer afirma que o avanço da política de combate à aids no país “prova que o SUS pode dar certo”, mas ressalva que é preciso dobrar o número de pessoas assistidas no sistema e reconhecer que a aids está fora de controle em várias regiões, em grandes centros e em grupos vulneráveis. Um exemplo: um em cada seis homossexuais está infectado pelo HIV na cidade de São Paulo, prevalência maior do que em populações africanas. “Como a oferta do teste de HIV não chega a todos que precisam, milhares buscam serviços de saúde já doentes, uma das razões de tantas mortes por aids — mais de 30, todos os dias, no Brasil”.

POSIÇÃO PERDIDA

Enquanto a vacina contra a aids e a cura da doença não são realidade, é preciso aliar antirretrovirais a estratégias de prevenção (ver pág. 8) para controlar a epidemia, indica o autor, diminuindo o número de mortes e as infecções pelo HIV. “Queremos que o Brasil acorde, retome sua posição perdida de vanguarda e coloque em prática um plano ambicioso para zerar o número de novas infecções e conquistar uma geração livre da aids. O que seria da saúde pública sem utopias mobilizadoras, como essa?”. (Bruno Dominguez) 



Scheffer: avanço da política de combate à aids mostra que SUS pode dar certo; mas é preciso dobrar número de assistidos

De 'copo cheio'

Adotamos como tema de reflexão a metáfora do copo meio cheio, meio vazio, tão utilizada para retratar o que ocorre hoje – ou desde sempre – com o Sistema Único de Saúde. Já mostramos a parte cheia que não é vista e por quê (*Radis* 104). Desta vez, a ideia é que atores sociais importantes em sua construção digam o que falta ao SUS, para além do que é visível, como o fim das filias perversas ou uma melhor qualidade na atenção à saúde.

O SUS concebido como parte de uma grande Reforma Sanitária, inscrito na Constituição, debatido e aperfeiçoado em sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, é muito mais interessante, bom para todas as pessoas e para o país, do que o que é levado ao conhecimento da população. Com diferentes ênfases, nossos entrevistados querem dos governantes maior compromisso político, forte investimento e financiamento, melhor gestão, sem privatização e com ampla participação social, carreiras públicas com profissionais valorizados e preparados para o cumprimento de sua missão.

Os depoimentos avaliam erros e acertos, disputas e tensões que mantêm vazia parte desse copo. O sonho do SUS não vai acontecer, alertam alguns, enquanto também a sociedade não superar a visão de saúde como mercadoria ou apenas como assistência médica, exigindo direito amplo à saúde, dentro de uma concepção de garantia de todos os direitos sociais.

O princípio universal do direito à saúde — assegurado pelo Estado a todos de forma integral e equitativa — sofre assédio da economia liberal e dos interesses de mercado. Nessa disputa simbólica e prática de como efetivar o direito à saúde, há que se ter cuidado com os interesses de corporações

transnacionais que ganham muito dinheiro com as doenças, vendendo saúde. Neste tema é preciso atenção, porque nem a Opas nem a OMS se alinham inteiramente com a visão histórica do movimento sanitário internacional e brasileiro.

Com a produção da revista em curso, fomos surpreendidos pela denúncia de que a presidenta Dilma Rousseff acertara com seguradoras e empresas de planos de saúde o apoio de fundos públicos para a qualificação e ampliação de seus negócios. Se confirmada a notícia, essa estratégia representaria romper com a Reforma Sanitária, relegar o SUS a um papel secundário e abandonar a população à própria sorte. O copo se quebraria de vez.

O assunto provocou imediatos debates na internet e na imprensa. Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Conselhos de Medicina de todo o país dispararam duríssimas críticas. Não houve desmentido na imprensa por duas semanas, até que o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, fosse ao Conselho Nacional de Saúde para assegurar enfaticamente que não era nada daquilo que saiu nos jornais e afirmar que o governo não tinha negociado redução de impostos nem financiamentos ao setor privado.

De *copo cheio* com 25 anos de sustos e contramarchas na implantação do SUS, os aguerridos defensores do sistema arrefeceram as críticas, aguardando os acontecimentos. Mas a rápida reação sinalizou que não há espaço para nem mais uma gota d'água na direção errada.

Rogério Lannes Rocha

Coordenador do Programa Radis

CARTUM



Expressões e Experiências

• Três décadas de antirretroviral 2

Editorial

• De 'copo cheio' 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula 5

Radis Adverte 7

Toques da Redação 7

HIV/Aids

• Cura funcional renova esperança 8

Sistema Único de Saúde 1

• O que falta para termos o SUS por inteiro? 9



Sistema Único de Saúde 2

• Universalidade – O necessário resgate de um sentido perdido 17



Desenvolvimento e saúde

• Anos de vida saudável nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 21

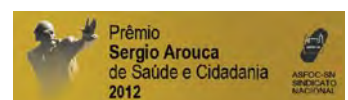
Serviço 22

Pós-Tudo

• Declaração do I Encontro Nacional do Movimento de Mulheres Camponesas 23

Capa: Felipe Plauska
Ilustrações: Marina Cotrim (M.C.)

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



Artrite reumatoide

Olá sou enfermeira e assinante desta fantástica revista e gostaria de propor uma matéria sobre artrite reumatoide, presente em todas as idades, mas que muita gente pensa que é *doença de velho*. Obrigada a todos da equipe *Radis*. aguardo ansiosa.

• Paloma Tainara Cedraz Silvano, Camaçari, BA

F: *Cara Paloma, sua sugestão foi anotada e será levada a nossa reunião de pauta. Um abraço!*

'Radis' agradece

Adoro a revista *Radis*. Ainda mais porque sou conselheira de Saúde do meu município. Estão de parabéns!

• Dorotêa Esther Fuck, Bombinhas, SC

Ler as matérias desta revista tem sido de grande importância para mim, pois com a diversidade de informação a leitura torna-se agradável.

• Marilene Aparecida Epifanio, Juiz de Fora, MG

Amianto

Tive a oportunidade de ler a reportagem da *Radis* (122) retratando o caso de Bom Jesus da Serra (BA) e posso dizer que foi excelente e bastante esclarecedora. Até então, apesar de morar na Bahia, só ouvia rumores desse caso. Através da *Radis*, pude compreender a gravidade da situação.

• Wendel Viana, via Facebook

Violência doméstica

Sou estudante de psicologia da UFU, vou fazer um trabalho a respeito de violência doméstica, focada no agressor. Aqui em Uberlândia não tem atendimento voltado para homens agressores, e queria um email para entrar em contato com um psicólogo e tirar dúvidas sobre o trabalho que faz e informações sobre os agressores.

• Barbara Leal, Uberlândia, MG

F: *Cara Bárbara, Radis pode ajudar sugerindo a você a leitura da edição nº 92, cuja matéria de capa trata da temática da violência, e, ainda, que faça uma busca em nosso site (www.ensp.fiocruz.br/radis).*

Privatização do SUS 1

Recebo a revista há alguns anos e estou muito satisfeito. Vocês estão cada vez melhores. Utilizam uma linguagem simples e objetiva fazendo com que todos entendam o que está sendo dito. Procuro divulgar esse poderoso instrumento de cidadania aqui em Floripa. Tem uma coisa que não me sai da cabeça. Como anda o processo de terceirização do SUS? Muitos gestores fazem de tudo para privatizar o sistema. Vocês têm matéria recente sobre o assunto?

• Rudi Pereira Lopes, Florianópolis, SC

F: *Caro Rudi, além das duas matérias principais desta edição, sugerimos a leitura da 125, com a cobertura do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Abrascão, que traz a discussão em diversas matérias. Um abraço!*

Privatização do SUS 2

Sou assistente social e aluna do mestrado em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba e leitora assídua da *Radis*. Gostaria de agradecer pelas discussões que a revista vem travando no que diz respeito à precarização e privatização das políticas sociais brasileiras, principalmente no que diz respeito ao nosso SUS. Percebemos atualmente o desmonte da seguridade social, de um lado, focalização da assistência social e precarização e privatização da previdência e da saúde. Sendo assim, venho agradecer a vocês a forma clara e concisa com que a *Radis* vem mostrando esse processo para a sociedade brasileira, com visão crítica, destacando-se na nossa mídia por ser um meio de comunicação que não camufla a realidade. Chamo a atenção para a *Radis* nº 122, que destaca a precarização dos direitos e a opção privatizante adotada pela política neoliberal no Brasil a

partir da década de 1990. Também nessa mesma edição fala-se sobre a questão desses novos modelos de gestão, mais precisamente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), adotados por esses que defendem uma reforma sanitária flexibilizada conforme a professora Maria Inês Bravo [da Frente Brasileira contra a Privatização da Saúde]. A sociedade precisa se mobilizar através desses novos espaços de participação que são os fóruns estaduais e municipais em defesa do SUS.

• Juliana Viegas, Campina Grande, PB

Saúde do trabalhador

A disseminação da informação é importante para gestão do conhecimento para quem trabalha na área da Saúde, e isso a *Radis* faz com maestria. Só tenho a agradecer. Gostaria de sugerir a pauta *A saúde do trabalhador no Brasil*, com os seguintes enfoques: as metas inatingíveis (pressão, estresse, ameaças), a precarização nos contratos de trabalho (terceirização/quarteirização), aumento das doenças mentais relacionadas ao trabalho, assédio moral nas empresas, subnotificação dos acidentes (e, conseqüentemente, estatísticas que não refletem a realidade), e trabalhadores da informalidade. Já li alguns artigos em números anteriores, mas gostaria que fosse feita uma reportagem mais densa e pontual em relação ao assunto. O que está sendo feito pelo Ministério da Saúde? Que políticas estão sendo pensadas para salvaguardar o trabalhador? Grato.

• Marco Aurélio Barbosa, Juiz de Fora, MG

F: *Caro Marco Aurélio, sua sugestão foi anotada! Agradecemos o contato! Um abraço.*

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.

EXPEDIENTE

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

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

Coordenação do Radis **Rogério Lannes Rocha**
Subcoordenação **Justa Helena Franco**
Edição **Eliane Bardanachvili**

Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição), **Bruno Dominguez**, **Elisa Batalha** e **Liseane Morosini**
Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira**, **Laís Tavares** e **Sandra Benigno**

Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Oswaldo José Filho** (Informática)

Estágio supervisionado **Anna Carolina Düppre** (Reportagem), **Marina Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **79.500** exemplares | Impressão Minister
Assinatura **grátis** (sujeita à ampliação de cadastro)

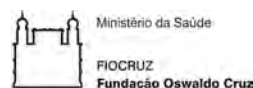
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) Tel. (21) 3882-9118 (21) 3882-9119 E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Confira também a resenha semanal Radis na Rede e a seção Multimídia, que complementam a edição impressa, em www.ensp.fiocruz.br/radis

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

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





Médicos: concentração nos centros urbanos

Relatório do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) revelou (18/2) que a presença dos médicos no Brasil está mais concentrada nos grandes centros urbanos e regiões mais ricas, o que dificulta o acesso de toda a população a esses profissionais. De acordo com o estudo, intitulado *Demografia médica no Brasil, volume 2: Cenários e indicadores de distribuição*, cerca de 70% dos 370 mil médicos do país estão concentrados no Sul e Sudeste.

O número de profissionais formados por mais de 180 escolas de Medicina beira os 17 mil por ano. Hoje, a média do número de médicos no país é de dois para cada mil habitantes, informaram os jornais *Folha de S. Paulo* (5/2) e *O Globo* (18/2). Quando se compara a proporção entre regiões, no entanto, o índice mostra disparidades. A região Norte é a que abriga menos médicos no país: 1,01 para cada mil habitantes; no Nordeste, há 1,23 para cada mil; Centro-Oeste possui 2,05; e Sul, 2,09. No Sudeste está a maior concentração: 2,67 profissionais para cada mil habitantes. Entre unidades da federação, 16 estados

possuem menos que 1,5 médico para cada mil pessoas, e no Maranhão, Pará e Amapá, há menos que um por mil.

De acordo com o coordenador da pesquisa, Mario Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), os médicos se acomodam nos maiores centros depois de terminarem os estudos, ainda que se formem em outros locais. “Eles saíram de Rio, São Paulo (para estudar em outros lugares), talvez fugindo



M.C.

da grande concorrência, e retornam ao grande centro (depois de formados)”, disse a *O Globo* (18/2).

A pesquisa mostrou também que é baixa a adesão ao trabalho na rede do SUS: 55% dos médicos brasileiros estão vinculados ao sistema, índice que a pesquisa considerou insuficiente para atender 150 milhões de usuários, resultando na proporção de 1,1 médico para cada mil.

Para promover a fixação dos médicos no interior do país, o Ministério da Educação decidiu indicar locais onde deverão ser abertas novas escolas de Medicina, priorizando aqueles onde há baixa oferta. A política recebeu críticas do CFM. “Deve-se ter a estratégia de uma remuneração adequada, de ganhos e favorecimentos especiais”, disse o presidente do conselho, Roberto D’Ávila, ao jornal *O Estado de S. Paulo* (6/2), defendendo a criação de uma carreira de Estado. “Cem cursos foram abertos, muitos no interior, nas últimas três décadas, e não conseguimos perceber uma relação entre isso e a fixação de médicos no interior”, argumentou Mario Scheffer. “O aumento por si só não vai beneficiar os locais onde há carência de médicos”, considerou.

Alto índice de bebês prematuros

O Brasil tem alto índice de partos prematuros, o que está relacionado a um cenário de mortalidade infantil que ainda preocupa. Pesquisa da Fiocruz mostrou que 10,5% dos bebês brasileiros nascem antes da hora, consequência também da alta proporção de cesarianas, que respondem por 52% do total de nascimentos – destes, 82% são registrados na rede privada. Os números fazem parte de levantamento ainda inédito conduzido pela fundação, que teve prévia dos seus resultados apresentada (26/2) no encontro da Rede Global de Academias de Ciência, no Rio de Janeiro, informaram o Portal Ensp e o jornal *O Globo* (27/2). O estudo, *Nascer no Brasil*, orientou parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Bill & Melinda Gates, que vai financiar, com US\$ 8 milhões, pesquisas sobre causas, consequências e tratamentos para evitar partos prematuros.

“A pesquisa distingue a prematuridade como um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil”, apontou Maria do Carmo Leal, pesquisadora da Fiocruz e coordenadora do levantamento, que ao longo de 2012 ouviu 24 mil gestantes que deram entrada em 266 hospitais de 161 municípios do país. Maria do Carmo ressaltou que, simultaneamente, observou-se um incremento na taxa de cesarianas nos

últimos anos, que chega a 90% no setor privado e a 100% em alguns hospitais. “Isso mostra que praticamos um modelo bastante medicalizado da atenção à gestante que contribui certamente para as altas taxas de prematuridade no país”, disse.

Pesquisa divulgada no ano passado pela Organização Mundial da Saúde apontou que o Brasil é o décimo país do mundo com maior número de nascimentos prematuros.

O tema da saúde materno-infantil foi analisado em um dos artigos da edição especial da revista inglesa *Lancet*, publicada em 2011 (*Radis* 113). Outra reportagem da revista (*Radis* 117) apontou que apesar de a mortalidade infantil ter decrescido substancialmente, 68% das mortes de crianças com menos de cinco anos ocorrem nos primeiros dias de vida. “O modelo de atenção de saúde obstétrica precisa ser modificado”, analisou na reportagem 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 país que não cuida bem do momento do nascimento não pode dizer que tem cidadania”, resumiu, então, Maria do Carmo.

Jornalistas têm sua comissão da verdade

A Comissão da Verdade, Memória e Justiça dos Jornalistas assinou (25/2) termo de cooperação com a Comissão Nacional da Verdade (CNV), para investigação de mortes de jornalistas na ditadura militar, informou a Agência Brasil (25/2). De acordo com a representante da Comissão da Verdade dos Jornalistas, Rose Nogueira, levantamento inicial apontou 16 jornalistas mortos, mas a apuração será ampliada. “Recebemos informações de outras investigações que indicam 24 jornalistas”, disse. Ela informou que a comissão vai estudar caso a caso e a expectativa é que “os familiares e os jornalistas perseguidos contem as suas histórias”. Rose defendeu a importância de as diferentes categorias profissionais criarem suas comissões da verdade para levantar informações e contribuir com a comissão nacional, apurando denúncias e restabelecendo “a verdade dos fatos”.

A Comissão da Verdade dos Jornalistas deverá apurar também perseguições, censura aos veículos e colaborações dos meios de comunicação com a ditadura (ver *Radis* 123). A ideia, explicou Rose, é examinar tudo o que diz respeito à imprensa. “Tudo o que a gente tiver de maneira comprovada, a comissão vai colocar no relatório”, completou.

Brasil começa a produzir insulina



M.C.

O Ministério da Saúde anunciou (23/1) que o Brasil vai começar a produzir, a partir deste ano, cristais de insulina, princípio ativo do medicamento utilizado no tratamento de diabetes, no Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz. A substância estará disponível a partir de 2016. A produção nacional representará para o país economia de R\$ 1,3 bilhão, segundo o Portal da Saúde, do ministério. Por meio de parcerias público-privadas, o governo firmou acordo de transferência de tecnologia com o laboratório ucraniano Indar – um dos três produtores de insulina no mundo. Houve investimento também para compra de estoque do hormônio para 2013, que pode chegar a 10 milhões de frascos até dezembro, de acordo com a necessidade do sistema de saúde, informou a Agência Brasil (23/1).

A produção de cristais de insulina poderá contribuir para ampliar a assistência a 7,6 milhões de diabéticos. Desses, 900 mil dependem exclusivamente do tratamento pelo SUS. De acordo com o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, em declaração à Agência Fiocruz (23/1), a autonomia tecnológica eliminará problemas como dificuldades no abastecimento e vulnerabilidade dos preços, que dependem do mercado mundial.

Técnicos de Farmanguinhos foram enviados ao laboratório ucraniano para fazer uma inspeção, já que as instalações devem estar de acordo com normas que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) preconiza.

A fábrica de produção dos cristais deverá estar com sua estrutura completa em 2014, e, no ano seguinte, serão realizados testes, qualificações e ajustes técnicos para a validação das instalações produtivas. Em 2016, a transferência de tecnologia pelo laboratório Indar à Fiocruz estará concluída para o início da produção de insulina em escala industrial.

Balanco do Ministério da Saúde mostrou que, entre 2000 e 2010, o diabetes matou mais de 470 mil brasileiros. O índice de mortalidade é quatro vezes maior do que pela aids e superou o total de vítimas de trânsito no país.

Mamografia e desigualdade

O Brasil conseguiu avançar na realização de mamografias pelo SUS, tendo examinado mais de um milhão de mulheres entre 50 e 69 anos no primeiro semestre de 2012. O número representa aumento de 41% na realização de exames em comparação ao mesmo período de 2010. Embora insuficiente, o avanço foi atribuído, pelo Ministério da Saúde, à ampliação e melhoria dos serviços oncológicos no sistema de saúde. O índice, divulgado em outubro do ano passado, foi realçado em função do Dia Nacional da Mamografia (5/2).

As taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, no entanto, ainda continuam elevadas. Especialistas consideram que o fato é causado pela detecção tardia da doença. O estudo *Desigualdade socioeconômica afeta a chance de realizar mamografia no Brasil*, do qual participaram cinco pesquisadoras da Fiocruz, concluiu que a renda familiar *per capita* está associada à realização ou não do exame.

Baseados em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad 2008), que teve participação de cerca de 11 milhões de mulheres com 40 anos ou mais, os resultados mostraram que, quanto menor a renda, menor a prevalência da mamografia no conjunto das regiões brasileiras. Entre as mulheres com renda

superior a R\$ 800, 94% das entrevistadas realizaram o exame. Das que tinham renda entre R\$ 400 e R\$ 800, 79,5% afirmaram ter feito o exame. Já entre as que tinham renda de até R\$ 100 reais, 62% fizeram a mamografia.

Essa relação direta entre renda e prevalência da mamografia verificou-se em todas as regiões. Uma comparação entre elas, no entanto, revelou grandes disparidades. São Paulo teve 76% das mulheres na menor faixa de renda com mamografia realizada, por exemplo. Já Fortaleza teve 39%. O estudo apontou, assim, que é mais difícil realizar mamografia em Fortaleza, Belém e Recife do que em São Paulo, Curitiba e Salvador.

Outra pesquisa, realizada em Juiz de Fora (MG), mostrou dado importante sobre as idosas e seu comportamento diante da necessidade da mamografia. A pesquisadora da Ensp/Fiocruz Cristiane Novaes entrevistou mais de 4,6 mil mulheres com idade entre 60 e 106 anos e verificou que quase 30% delas nunca fizeram o exame. O estudo concluiu que usar o serviço público de saúde, ter baixa escolaridade, baixa renda, ser solteira e mais idosa leva essas mulheres a não fazer o exame — e é acima dos 70 anos que o risco é maior. Segundo a autora, mais da metade delas declarou que não fez o exame por não ter achado necessário.

Em defesa da água

A Unesco anunciou (11/2) que 2013 é o Ano Internacional da Cooperação pela Água das Nações Unidas. O objetivo da ação é promover a conscientização entre os países em eventos e discussões sobre o recurso ao longo do ano, informou a agência da ONU (www.unesco.org). Aumento da população mundial, distribuição e acesso desiguais à água, problemas relacionados ao saneamento básico, desperdício e poluição dos recursos hídricos estão entre as questões em foco. Discussões sobre questões diplomáticas, iniciativas de sucesso e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pautarão também a agenda da ONU, para divulgar o tema e chamar a atenção da sociedade, empresas e governantes. Direito humano, a água potável não é acessada por cerca de 11% da população mundial, de acordo com a organização.

Além do Dia Mundial da Água, celebrado em 22 de março desde a Rio-92, o ano é marcado também pela Semana Mundial da Água, a ser realizada em Estocolmo, Suécia, de 1 a 6 de setembro, e pela Cúpula da Água, em Budapeste, Hungria, dias 10 e 11 de outubro.

A programação do Ano da Água inclui ainda a ida à França de estudantes da cidade japonesa de Fukushima, para troca de experiências com escolas francesas e ao Instituto para Educação sobre a Água, no Pavillon de l'eau (Pavilhão da Água). Os alunos dos dois países prepararão uma declaração da juventude sobre a cooperação pela água. Além disso, a exposição *Água no coração da ciência*, apresentada primeiramente na Unesco, passará, ao longo de 2013, pela rede de estabelecimentos culturais da França em todo o mundo.




M.C.



Países de língua portuguesa em rede

O programa ePORTUGUÊSe, da Organização Mundial da Saúde (OMS), recebeu um prêmio de reconhecimento por sua contribuição à cooperação Sul-Sul durante a Exposição Global para o Desenvolvimento Sul-Sul (*Global South-South Development Expo*), realizada em novembro de 2012, em Viena, Áustria, informou o site da Ensp/Fiocruz (21/2). O programa é uma plataforma criada para estabelecer uma rede de informação em saúde nos oito países de língua portuguesa e apoiar o desenvolvimento de recursos humanos em saúde nesses países. A iniciativa buscará fortalecer a cooperação entre as nações, promover o desenvolvimento de capacidades de recursos humanos em saúde e facilitar o acesso à informação em saúde em português.

A gerente do ePORTUGUÊSe, Regina Ungerer, pesquisadora da Ensp/Fiocruz, cedida à OMS, comemorou os marcos alcançados pelo programa, entre eles, o lançamento e desenvolvimento da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em português (www.bvs.eportuguese.org/php/index.php), por todos os países participantes da rede.

O programa está sintonizado com a política global e regional de multilinguismo da OMS, ao buscar superar os obstáculos da língua. Embora não seja o idioma oficial das Nações Unidas, o português é a terceira língua mais falada no Hemisfério Ocidental ficando somente atrás do espanhol e do inglês. Mais informações sobre o programa em: www.who.int/eportuguese/en/ e www.who.int/eportuguese/pt/index.html. 

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

RADIS ADVERTE

**Cobertura universal
como um negócio:**

NÃO!

**Sistemas universais,
integrais e equitativos:**

SIM!

Haja galinheiro!

A eleição do senador ruralista Blairo Maggi (PR-MT) como presidente da Comissão de Meio Ambiente do Senado (27/2), seguida da do pastor Marco Feliciano (PSC-SP) para Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara (8/3), foi como consolidar o reinado das raposas no galinheiro. Maggi, um dos maiores produtores de soja do país, e já apelidado de *Motosserra de Ouro*, considerou-se talhado para o novo cargo, e debochou: “Os radicais defensores do meio ambiente querem todo mundo pendurado em árvores comendo coquinhos, como Adão e Eva”, disse em entrevista ao jornal *O Globo* (27/2).

Já Feliciano é alvo de processo por estelionato e responde a ação no STF por homofobia. São dele declarações como: “os africanos descendem de um ancestral amaldiçoado de Noé” ou “a podridão dos sentimentos dos homoafetivos leva ao ódio, ao crime, à rejeição”.

“A Comissão de Direitos Humanos e Minorias não pode ser presidida por alguém que se põe publicamente contra minorias!”, resumiu o deputado Jean Willys (PSOL-RJ), expressando os protestos que se seguiram na Câmara e fora dela de todos os que defendem um Estado laico e a justiça social. A mobilização é bem-vinda e continua!

Haja galinheiro 2

São alvo da grita contra as raposas também os senadores Renan Calheiros (PMDB-AL) na presidência do Senado, o que gerou abaixo-assinado, com mais de 1,5 milhão de assinaturas clamando por sua saída, e Eunício de Oliveira (PMDB-CE), presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado e dono da empresa Confederal Rio Vigilância, onde trabalhava o segurança que estuprou uma índia da Aldeia Maracanã, no Rio de Janeiro, em dezembro. Eunício tentou abafar o caso....

Chávez e a saúde

Com a morte do presidente da Venezuela, Hugo Chávez (5/3), vale um registro sobre suas ações na Saúde do país. Pautado por um modelo de gestão de saúde integral, o governo Chavez criou a *Misión Barrio Adentro*, para desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde, por meio de convênio de cooperação internacional entre Venezuela e Cuba. O petróleo venezuelano, cujas benesses se circunscreviam às elites do país, passou a servir de moeda de troca com Cuba, de onde, desde então, partem médicos, para cuidar da saúde pública venezuelana, em todos


os cantos do país. Cuba disponibiliza serviços médicos, especialistas e técnicos para lugares onde não há essa oferta e para treinar profissionais venezuelanos.

Um jogo de interesse

A prefeitura do Rio de Janeiro quer que os alunos da rede municipal de ensino aprendam desde cedo a especular e a privatizar o patrimônio público: comprou para as escolas públicas 20 mil unidades do jogo *Banco Imobiliário — Cidade Olímpica*, uma versão especialmente adaptada do antigo Banco Imobiliário, pela fabricante de brinquedos Estrela, só que para promover obras da atual gestão e incentivar o participante a lidar com ícones da cidade e com serviços públicos como se fossem mercadoria. Na brincadeira, a Prefeitura gastou um milhão de reais! Denúncias de irregularidades foram levadas ao Ministério Público do Rio de Janeiro. Professores municipais reuniram-se em protesto contra a iniciativa recusando-se a levar o jogo para a sala de aula. Nessa autêntica ação de mercantilização da cidade, é possível ao jogador *investir* no Pão de Açúcar, na praia de Copacabana, no Maracanã ou no Sambódromo. Ou, ainda, em obras da prefeitura, como o Porto Maravilha e até a Clínica da Família. Nas cartas de sorte ou revés, encontram-se surpresas como: “Seu imóvel foi valorizado com a pacificação da comunidade vizinha. Receba R\$ 75 mil”. O jogo propicia uma relação nada pedagógica com as intervenções imobiliárias que assolam, hoje, a cidade: a convicção de que tudo é muito natural e positivo, desde que encha os bolsos de alguém.

Elogio e correção bem-vindos

Em carta ao coordenador do Programa Radis, Rogério Lannes, o presidente da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), Maurício Azêdo, registrou calorosos cumprimentos pela publicação da reportagem *Tesoura afiada contra o direito à informação*, na edição 123 da *Radis*. “Informações preciosas sobre a supressão da liberdade de expressão durante a ditadura militar”, definiu Azêdo, um dos entrevistados. Com o elogio veio também um pedido de correção oportuno e pertinente: o ano da morte do jornalista Vladimir Herzog é 1975, e não 1974 como está na matéria. Correção registrada. Com nosso agradecimento a Azêdo e nossas desculpas aos leitores.

Correção 2 — Deu a louca na geografia na *Radis*: Boa Vista é capital de Roraima, não de Rio Branco (outra capital!), como foi publicado equivocadamente na reportagem de capa da edição 126. 

Cura funcional renova esperança

Sucesso em tratamento de bebê aponta para possibilidade de erradicação do vírus, mas prevenção ainda é fundamental

Adriano De Lavor

O anúncio da “cura funcional” de um bebê infectado pelo vírus HIV, feito na 20ª Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI), em Atlanta, Estados Unidos, entre 3 e 6 de março, recebeu grande destaque na imprensa brasileira e renovou as esperanças de cura para aids.

A criança (cujos nome e sexo não foram revelados), nascida no Mississippi (EUA), fora infectada pelo HIV ainda no útero da mãe, que desconhecia sua condição sorológica até o momento do parto. Trinta horas após o nascimento — antes mesmo de os exames laboratoriais confirmarem a infecção por HIV na criança — a pediatra americana Hanna Gay decidiu administrar três antirretrovirais indicados para o tratamento, algo que usualmente não se faz. O protocolo para estes casos, inclusive no Brasil, recomenda que o bebê receba apenas dois medicamentos, como medida preventiva.

A decisão foi acertada: a quantidade de vírus no sangue diminuiu até se tornar indetectável, e permaneceu assim até a criança completar um ano e meio, quando a mãe parou de levá-la ao hospital. Cinco meses depois, quando os médicos reencontraram a criança, esperavam que a carga viral estivesse altíssima. Mas novos exames ainda indicaram níveis indetectáveis.

PERSPECTIVA OTIMISTA

O momento é de otimismo, considera a pesquisadora Valdilea Veloso, diretora do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec/Fiocruz), que também esteve no congresso. Ela explicou à *Radis* que a notícia renovou o entusiasmo dos pesquisadores. “É um ponto a mais que nos faz acreditar que seremos capazes de intervenções que, se realizadas no momento adequado, possibilitarão a cura da aids e a erradicação do HIV”.

O caso da criança norte-americana, diz, representa um passo adiante nas pesquisas, que hoje caminham em duas linhas complementares: uma buscando a erradicação do HIV, e outra investindo na cura funcional — situação em que, mesmo sem garantia de que o vírus tenha sido eliminado do organismo, a pessoa vive sem uso de antirretrovirais. A cura funcional anunciada, segundo a pesquisadora, reforça a orientação dada pelo infectologista taiwanês-americano David Ho, nos anos 1990, de que, com a administração precoce de uma combinação potente de antirretrovirais, depois de alguns anos seria possível erradicar o HIV. A dificuldade residia no tempo que se levaria para se conseguir isso, com os recursos daquela época. Optou-se, então, por iniciar o tratamento apenas depois que o paciente apresentasse comprometimento imunológico.

“O que aconteceu com esta criança foi exatamente isso. Foi tratada cedo, com um esquema forte”, esclareceu Valdilea. Para ela, a pediatra preferiu substituir o esquema de profilaxia pelo de tratamento, por não saber das condições da mãe — não acompanhada durante a gestação —, considerando assim que

a criança corria alto risco. Ela ponderou que, mesmo curada, a criança precisará de acompanhamento por toda a vida, para monitorar o HIV no organismo, já que a cura funcional não significa erradicação do vírus.

Valdilea também esclareceu que, para que se possa pensar em utilizar o achado, é preciso que este seja comprovado, como qualquer experimento científico, ou seja, tem que ser reproduzido e garantir os mesmos resultados. Enquanto isso, lembra, no Brasil, o SUS oferece condições para que o risco de transmissão vertical seja reduzido a menos de 2%, caso a condição sorológica da mãe seja identificada ainda na gestação.


O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde esclareceu, em nota à imprensa (6/3), que o SUS oferece o teste anti-HIV às gestantes no pré-natal. Em caso de diagnóstico positivo, a gestante é acompanhada até o momento do parto, quando é encaminhada para uma maternidade especializada. Essas medidas têm reduzido o risco de transmissão vertical a menos de 1%. A nota explica ainda que todos os recém-nascidos de mães soropositivas recebem a profilaxia primária até completar um mês de vida. O bebê, então, é submetido a exame de carga viral. Caso o resultado seja positivo, é iniciado o esquema terapêutico.

Valdilea informou que já estão disponíveis nos Centros de Referência em HIV/Aids profilaxias pós-exposição, tratamentos para quem se expôs ao vírus, antes somente disponíveis para casos de acidentes com trabalhadores de saúde. Existem também estudos de tratamento pré-exposição, para quem apresenta alto risco de infectar-se. “Hoje, falamos na possibilidade de alcançarmos uma geração sem aids”, acredita.

CAUTELA E PREVENÇÃO

Os jornais abordaram o assunto com otimismo e cautela: *Aids — Cura de bebê pode alterar tratamento*, noticiou *O Globo* (4/3); *A esperança de cura da Aids*, repercutiu *O Povo online* (10/3); *Apesar de avanços, cura do HIV para maioria ainda está longe*, ponderou o site *BBC Brasil* (4/3).

Presidente do Fórum ONG/Aids do Estado de São Paulo, Rodrigo Pinheiro evitou qualquer comemoração antecipada, esclarecendo que ainda serão necessárias pesquisas para que se chegue à cura da aids. Entretanto, concordou que o caso representa “mais uma porta aberta” em direção a isso. Rodrigo analisou, ainda, o impacto causado pela notícia nas ações de prevenção ao HIV/aids e mesmo na adesão das pessoas soropositivas ao tratamento. “A discussão sobre aids no Brasil está banalizada, principalmente entre os jovens”. Segundo ele, há a falsa ideia de que o tratamento é simples, o que não é verdade: “A vida com antirretrovirais não é fácil”, alertou. “Precisamos reforçar a prevenção”, argumentou.

Na nota que divulgou sobre o caso, o Ministério da Saúde esclareceu que aguarda “que a cura funcional se torne um fato”, alertando que, até lá, a aids continua a ser considerada doença sem cura. 

O que falta para termos o SUS por inteiro?

Subfinanciamento, privatização do que é público, controle social enfraquecido e foco na assistência em detrimento do conceito integral e ampliado de saúde são alguns pontos que afastam o sistema de seu projeto original

Elisa Batalha *

O verso da música *Comida* (1987), dos Titãs, foi escolhido para chamada de capa desta edição da *Radis* porque expressa bem os anseios daqueles que nunca perderam de vista pontos cruciais que consolidariam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tal como foi concebido, e que até hoje, mais de suas décadas após sua concepção, mantêm-se pendentes. “A gente quer inteiro e não pela metade”, diz a letra, bem ilustrada pela conhecida metáfora do copo meio cheio, meio vazio, trazida por pesquisadores, ativistas e usuários ouvidos pela *Radis* na busca de compreender o que falta — e por que falta! — ao SUS para que seu projeto se concretize.

Resultado de aguerrida luta da sociedade civil organizada e sanitaristas determinados, o SUS, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas leis 8.080 e 8.142 (*Radis* 95), é um dos maiores sistemas de Saúde do mundo e o único a se propor universal em um país com mais de 100 milhões de habitantes.

Se há conquistas e avanços no sistema — por sinal, nem sempre percebidos, mesmo por quem usa, e pouco ou nada realizadas na mídia comercial

**Participaram: Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Eliane Bardanachvili e Anna Carolina Düppre (estágio supervisionado)*

(*Radis* 104) —, o projeto do SUS ainda está incompleto. Subfinanciamento da Saúde; indefinição de responsabilidades entre as instâncias federal, estadual e municipal; saúde entendida como bem de consumo e não como direito de todos, como define a Constituição; lógica hospitalocêntrica; ótica centrada na assistência médica, e não no conceito ampliado de saúde e na seguridade social, são alguns pontos que desequilibram os pilares do SUS — universalidade, integralidade e equidade.

“Devemos observar a questão como um filme, e não como uma fotografia. Para mim, o copo está se esvaziando”, analisa o sanitarista Gastão Wagner, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, propondo uma profunda reforma de gestão no sistema e que se repense o controle social. “Improvisa-se (com terceirizações, privatizações, em vez de se discutir uma estrutura organizacional para o SUS, não vai conseguir melhorias”, resume Gastão. “O problema maior do SUS é a questão ideológica. É a visão hegemônica de que saúde é um bem de consumo”, aponta a professora Sonia Fleury, da Fundação Getúlio Vargas. “Nos últimos 25 anos, as políticas econômicas e sociais dos sucessivos governos não favoreceram o desenvolvimento da Reforma Sanitária, sabotaram a concepção da Seguridade Social e sacrificaram os direitos sociais como inerentes à cidadania plena”, analisa o professor Jairnilson Paim, da UFBA.

Já para Arlindo Fábio Gómez de Souza, superintendente geral do Canal Saúde da Fiocruz, o copo está se enchendo, ainda que “com velocidade menor do que gostaríamos”. Ele considera que entender a saúde como direito de todos e dever do Estado “é uma conquista”, mas aponta um “desvirtuamento dos preceitos originais do SUS”, relacionado “com o modelo de gestão pública feito para não funcionar”.

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade ressalta que é preciso que se contextualize o nascimento do SUS “como um projeto socialista, que surge dentro de uma sociedade autoritária”. Para ele, o problema maior do sistema é “o tensionamento dos sistemas público e privado”.

A integração plena à seguridade social como

um dos pontos mais importantes para se encher o copo do SUS é realizada por Ronald Ferreira dos Santos, da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, eleito em dezembro de 2012. “O Estado deve ser responsável não só pela formulação, mas também pela execução da política de Saúde”, observa.

A seguir, os depoimentos colhidos pela *Radis*.

Por mudanças na correlação de forças

“O SUS que nós temos está sendo esvaziado, subfinanciado e privatizado por dentro e por fora. Não é o SUS que queremos nem o que o povo brasileiro precisa e merece! As políticas racionalizadoras adotadas pelo governo da presidente Dilma não são suficientes para alcançar os grandes desafios do SUS, muito menos da questão sanitária da população brasileira. Esta política *feijão-com-arroz* na Saúde é um desastre diante do envelhecimento da população, do sofrimento mental, da prevalência das doenças crônicas e manutenção das transmissíveis, da expansão das violências e acidentes e do uso abusivo de substâncias psicoativas. Lembremos que a política econômica *feijão-com-arroz* do final dos anos 1980 deu no que deu: superinflação, crescimento da dívida, impedimento do desenvolvimento e empobrecimento da população brasileira. O preço pago pela sociedade brasileira foi o resultado das eleições de 1989, a recessão e o *impeachment*. O futuro do SUS depende do que se faz hoje. As tendências observadas de persistência do subfinanciamento público, o aumento dos subsídios e estímulos aos planos privados de saúde, além das renúncias fiscais para gastos com assistência médica, não sugerem um cenário otimista para o SUS concebido pelo movimento da Reforma Sanitária. No final da década passada, fui convidado para escrever um livro explicando *O que é o SUS*. Na presente década também me encomendaram redigir um editorial sobre *O Futuro do SUS*. Não gostaria de na próxima década, se vivo estiver, ter de escrever a história do que foi o SUS!

FOTO: DAYANE MARTINS



Jairnilson: repolitização da saúde como forma de estimular o debate e mobilizar os que defendem um sistema público

FOTO: MARINA BOECHAT



Gastão: descontinuidade de programas e falta de vontade política de se construir integralmente o SUS e as redes de saúde

Nas origens do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o Cebes propunha, desde a década de 1970, a unificação dos serviços de saúde, a participação social dos cidadãos e a ampliação do acesso a serviços de qualidade, como alguns marcos dessa reforma. Na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sergio Arouca, que era presidente, convocou a todos para uma reforma sanitária, relacionada às reformas urbana e agrária, bem como às mudanças na esfera econômica. E o relatório final da 8ª CNS destacava que as modificações necessárias no âmbito da saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira. Era necessária uma reformulação profunda, face ao conceito ampliado de saúde e sua ação institucional. Mesmo com os filtros com que a Reforma Sanitária passou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Constituinte, diante da mudança na correlação de forças políticas e sociais, a Constituição reconheceu a amplitude do projeto. Daí que no seu Art. 196, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca que tal dever seria 'garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação'. Ou seja, até na ordem de exposição desse artigo priorizavam-se as políticas econômicas e sociais para depois ser afirmada a pertinência do acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira era a proposta de uma ampla reforma social, ainda que apresentasse uma dimensão setorial e institucional.

Nos últimos 25 anos, no entanto, as políticas econômicas e sociais dos sucessivos governos não favoreceram o desenvolvimento da Reforma Sanitária, sabotaram a concepção da Seguridade Social e sacrificaram os direitos sociais como inerentes à cidadania plena. O financiamento instável e insuficiente do sistema dificultou a universalidade, a ampliação da infra-estrutura dos serviços de saúde, a garantia do acesso e a qualidade, adiando sempre uma carreira digna para os trabalhadores de saúde. O subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada atualmente prejudicial ao SUS impedem a implementação plena do que está estabelecido na Constituição e nas leis ordinárias. A análise política das forças e das ideologias prevalentes no país que reforçam o individualismo, o mercado e a competição não me autoriza pensar um *SUS ideal*. No limite, defendo o SUS concebido pela Reforma Sanitária Brasileira e, concretamente, aquele assegurado pela legislação. Rejeito o SUS pobre para pobres e o SUS refém da área econômica do governo e do clientelismo e complementar ao sistema privado, funcionando como um resseguro para os planos privados de saúde. O maior desafio para a sustentabilidade do SUS é político, o que supõe a mudança da correlação de forças que influi na sociedade e no Estado. A repolitização da Saúde, estimulando o debate, a mobilização e a organização dos que defendem o direito à saúde e o sistema público de saúde pode ser uma aposta e um caminho para constituir novos sujeitos individuais e coletivos capazes de alterar a atual correlação de forças. Se isso é possível? Penso

que sim, mas depende da ação política de cada um, dos movimentos populares e de suas organizações. A mobilização, articulação, organização e pressão das classes subalternas têm a potencialidade de alterar a atuação das classes dirigentes, inclusive dos seus governantes de plantão”.

• **Jairnilson Paim, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA)**

Seis desafios para o resgate do SUS

“Devemos observar a questão como um filme, e não como uma fotografia. Para mim o copo do SUS está se esvaziando ou ficando como está. Proponho dividir a questão do SUS em seis desafios, para efeito didático:

O primeiro desafio é o subfinanciamento. O Brasil gasta 3,5% do PIB, enquanto outros países gastam 10%. Isso tem repercussões negativas no acesso e está na base das filas. O modelo da saúde suplementar não tem viabilidade econômica.

Segundo desafio: ampliar o acesso à atenção básica. Sistemas nacionais, públicos, são muito dependentes da atenção básica. O Brasil, depois de 22 anos de SUS, tem 50% de abrangência da atenção básica para a população. O ideal seria pelo menos 80%. O acesso é garantido na emergência (falta de vínculo), onde a qualidade deixa muito a desejar. A maior parte dos brasileiros não tem médico de referência; 75% da população não têm plano de saúde e o ideal seriam 80%.

O terceiro desafio são as redes. O Brasil não conseguiu a governabilidade de criar regiões de saúde, com todos os serviços que garantam a integralidade. O sistema é muito fragmentado. As consequências disso são nefastas. O Brasil continua um dos campeões de hanseníase, por exemplo; a situação da saúde indígena é deplorável.

Quarto desafio: uma reforma de gestão. Não foi criado um modelo adequado à saúde. Diante das dificuldades de gestão, como a lei de responsabilidade fiscal e a burocracia da administração direta, há uma improvisação, que por um lado resolve problemas e por outro cria novos. Improvisa-se (com terceirizações e privatizações) em vez de se discutir uma nova estrutura organizacional para o SUS. Defendo uma reforma administrativa da gestão do SUS baseada no serviço público, com estrutura pública, em um modelo semelhante ao das universidades federais e estaduais, cuja gestão vai além dos mandatos de presidentes, governadores e prefeitos.

O quinto desafio está em desenvolver uma política de pessoal específica para o SUS, para várias áreas de atuação diferentes, como atenção básica, saúde mental. Os funcionários do SUS e a gestão devem ser municipais. Essa lógica privatista que está em vigor é problema gravíssimo.

Por fim, não vejo vontade política de se construir integralmente o SUS e as redes de saúde. A descontinuidade dos programas de governo e a rotatividade dos ministros exemplifica isso”.

• **Gastão Wagner, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp**



Proposta nº 1 (mar/1987): Reforma Sanitária chega à Constituinte



Proposta nº 9 — encarte especial (jun/1988): Constituinte aprova sistema único e fortalece setor público



Proposta nº 13 (out/1988): Vitória



Proposta nº 16: (jul/1989): Clientelismo ameaça sistema único



Proposta nº 34 (jan/1994):
Emendas na saúde
inviabilizam SUS



Tema nº 7 (ago/1986): 8ª
Conferência Nacional de
Saúde — Avaliações



Tema nº 12 os (nov/1991):
Caminhos da municipalização



Tema nº 20 (fev/2001): O
brasil diz como quer
ser tratado

Da seguridade social às políticas isoladas

“**F**alta voltar a incluir o SUS no projeto da Reforma Sanitária, que tinha como fundamental a perspectiva de outras políticas sociais, ampliando o conceito de saúde. Na Constituição, articulava-se Saúde a Seguridade Social, em sentido amplo, envolvendo também educação, assistência, previdência. Nosso projeto, em 1988, era criar o Ministério da Seguridade Social, articulando essas políticas. Mas o que temos hoje é cada política separada. Não conseguimos viabilizar o orçamento da seguridade social nem o conselho de seguridade social.

Várias entidades ressaltam a falta de financiamento para o SUS, sem deixar claro um complemento: queremos financiamento para o setor público! O financiamento não pode se escoar para o setor privado. Não devemos falar em financiamento de forma global, devemos afirmar que é para um SUS público, estatal e sob administração direta do Estado. Na reunião que houve [em março] do governo com os representantes do setor privado [ver matéria na pág....] correu a informação de que haveria subsídios aos planos de saúde. O ministro [Alexandre Padilha] disse que não foi isso, mas não disse o que foi...

Não queremos essa gestão que está aí, em que há corrupção e os gestores não são funcionários públicos. Os modelos que se apresentam são privatizantes, com as OSs, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Falta também uma política de gestão do trabalho sem terceirização de recursos humanos. E há toda uma defesa contrária ao Regime Jurídico Único (RJU), acompanhado da defesa da CLT. O RJU é importante: saúde e educação têm que ter carreira de Estado.

A Constituição aprovou que o setor privado seria complementar ao SUS e o que se vê, hoje, é o contrário. No momento em que concebemos o sistema, tivemos que votar por estatização já ou uma estatização progressiva. Eu mesma votei pela

progressiva, porque não havia uma rede suficiente que desse conta da atenção sem contratos e convênios com o setor privado. Hoje, analiso que fomos muito otimistas, não percebemos que, na esfera internacional, o neoliberalismo já se configurava. Éramos uma exceção, nos anos 80, ao tentar ampliar os direitos sociais. Nos anos 90, o neoliberalismo veio com toda força. O SUS foi instituído em um contexto diferente daquele no qual fora pensado. Temos muita luta, mas não podemos abrir mão de nossas bandeiras”.

• **Maria Inês Bravo, coordenadora do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente contra a Privatização da Saúde**

Regulação precária e qualidade comprometida

“**N**ão há, hoje, definição de prioridades para o sistema. O problema do SUS é de gestão, mas também de financiamento. Falta privilegiar a atenção primária à saúde, embora a partir de 1994 tenha havido uma expansão, com a Estratégia Saúde da Família. Precisamos investir, também, na prevenção e na promoção à saúde. E na qualidade: do atendimento à população, da formação de profissionais e da avaliação da prática em saúde. Não há, no Brasil, cultura de aprimoramento na qualidade dos serviços, na acreditação — que é a avaliação da qualidade a partir de critérios estabelecidos. Isso se consegue com políticas de gestão e de saúde mais eficientes. Outro aspecto que falta é a expansão da rede de serviços de atenção de segundo e terceiro níveis, embora a alta complexidade tenha pontos altamente positivos e até de excelência, como o programa de transplantes de órgãos (especialmente renal e hepático além de medula óssea e a expansão do uso de células-tronco. Continua também sendo necessária a regulação do setor privado. Demorou-se muito a criar a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável por isso, o que fez com que o setor privado ficasse em segundo

FOTO: DAVANE MARTINS



Maria Inês: voltar a incluir o SUS no projeto da Reforma Sanitária, que articulava todas as políticas sociais

FOTO: SERGIO EDUARDO OLIVEIRA



Hésio: superar a noção de seguro social e destinar recursos à seguridade, prevenção e promoção da saúde

plano. Hoje, a regulação é precária e a qualidade dos serviços, comprometida. Há ainda a necessidade do investimento em seguridade. Precisamos superar a noção de seguro social e destinar recursos públicos que garantam a seguridade, mais aproximada das questões de prevenção e promoção à saúde. Vejo que um conceito que foi abandonado foi o da integralidade, o que faz com que a prática de saúde seja muito fragmentada”.

• **Hésio de Albuquerque Cordeiro, professor titular do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá**

Tensão entre dois sistemas

“É preciso que se contextualize o nascimento do SUS como um projeto socialista, durante a redemocratização do país. A Constituição de 1988 construiu um arcabouço, de certa forma, mais avançado do ponto de vista legal do que a estrutura social existente no país, ajudando a desmontar 400 anos de moral escravocrata, que enxergava a desigualdade como normal, natural. No momento em que se começa a tratar de igualdade e direitos, contradições vão se destacando. Existe um tensionamento na estrutura da sociedade brasileira entre um sistema universal único e um sistema privado muito forte. Como isso se expressa? Na composição dos gastos hoje no Brasil. Gastamos 8% do PIB com saúde (mais ou menos o que a maior parte dos países da Europa gasta); desses, 3,8% PIB são gastos com o SUS, enquanto que 4,2% vão para o setor privado, com os planos de saúde (essa é a diferença entre o Brasil e os países europeus, que gastam os 8% praticamente todos na área pública).

Há desigualdade grande na composição dos gastos em saúde no Brasil. A sociedade brasileira ainda não discutiu isso com profundidade. As pessoas acham que o SUS é só para pobres e que a população de classe média tem que usar o sistema suplementar privado. Falta uma apropriação

por parte de toda a sociedade brasileira dos valores de uma sociedade justa, fraterna, igualitária, expressos pela área da Saúde.

Há também a questão do aprimoramento da governança interfederativa. São cerca de 5.500 operadores sistêmicos (municípios), mais 27 dos estados e um nacional (Governo Federal). Municipalização e descentralização com essa quantidade de operadores é algo complexo. Universalidade e integralidade não podem ser alcançadas no âmbito de um só município; a população vai estar sempre precisando do município vizinho. A garantia de acesso em tempo oportuno na parte de atendimentos especializados e a melhoria da regulação desse acesso, principalmente no que diz respeito à relação interfederativa, são desafios da gestão do sistema. O cartão SUS e a conectividade, com acesso a banda larga em todas as unidades, são caminhos para mudar esse quadro”.

• **Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde**

Fortalecer a democracia e as conferências

“Um dos pontos mais importantes para se completar o copo do SUS é a integração plena à seguridade social. O Estado deve ser responsável não só pela formulação, mas pela execução dos serviços. As maiores iniquidades existem na questão do acesso. Embora haja importantes avanços como a Estratégia Saúde da Família e ações positivas no campo da saúde da mulher e da saúde mental, aquilo que foi desenhado na Constituição não se efetivou. Um ponto pouco lembrado é que o SUS deveria também estar mais orientado para a inovação, no aspecto de ciência e tecnologia.

Com o grau de complexidade da questão da saúde no Brasil, é simplificar demais ver o cenário como uma fotografia e como um copo



Edição nº 35 (jul/2005):
Conhece esta marca?



Edição nº 43 (mar/2006):
Um vírus que infecta o SUS



Edição nº 72 (ago/2008):
Saúde – Direito de todos, dever do Estado



Edição nº 79 (mar/2009):
As fundações abrem caminho



FOTO: DAYANE MARTINS



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

Odorico: “É preciso que se contextualize o nascimento do SUS como um projeto socialista, durante a redemocratização”

Ronald: conquistamos o que há de mais avançado em democracia participativa, que são as conferências de Saúde



Edição nº 95 (jul/2010),
pág. 20: *Vinte anos de
regulamentação do SUS*



Radis nº 97 (set/2010),
pág. 19: *O novo
governo e o lugar do
SUS na agenda brasileira*



Edição nº 104
(mar/2009): *O SUS que
não se vê*



Radis nº 107 (jul/2011),
pág. 18: *O SUS para
o mundo*

só. É preciso ter em vista a dinâmica e multiplicidade da questão. Há situações em que o copo está mais cheio, como na área de HIV/Aids. Em outras áreas, como atenção básica, o copo está mais vazio.

Conquistamos o que há de mais avançado em democracia participativa, que são as conferências de Saúde. A cada quatro anos, mobilizamos atores políticos de norte a sul de um país continental como o nosso, para discutir uma única questão. Que outra política pública e que outro país consegue essa mobilização? O problema que a Saúde enfrenta é o da lógica de mercado. Não temos que buscar culpados, e sim fortalecer a democracia. Pegar essa bandeira conquistada em 1988 e lutar para que a democracia seja cada vez mais participativa. O processo das conferências de Saúde é um subproduto de um processo que colocou o país nos trilhos da democracia. O SUS é decorrente disso. Democracia requer mais democracia, mais participação”.

• **Ronald Ferreira dos Santos, conselheiro nacional de Saúde (segmento trabalhadores), integrante da Mesa Diretora do CNS e presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos**

Gestão pública para não funcionar

“O copo do SUS está enchendo. O copo para mim é o preceito, é o pilar da saúde como direito de todos e dever do Estado — esse pilar permanece, a conquista permanece. O conceito de atenção substituindo o conceito de assistência é um enorme avanço. Mas o copo está enchendo em velocidade menor do que gostaríamos. O SUS era originalmente um projeto solidário. O desvirtuamento dos seus preceitos originais tem relação com o modelo de gestão pública do país que é para não funcionar. Cria todas as dificuldades e

dá alternativas que apenas minimizam a esfera pública e financiam a rede privada.

Na 8ª Conferência e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária — que são os dois momentos importantes pré-Assembleia Nacional Constituinte — formaram-se três pilares. Um deles era o dos direitos e deveres. Isso foi uma conquista enorme e que permanece, mesmo com todas as dificuldades. O segundo pilar diz respeito a um conceito de saúde mais amplo, não mais uma questão médica, assistencial, e sim todo um processo social. Isso vai se consolidar no SUS, que não está criado textualmente na Constituição, mas está nas duas leis que são sua base de organização [as leis 8.080 e 8.142].

Temos a questão da equidade, da universalidade, da gratuidade (mesmo sabendo que não há nada de graça), e que isso se estruturaria de forma hierarquizada, com competências claramente delimitadas — responsabilidade de prestação direta dos municípios e coordenação dos estados, sendo definidos os níveis de competência de cada um. Mas essas definições não estão totalmente claras. O fortalecimento do papel do Estado ainda está por ser conquistado na plenitude.

Dadas as bases de estruturação do sistema, entra o terceiro ponto, o financiamento. Na lei 8.080 resolveu-se parcialmente a questão da organização (o SUS com seus pilares fundamentais), mas não a questão do financiamento. O pagamento dessa conta, que vinha através da seguridade social, ficou esquecido, entrou depois, com a proposta da Emenda Constitucional 29.

Enquanto se colocar essa falsa dicotomia entre financiamento e gestão, dificilmente vamos conseguir avançar. A questão da gestão é para além das questões da saúde, é o modelo de gestão pública do país! Temos uma herança de tirar da responsabilidade do setor público a execução, e mesmo a gestão (o que é mais grave), inclusive em termos de políticas sociais. O Estado brasileiro foi privatizado ao longo do tempo, e dentro disso formou-se a ideia da inviabilidade da gestão pública.

A sociedade tem de tomar decisões sobre o

FOTO: CANAL SAÚDE



Arlindo: Estado brasileiro foi privatizado ao longo do tempo e formou-se a ideia de invisibilidade da gestão pública



Sônia: falta de consolidação ideológica e política do sistema é um desafio importante a ser enfrentado

que quer da Saúde. O copo está enchendo sempre, não tenho dúvida nenhuma. A cada eleição, votamos melhor, com um compromisso político maior e mais claramente definido, e a saúde é um dos compromissos”.

• **Arlindo Fabio Gómez de Souza, superintendente geral do Canal Saúde da Fiocruz**

Estado forte, não só na área econômica

“Há toda uma ideologia favorável ao setor privado incessantemente reproduzida na mídia e pouca adesão da população. A opinião pública tornou-se anti-SUS e a população atribui ao SUS todas as mazelas da saúde. Essa falta de consolidação ideológica e também política do sistema é um desafio importante a ser enfrentado. Do ponto de vista político, nenhum governo assumiu a concretização do SUS como principal plataforma política. Como essa proposta não foi feita por burocracia internacional ou por governo, mas veio da sociedade, uns aderiram mais, outros menos. Só recentemente foi aprovada a legislação que regulamenta o financiamento do sistema. Mesmo assim, a política econômica busca aumentar o crescimento do Brasil com base na desoneração do setor estratégico, mesmo que isso vá ter consequências sérias para estados e municípios. O SUS só pode existir se houver o Estado forte. Atualmente só existe Estado forte na área econômica; não há, por exemplo, para pensar as carreiras do funcionalismo público. A solução governamental tem sido abandonar o setor público pelo setor privado, quando a qualidade do setor público é que dá a referência. Se o SUS melhora, o setor privado tem que acompanhar.

Não podemos ter monopólio do privado, com o SUS dependente em medicamentos, insumos, serviços. O SUS tem que ter metas de qualidade, de eficiência e de autonomia. Mas a politização, no sentido da má política — entregar

cargo de gestão de hospitais a partidos políticos, por exemplo — continua. Não são problemas só do SUS, mas da administração pública brasileira, que se refletem dolorosamente no SUS, impedindo que ele se concretize”.

• **Sônia Fleury, professora da Escola de Administração Pública e Empresas da FGV**

Pouca luta coletiva pelo direito à saúde

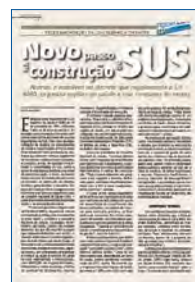
“Uma das dificuldades de se concretizar o SUS idealizado é que sua formulação, mesmo contando com a participação popular, foi apropriada pelos intelectuais. Tivemos participação importante na concepção do SUS, a Reforma Sanitária se fortaleceu como movimento popular, mas, de lá para cá, o controle social não foi suficiente para politizar e empoderar os setores da sociedade no debate sobre qual é o SUS que se quer. Hoje, pergunta-se ao usuário que não é participante do controle social o que é o SUS e ele não sabe responder. Pode, no máximo, associar o SUS ao agente comunitário de saúde que chega a sua casa. Mas não conhece o SUS, a extensão desse sistema.

Lutamos pelo fortalecimento do papel do Estado, mas, no exercício da cidadania brasileira, Estado não é o grande ente ao qual a população se dirige para cobrar. Há uma tendência a se buscarmos certas garantias sociais no mercado. A saúde é colocada como direito individual, não como direito coletivo. Com isso, há pouca luta coletiva pelo direito à saúde.

Nos conselhos de Saúde, estamos virando conselheiros de carteirinha. Temos que abrir diálogo com a população, com a comunidade, com os movimentos sociais; dialogar com a juventude, nas filas de ônibus, nas centrais sindicais, com outras organizações. Só os conselhos e as conferências de Saúde não estão dando conta. Fazemos um controle social muito para nós mesmos, convencendo quem já está convencido. É uma garantia ter conselhos e conferências, mas esta forma de representação é legítima se fizermos as interfaces. Fazer reuniões fechadas que não repercutem pela sociedade não é suficiente. Temos que contribuir nas discussões sobre pesquisa em saúde, gestão do trabalho, condições de trabalho, perfil profissional. E interagir também com outros mecanismos de controle, como o Ministério Público, as promotorias, defensorias, o Tribunal de Contas, corregedorias, numa ação articulada.

Falta também à gestão do SUS reconhecer as diferenças e a diversidade regional. São condições distintas e necessidades extremas. Entre o que se decide na esfera federal e a capacidade do município de realizar há uma distância grande. É preciso reforçar a importância das regiões de saúde. O governo Dilma fará diferença se apostar nisso, com recursos para estruturar essas regiões”.

• **Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag)**



Edição nº 109 (set/2011), pág. 18: *Novo passo na construção do SUS*



Edição nº 111 (nov/2011), pág. 8: *Pelo fortalecimento de um SUS público*



Radis nº 115 (mar/2012): *Acesso e acolhimento sem privatização*



Radis nº 125 (fev/2012): *Desenvolvimento e equidade caminham juntos*



Maria do Socorro: saúde vista como direito individual e tendência da população a buscar garantias sociais no mercado

FOTO: RAFAEL BICALHO/CNCS

O NECESSÁRIO RESGATE

Princípio de sustentação do SUS é utilizado de acordo com os interesses em jogo e visão mercantilizada da saúde

Bruno Domínguez

No momento em que diversos países buscam reformar seus sistemas de saúde, *universalizar* virou palavra fácil, repetida por progressistas e conservadores, empresários e sanitaristas, gestores e usuários. Por trás do aparente consenso em torno de um mesmo termo se esconde, no entanto, uma oposição de interesses: público *versus* privado, direito *versus* consumo, integralidade *versus* focalização. “A universalização é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer”, atestou a diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, na Assembleia Mundial da Saúde de 2012, em Genebra, Suíça. A questão que se impõe é: qual universalização?

“Há um consenso amplo sobre a necessidade de realizar reformas nos sistemas de saúde, mas existem duas correntes distintas de pensamento a respeito do conteúdo dessas reformas”, indicou a pesquisadora mexicana de origem sueca Asa Cristina Laurell, na palestra *Sistemas Universais de Saúde: objetivos e desafios*, em fevereiro, no Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), no Rio de Janeiro.

Chile, Colômbia, México e Estados Unidos, por exemplo, são da corrente que busca a cobertura universal via expansão de seguros de saúde privados para todos, apontou. Esse caminho envolve administradores de fundos, compradores e prestadores

de serviços e a canalização de numerosos subsídios fiscais para sustentá-los. “É a expressão da economia neoclássica e da ideologia neoliberal na saúde: introduz a mercantilização nesse setor, de grande importância econômica”, avaliou Asa Laurell.

A outra corrente, visível nas reformas de Venezuela, Bolívia e Equador e estruturada historicamente no Brasil e em Cuba, entende que o caminho para se atingir a universalidade na saúde é a criação de sistemas nacionais integrais, únicos e públicos. “Eles se inspiram no estado de bem estar social, em que os serviços de saúde são públicos para garantir acesso equitativo, oportuno e gratuito aos serviços para toda a população diante da mesma necessidade”, explicou Asa Laurell, tomando como base o Modelo de Dahlgren & Whitehead (dos pesquisadores Göran Dahlgren & Margaret Whitehead, que destacaram a importância dos fatores não clínicos na determinação da situação da saúde dos indivíduos e populações). “Essa visão propõe a desmercantilização da saúde e reivindica o papel redistributivo do Estado por meio da prestação de serviços sociais”, tal qual acontece na Inglaterra, Espanha e em países nórdicos, exemplificou.

OUTROS PRINCÍPIOS

A saúde foi reconhecida internacionalmente como um direito em 1948, quando a Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas definiu que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar”, o que inclui “cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis” e “segurança em caso de doença e invalidez”. A Constituição da Organização Mundial da Saúde, do mesmo ano, também estabeleceu que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o



DE UM SENTIDO PERDIDO

ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

O conceito de universalidade adotado pela Reforma Sanitária, no Brasil, compreende também outros princípios, como a integralidade (todos os serviços necessários para atender a todas as necessidades das pessoas, no momento oportuno); a equidade (oportunidade igualitária de acesso); e a qualidade, como lembra o coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss. “A saúde é entendida constitucionalmente não só como direito, mas também como dever do Estado”, lembra Paulo.

“A universalidade aponta para o rompimento com a tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, que conferia unicamente aos trabalhadores formais, por meio da contribuição previdenciária, o acesso às ações e serviços de saúde”, descreve o pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) Gustavo Corrêa Matta, no verbete *Universalidade*, que redigiu para o *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (EPSJV, 2009). “Com a instituição do SUS, a saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão brasileiro, independentemente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação, e um dever do Estado brasileiro em prover esses serviços”, diz o texto.

DISPUTA PELO DISCURSO

Essas noções, no entanto, vêm se perdendo, em uma “disputa pelo discurso”, como classificou Asa Cristina Laurell, da qual participam organismos financeiros internacionais e seguradoras de saúde. Internacionalmente, o termo usado, hoje, nas discussões — *universal healthcoverage* — é bastante

amplo, “dando margem a diferentes interpretações, dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo”, como alerta a representante no Brasil do Movimento pela Saúde dos Povos (*People’s Health Movement*), Camila Giugliani. “É preciso prestar muita atenção e exigir qualificações para *slogans* vagos”, frisa.

Nas palavras do ex-ministro da Saúde e atual coordenador executivo do Isags, José Gomes Temporão, “é como se o discurso dos sistemas universais fosse apropriado apenas como invólucro de uma proposta que nada tem a ver com sistemas universais, integrais, financiados com recursos do orçamento fiscal, igualitários e democráticos”.

Gustavo Matta aponta um processo de “redescrição” do conceito de universalidade. “A noção de universalidade surgiu para agregar o conjunto de direitos inerentes a todas as pessoas. Hoje, se foca somente o acesso, sem pensar nas dimensões do direito do indivíduo e no dever do Estado”, analisa.

ESTRATÉGIAS REPAGINADAS

“Há uma campanha em curso em torno do conceito de universalidade, entendido como um conjunto de diferentes seguros de saúde similar à reforma levada à frente por Barack Obama, nos Estados Unidos, sustentada por uma aliança entre Banco Mundial, Fundação Rockefeller e Organização Mundial da Saúde”, cita o representante do *People’s Health Movement* na África subsaariana e diretor fundador da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape (África do Sul), David Sanders.

Para Temporão, a corrente dos seguros de saúde usa o termo *universalidade* para repaginar estratégias que, no passado recente, levaram países em desenvolvimento à adoção de políticas de saúde

FOTO: SERGIO EDUARDO DE OLIVEIRA



Asa Laurell: consenso sobre a necessidade de reformas nos sistemas de saúde, mas não sobre o conteúdo dessas reformas

FOTO: DAYANE MARTINS



Paulo: cobertura universal tem como foco a expansão do acesso; sistemas universais relacionam-se à saúde como direito

“A noção de universalidade surgiu para agregar direitos inerentes a todas as pessoas, mas hoje se foca somente no acesso”

Gustavo Matta

Temporão: espera-se dos organismos multilaterais a defesa da saúde como direito e sistemas que garantam esse direito

baseadas na redução do papel do Estado e para reificar medidas voltadas para o mercado como forma de enfrentar a questão da sustentabilidade econômica-financeira e tecnológica que hoje afeta todos os sistemas de saúde.

A apropriação por grandes corporações de conceitos caros à saúde não é exatamente uma novidade, como lembra Camila: “Essa é uma prática comum, assim como na década de 80 agências internacionais se apropriaram do conceito de atenção primária à saúde, que havia recém sido pactuado em Alma Ata, simplificando-o e transformando-o em um pacote de serviços básicos, muito diferente do conceito original”, analisa, referindo-se à Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão, e que até hoje inspira os militantes da Reforma Sanitária e os vigilantes da garantia da saúde como direito.

O incentivo a práticas que incluam os interesses privados também não são fato novo. O Banco Mundial, aponta David Sanders, vem promovendo o modelo de atenção à saúde estratificado desde 1993, como parte de influente plano de reforma do setor Saúde. A orientação era adotar planos privados e atendimento privado para os *ricos*, seguro

social e atendimento misto para as *classes médias*, e uma rede de proteção mínima para os *pobres*. “O *People’s Health Movement* é totalmente contra esse paradigma, porque fragmenta o sistema de Saúde, oferece atenção inequitativa e solapa a solidariedade social necessária em um sistema único de saúde vinculado aos determinantes sociais da saúde”, analisa.

ESTRATIFICAÇÃO

Por outro lado, o movimento entende que em países com grande legado de práticas privadas pode haver a necessidade de sistemas mistos, para conseguir levar atenção básica aos que estavam excluídos — modelo que a África do Sul tem experimentado agora.

Para Camila, é muito bom que o debate esteja centrado nos sistemas de Saúde, e não em programas verticais para doenças específicas, mas ressalva que, por outro lado, é preciso ter cuidado com as diferentes percepções de termos comuns, que podem enganar ou omitir qualificações importantes. “A apropriação do conceito de cobertura universal pode levar a esquemas de múltiplos seguros e planos de saúde, que acabam, de uma forma ou de outra, *cobrindo* a população em termos de acesso, mas que não garantem qualidade nem abrangência de cuidados”, aponta Camila, realçando também a fragmentação do sistema e a estratificação da sociedade, com coberturas diferentes para níveis de renda diferentes. Esse caminho, observa, também prejudica a construção de sistemas de saúde baseados em atenção primária, o que pressupõe integralidade, e ênfase nos determinantes sociais da saúde.

COBERTURA X SISTEMAS

Paulo Buss separa os que defendem uma cobertura universal de saúde daqueles que defendem sistemas universais de saúde. “A cobertura universal (alcançar a todos) é apenas uma das dimensões de sistemas universais”, diferencia, observando que o foco da cobertura estaria na expansão do acesso aos serviços, sejam eles prestados por entes

FOTO: SERGIO EDUARDO DE OLIVEIRA



JOSÉ GOMES TEMPORÃO



David: Banco Mundial promove modelo de atenção à saúde estratificado desde 1993 como parte do plano de reforma do setor



Carissa: “cada país decide como vai oferecer cuidado; não cabe à Opas dizer que uma abordagem é melhor que outra”

públicos ou privados. Já os sistemas universais relacionam-se à noção de saúde como direito, integrais, equitativos e de qualidade.

A disputa de interesses em jogo, que se expressa no discurso, como realçou Asa Laurell em sua palestra, aponta, ainda, para conotações distintas de “direito à saúde” e de “bens públicos e privados”, por exemplo, que dependem de quem as invoca. “A seguridade social se confunde com proteção social, a política de Estado, com acordos de cúpula (e não expressão de valores arraigados em uma sociedade e por ela defendidos), a equidade, com igualdade”, analisou. Nesse contexto, “a universalidade sem adjetivos se converteu em uma universalidade modificada”. Para ela, essa disputa discursiva convida a uma “vigilância conceitual” mais séria, para que as palavras expressem o que se quer dizer “e não nos façam errar o caminho”.

A OMS delimita assim universalidade: que “todas as pessoas acessem os serviços de saúde de que precisam sem sofrer dificuldades financeiras quando tiverem de pagá-las”. Para Paulo Buss, essa definição é ruim e implicitamente incentiva a corrente da cobertura de saúde, em detrimento dos sistemas universais e da noção de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Perguntada pela *Radis* sobre qual universalidade defende, a nova diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a dominicana Carissa Etienne, em passagem pela Fiocruz, respondeu de forma sintonizada com a definição da OMS: não cabe às agências definir o que é universalidade. “A forma particular com que um país decide como vai oferecer cuidado é específica desse país, e não cabe à Opas dizer que uma abordagem é melhor que outra, porque depende da especificidade local”, disse. “O que pregamos é que todo país deve tentar cobrir 100% de sua população para 100% de suas necessidades, incluindo prevenção, promoção, cura e reabilitação, com a menor carga financeira possível”.

Se cada país tem autonomia para definir seus destinos, espera-se dos organismos multilaterais das Nações Unidas a defesa da saúde como direito e a organização de sistemas que garantam esse

direito “de maneira igual a todos os seres humanos sem distinção ou barreiras de qualquer espécie”, como observou Temporão.

UNIVERSALIDADE FRÁGIL

Embora tenha adotado a dimensão mais ampla de universalidade no momento da criação do SUS, o Brasil também tem vivido uma redefinição desse conceito. “A universalidade no SUS é um preceito teórico, mas não prático. Na realidade, há restrições de acesso aos serviços, e a qualidade do cuidado é muito heterogênea”, observa Camila.

Para ela, a universalidade no Brasil é “frágil”, por questões políticas e também ligadas ao subfinanciamento: “Essas questões acabam por determinar que o SUS não seja a primeira opção das pessoas que têm um pouco mais de renda e que podem pagar por um plano de saúde. E, se a classe média não se apropria, o SUS fica numa espécie de corda bamba, sob risco de privatização da saúde, com um número cada vez maior de planos e seguros querendo se aproveitar desses pontos vulneráveis para vender saúde como mercadoria”.

No livro *Sistemas de Saúde na América do Sul: desafios para a universalidade, a integralidade e a equidade*, Temporão também aponta que o Brasil está em pleno processo de luta político-ideológica para defender a manutenção e a sustentabilidade de um projeto de sistema público universal de saúde, porque há setores na sociedade brasileira que tentam transformar em modelo hegemônico sua visão de sistema de saúde — muito próxima ao modelo americano, de mercado, mas totalmente distante do necessário para garantir o direito universal à saúde.

“Nosso maior desafio é reverter a visão de que a saúde privada é mais sofisticada e que ter um plano de saúde é parte de um processo de ascensão social, como propagam múltiplas dimensões dos meios de comunicação”, reforça.

SAIBA MAIS

- Leia a íntegra do verbete Universalidade do *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* em www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html

“A apropriação do conceito de cobertura universal pode levar a esquemas de planos de saúde, que não garantem qualidade”

Camila Giugliani

Sociedade civil vigilante

SAIBA MAIS

Folha de S. Paulo

União quer ampliar acesso a planos de saúde

- www1.folha.uol.com.br

Cebes

Ampliar mercado dos planos privados é mais um golpe no SUS

- www.cebes.org.br

Abrasco

A proposta de ampliação a planos privados de saúde é um engodo

- <http://abrasco.org.br>

EPSJV

Mais expansão de planos privados, menos fortalecimento do SUS

- www.epsjv.fiocruz.br

CFM

Manifesto de Belém

- <http://portal.cfm.org.br>

Conselho Nacional de Saúde

Ministro da Saúde debate financiamento da saúde privada no CNS

- <http://conselho.saude.gov.br>

Ensp/Fiocruz

Ensp debate expansão da saúde suplementar

- www.ensp.fiocruz.br

Manchete da *Folha de S. Paulo* de 27 de fevereiro — “União quer ampliar acesso a planos de saúde” — provocou reação imediata de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), entre outras da sociedade civil. O texto tratava de suposta intenção do Governo Federal de lançar um pacote de medidas para “estimular” as operadoras de planos de saúde, com redução de impostos e aumento de subsídios. O objetivo seria facilitar o acesso das classes C e D a planos de saúde privados, reduzindo os preços e ampliando a rede credenciada. As negociações estavam, segundo o jornal, sendo tocadas pela própria presidenta Dilma Rousseff, que teria se encontrado com representantes de seguradoras e administradoras (entre elas, Bradesco, Qualicorp e Amil) pelo menos duas vezes no mês. Preocupadas com o que entendiam ser um processo que daria fim ao SUS idealizado pela Reforma Sanitária, as organizações da sociedade civil divulgaram notas de alerta e protestos veementes.

Apenas em 14 de março o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, falou publicamente sobre as supostas medidas de estímulo aos planos de saúde. Convidado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para esclarecer a questão, em reunião ordinária, negou que o governo tenha discutido redução de impostos ou financiamento da rede hospitalar privada. Os protestos imediatos, à possibilidade de se desvirtuar por completo os princípios do SUS, demonstraram que a sociedade civil está vigilante.

“Ao tornar os planos de saúde peças centrais do sistema de saúde, o governo brasileiro segue na contramão dos sistemas universais, que valorizam a solidariedade, a igualdade e a justiça social e não o lucro com a doença e o sofrimento”, manifestou-se a Abrasco. A nota avaliava que os planos “baratos no preço e medíocres na cobertura” não ajudam o sistema público a enfrentar os problemas que devem surgir ou intensificar-se no médio e longo prazos, já que não são adequados para assistir idosos e doentes crônicos, cada vez mais numerosos. O SUS se resumiria a “funcionar como espécie de resseguro, como retaguarda da assistência suplementar excludente”. O Cebes também se posicionou, afirmando que “a ampliação da oferta de planos de saúde para a classe média constitui um atentado ao direito à saúde e um retrocesso na consolidação do SUS como sistema universal, integral e de qualidade, além de representar uma perversa extorsão para a população que paga barato, mas tem plano com cobertura de atendimento

restrita que não dá conta das necessidades de saúde das pessoas”.

O CFM e os 27 conselhos regionais de Medicina divulgaram manifesto em que repudiaram a intenção de reduzir impostos, dar subsídios e destinar recursos públicos para as operadoras de planos de saúde: “o governo demonstra o favorecimento da esfera privada em detrimento da pública na prestação da assistência à saúde, cuja prática tem sido feita sob o signo do subfinanciamento público federal, principal responsável pelas dificuldades do SUS”.

“Se a proposta do governo se confirmar, vai aprofundar as iniquidades no Brasil, com um recorte por renda, no qual quem tem mais condições de pagar um plano sofisticado tem melhor atendimento”, comentou o coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde, Paulo Buss, em entrevista à *Radis*, no começo de março.

No auge da discussão sobre os rumos do SUS, o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão observou que “o momento é crítico, considerando que há uma dinâmica econômica setorial que dá velocidade à ampliação do setor de seguros e planos de saúde privados”. “O fundamental é que os atuais fatores de estímulo via renúncia fiscal e subsídios sejam estancados em benefício do sistema público, além de uma solução definitiva para o subfinanciamento crônico do SUS”.

Na reunião do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha buscou esclarecer: “Não foi apresentada proposta do que chamo de ‘plano pobre para pobre’; o que há é proposta de ampliação do papel regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”, afirmou, de acordo com o site do CNS. “Não há intenção de tirar recursos do SUS, mas pensar na sustentabilidade do setor privado”, disse.

A negociação com as operadoras, segundo o ministro, seria apenas especulação da imprensa. “Nós não podemos nos pautar por aquilo que sai na grande mídia”, disse, revelando incômodo com a reação das entidades do setor. “Eu sei que não consigo ter a interlocução que eu gostaria de ter [com as entidades], mas eu sei que eu tenho o gabinete bastante aberto”, assinalou, em relato do site do Cebes.

Na reunião, a presidenta do Cebes, Ana Costa, argumentou que a mobilização das organizações deveria ser entendida como “demonstração da força do movimento sanitário”. E a presidenta do CNS, Maria do Socorro de Souza, falou no papel de “vigilância” que cabe ao controle social: “Estamos em alerta e colocando o tema na agenda da sociedade”.

Anos de vida saudável nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Consulta pública em âmbito internacional amplia debate da Saúde no documento que começa a valer em 2015

O embate conceitual de universalidade (sistemas universais e saúde como direito *versus* cobertura universal com seguros de saúde) vinha dando o tom das discussões da Saúde em torno dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs), em processo de elaboração para começarem a valer em 2015 — quando se encerra o prazo para se alcançarem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), conforme definido durante a Rio+20 (Radis 121). Mas, durante o *Diálogo de alto nível sobre saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015*, realizado entre 4 e 6 de março, em Gaborone (Botswana), o enfoque do debate passou a se voltar para a noção de anos de vida saudáveis.

“Maximizar vidas saudáveis em todos os estágios da vida deve ser um objetivo global em saúde”, acordaram os 50 participantes de alto nível, como ministros da Saúde, líderes de instituições internacionais, representantes da sociedade civil, da academia e do setor privado, no evento que finalizou o processo de consulta pública do documento preliminar *Saúde na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015*, promovido pelas Nações Unidas.

“Acrescentar anos à vida e vida aos anos é uma discussão muito mais profunda que a de cobertura universal, que tinha foco na doença e era unisetorial”, avalia o coordenador geral do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss, referindo-se ao fato de o debate sobre cobertura restringir-se à área da Saúde. “Quando se falava em acesso, olhava-se para apenas um dos elementos capazes de produzir vidas mais longas e saudáveis”.


A mobilização agora se dá para que o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável relacionado à Saúde seja proporcionar mais tempo de vida saudável à população, de maneira equitativa, levando em conta os determinantes sociais da saúde (habitação, água, energia, transporte, emprego etc.), explica Buss.

A consulta pública da ONU se deu para onze temas: saúde, energia, água, governança, educação, desigualdades, conflitos e fragilidades, desenvolvimento sustentável, segurança alimentar, crescimento, empregos e dinâmica populacional. A da saúde recebeu cerca de 100 contribuições de instituições de pesquisa, governos e organizações não governamentais, por meio do site *The World We Want* (www.worldwewant2015.org), entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

Cada tema terá um documento final, a cargo

de duas agências e dois países. O da saúde está sob responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), da Suécia e de Botswana. Os 11 documentos temáticos serão concluídos e entregues, ainda no primeiro semestre, aos integrantes do Fórum de Alto Nível para o Desenvolvimento Sustentável, constituído por tomadores de decisão de governos e sociedade civil, entre eles a ministra do Meio Ambiente do Brasil, Izabella Teixeira. A versão final será, então, submetida ao secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, que a apresentará na Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro.

Os ODSs terão como base a Agenda 21, resultante da Rio 92, e o Plano de Implementação de Joanesburgo, de 2002, e devem ser “orientados para a ação, concisos e fáceis de comunicar, em número limitado, de natureza global e universalmente aplicáveis a todos os países, tendo em conta as diferentes realidades nacionais, capacidades e níveis de desenvolvimento e respeitando as políticas nacionais e prioridades”, como ficou estabelecido na Rio+20.

Enquanto nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio havia três metas diretamente ligadas à saúde (reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde da gestante e combater a aids, a malária e outras doenças), nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável o ideal, segundo Paulo Buss, é que o setor tenha apenas uma meta, ampla, relacionada aos determinantes sociais da saúde. “Estamos a dois anos e meio de uma decisão muito importante”, afirma. (Bruno Dominguez) 

SAIBA MAIS

- Saúde na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015
- www.dssbr.org
 - Site *The World We Want*
 - www.worldwewant2015.org
- Radis 113
- *Equidade e direito à saúde na agenda global*
- Radis 121
- *Menos que o mínimo*

“A mobilização agora é para que o objetivo relacionado à Saúde seja mais tempo de vida saudável à população”

Paulo Buss

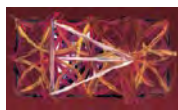
FOTO: ROGÉRIO LANNES





EVENTOS

6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – CBCSHS 2013



Já estão abertas as inscrições para o 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CBCSHS 2013), e deverão ser feitas somente pelo site oficial do evento. Não serão realizadas inscrições no local. Organizado pela Comissão de Ciências Sociais e Humanas da Abrasco, em parceria com o Instituto de Medicina Social (IMS) da Uerj e o Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (Cepesc), o evento terá como tema *Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva*. O CBCSHS 2013 deverá reunir cerca de 3 mil participantes, entre pesquisadores, docentes e estudantes de pós-graduação e graduação. A intenção é incentivar o debate e o enfrentamento dos desafios relacionados às práticas sociais em saúde no contexto contemporâneo.

Data 14 a 17 de novembro de 2013
(Pré-congresso em 13 de novembro)

Local Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro

Informações e inscrições www.cienciasociaisasaude2013.com.br

3º Congresso Internacional de Avaliação e 7º Congresso Internacional de Educação



Sob a temática *Avaliação e qualidade da educação: uma relação posta em questão*, os dois eventos realizam-se de forma integrada e convergente, para uma análise mais global da área educacional. O tema dos congressos será abordado em conferências, simpósios, mesas-redondas e sessões de trabalhos. As submissões vão até 20/5. O congresso de Educação vem se caracterizando pelo envolvimento de pesquisadores e educadores das redes pública e privada e deverá contar com 500 participantes, 200 trabalhos e 100 pôsteres. O congresso de avaliação já foi realizado no Brasil e em Portugal, apontando para o interesse em aglutinar pesquisadores e estudiosos de vários países, em especial dos ibero-americanos.

Data 7 e 9 de outubro de 2013

Local Fundação de Apoio da UFRGS, Gramado, RS

Informações www.unisinos.br/eventos/congresso-de-educacao/trabalhos/submissoes
congressoedu@unisinos.br
(51) 3590-8184

LIVROS

SUS e militância



Políticas e sistema de saúde no Brasil, organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha e Antônio Ivo de Carvalho (Editora Fiocruz), discute o SUS, os determinantes sociais da saúde e as desigualdades do acesso no Brasil. A obra (em segunda edição revista e ampliada) consolida o conhecimento crítico sobre o sistema de saúde brasileiro produzido ao longo dos últimos 30 anos. É uma obra de referência que inclui os eixos de análise individual/coletivo, clínico/epidemiológico e público/privado, além de congrega autores com experiência na gestão de serviços e do próprio sistema, nos três níveis da federação.

Formação em saúde

Mestrado profissional em Saúde Pública: caminhos e identidade



de Gideon Borges dos Santos, Virginia Alonso Hortale e Rafael Arouca (Editora Fiocruz), analisa potencialidades e desafios da formação em saúde pública pelo mestrado profissional. Os pesquisadores, da Ensp/Fiocruz, apontam que a identidade desse curso carece de legitimidade e buscam construir novos entendimentos acerca das singularidades dessa modalidade de formação. O livro, que integra a coleção *Temas em Saúde*, traça um panorama internacional da formação em Saúde Pública; analisa o marco legal referente à formulação e à implementação do mestrado profissional no Brasil, bem como o sistema de avaliação da pós-graduação brasileira; reflete sobre o modelo de formação e pensa o mestrado profissional como instância de socialização.

Saúde mental



O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua, de Angela Maria Pagot (Editora Fiocruz) analisa os indivíduos considerados loucos vivendo

em situação de rua, sem que tenham escolhido essa condição e sem vínculos institucionais com Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou equipes de Saúde da Família. Tomando como base a teoria das representações sociais, a autora defende que, apesar das dificuldades e preconceitos, os moradores dos bairros por onde esses loucos vagueiam

têm potencial para atuar como agentes de saúde mental, uma vez que adquirem saber sobre esses indivíduos. Investigar os olhares desses moradores, para compreender o que pensam, sentem, dizem e fazem em relação aos loucos, é o objetivo do livro.

Políticas setoriais



Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças, organizado por Cristiani Vieira Machado, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Luciana Dias de Lima (Editora Fiocruz) busca analisar o contexto e a dinâmica da política de saúde brasileira, com ênfase nos anos 2000. Os textos caracterizam-se pela valorização da dimensão histórica e a consideração da multiplicidade de fatores — econômicos, políticos e sociais — que influenciam a formulação e a implementação das políticas setoriais. O livro está organizado em três partes: contexto, que discute as relações entre desenvolvimento, atuação do Estado e dinâmica dos mercados em saúde; caminhos, que analisa temas como planejamento, modelo regulatório, financiamento, atenção primária e condução de políticas, como Brasil Sorridente e Farmácia Popular; e processos, que trata das relações intergovernamentais e da atuação do Legislativo e suas relações com o Executivo na definição da política setorial.

Educação



Pesquisa em Educação no Brasil - balanços e perspectivas, organizado por Marisa Bittar, Carlos Roberto Massao Hayashi, Rosa Maria Moraes A. de Oliveira e Amarílio Ferreira Jr (Editora UFSCar), é resultado dos debates realizados, em 2009, no 9º Encontro Regional de Pesquisa em Educação (Anped-Sudeste), que teve como objetivo traçar um balanço da Educação no século 20 e apontar desafios para o 21. Os organizadores, doutores em Educação e docentes da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), abordam os fundamentos e políticas da Educação, levantam questões relacionadas ao ensino e enfatizam a formação de professores.

ENDEREÇOS

Editora UFSCar

(16) 3351-9621 e 3351-9622 (fax)
contatos@ufscar.br
www.editora.ufscar.br

Editora Fiocruz

(21) 38829039
www.fiocruz.br/editora



Declaração do I Encontro Nacional do Movimento de Mulheres Camponesas*

Nós mulheres do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), vindas de 23 estados, representantes de outras organizações populares, feministas, nacionais e internacionais da classe trabalhadora, estivemos reunidas no I Encontro Nacional do Movimento de Mulheres Camponesas, durante os dias 18 a 21 de fevereiro de 2013, em Brasília, DF.

A presidenta da República, Dilma Rousseff, assumiu o compromisso público de contribuir na efetivação da pauta entregue pelo movimento, e, em sua fala, manifestou a importância da luta e da participação política das mulheres, da força das mulheres camponesas e sua organização no movimento autônomo.

Este encontro trouxe e aprofundou o tema e os desafios que envolvem a luta pelo fim da violência contra a mulher, entendendo que a violência é resultado do sistema capitalista, da cultura patriarcal e machista que perpassa todas as dimensões da sociedade.

Conscientes dos desafios para a superação da violência, concentramos nossos esforços em quatro grandes eixos de reflexão: a) As lutas camponesas feministas e populares; b) A produção diversificada de alimentos saudáveis; c) A seguridade social, universalização do salário maternidade e sua ampliação de quatro para seis meses para todas as mulheres trabalhadoras; d) A importância da organização do Movimento Mulheres Camponesas.

Após as plenárias, houve o aprofundamento dos temas sobre: direitos reprodutivos e saúde da mulher; saúde integral, alimentação saudável e diversificada, a luta contra os agrotóxicos, divisão social e sexual do trabalho, políticas públicas, seguridade social, saúde pública, previdência e assistência, a superação das desigualdades de gênero, raça, gerações e etnia; papel da mulher na agroecologia com destaque à necessidade da autonomia econômica, política e social das mulheres para o enfrentamento à violência.

As diferentes manifestações durante o encontro contribuíram para compreender os desafios colocados a fim de avançar na luta pela emancipação da mulher.

Nossos desafios:

- O fim da violência exige a luta pela transformação da sociedade e das relações humanas.
- Mulheres e homens precisam reencontrar a dignidade e compreender sua ação como parte do universo.
- A produção de alimentos saudáveis diversificada supõe, por um lado, o enfrentamento ao modelo de desenvolvimento capitalista industrial monopolista globalizado e suas políticas que favorecem o agronegócio e a exploração dos recursos naturais em vista do lucro e da concentração de renda; e, por outro, exige que intensifiquemos a luta pela construção do projeto de agricultura camponesa agroecológica.

- Fortalecer e ampliar a organização dos grupos de mulheres como espaço de reflexão, conscientização de sua condição na sociedade e formulação de estratégias da luta camponesa e feminista.

Nossos compromissos:

- Avançar na construção de relações de igualdade entre os seres humanos e com a natureza;
- Fortalecer a organização das mulheres trabalhadoras, a articulação entre os movimentos feministas e da classe trabalhadora;
 - Potencializar a produção agroecológica e possibilitar o acesso das mulheres às políticas públicas de crédito e comercialização e a implementação da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO);
- Ampliar as relações com os consumidores e divulgar a importância da alimentação saudável e diversificada para a saúde e o bem estar das pessoas e ambiente;
- Promover a autonomia econômica, política e social das mulheres e fortalecer a luta contra a violência;
- Participar e assumir os espaços de decisão e poder;
- Lutar pela seguridade social — saúde, previdência e assistência —, intensificando a luta pela ampliação do salário maternidade de quatro para seis meses para as trabalhadoras do campo e da cidade;
- Dar visibilidade ao trabalho produtivo e reprodutivo das mulheres com a justa remuneração e a garantia de direitos;
- Lutar contra e denunciar todas as formas de violência do sistema capitalista, da cultura patriarcal, machista e racista que se fazem presentes no campo e na floresta através da violência doméstica, do latifúndio, agrotóxicos, transgênicos, monocultivos, doenças e outros;
- Fortalecer as relações com as organizações populares, feministas e da classe trabalhadora em torno do projeto popular para Brasil.

O Primeiro Encontro Nacional reafirmou a importância do Movimento de Mulheres Camponesas *autônomo, feminista, camponês e socialista*. Confirmou a missão do MMC de lutar pela libertação das mulheres trabalhadoras de qualquer tipo de opressão e discriminação; a construção do projeto de agricultura camponesa feminista agroecológica e a luta pela transformação da sociedade. Para isso, é indispensável a luta, a organização e formação potencializando as experiências de resistência popular, onde as mulheres sejam protagonistas de sua história.

Movimento de Mulheres Camponesas — MMC/BR
*Dada a necessidade de adequar o texto ao espaço desta seção, trechos foram suprimidos

SAIBA MAIS

- Leia a íntegra no site do MMC/BR (www.mmcbrazil.com.br) e no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis)

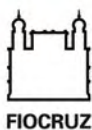
FOTO: AGÊNCIA BRASIL



Conheça a maior rede de Bancos de Leite Humano do Mundo com tecnologia 100% nacional.



Acesse: www.redeblh.fiocruz.br



Ministério da
Saúde

