

Comunicação e Saúde desde 1982 • www.ensp.fiocruz.br/radis

Nº 128 – MAI 2013

RADIS

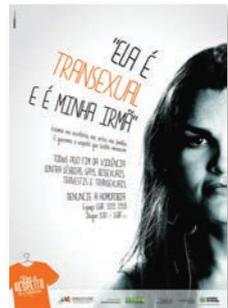
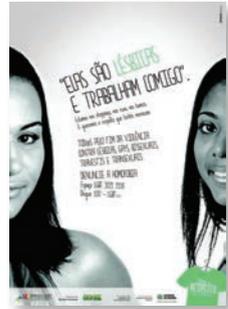


RESPEITO

FAZ BEM À SAÚDE

Tirando o RESPEITO do armário

Campanha na Paraíba convida gestores, profissionais, ativistas e toda a população a atuar em prol da garantia de acesso da população LGBT a direitos e cidadania



O governo da Paraíba lançou, em agosto de 2012, campanha de enfrentamento da homofobia, com o tema *Tire o Respeito do Armário*. Coordenada pela Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, a iniciativa tem como foco o respeito, a dignidade e a denúncia, temas trabalhados em peças publicitárias e mensagens nas redes sociais. Foram distribuídos cartazes e informativos nas unidades públicas de saúde, assistência social e educação, além de setores privados, ao mesmo tempo em que banners eletrônicos foram postados nas redes sociais.

A iniciativa busca fazer frente a um cenário no qual o Brasil aparece como campeão mundial de crimes homofóbicos, como declarou o coordenador do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Un aids) no Brasil, Pedro Chequer, em texto publicado em março no site *Viomundo*. De acordo com Chequer, o Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU lançou documento com recomendações aos Estados-membros baseadas em cinco princípios: proteger indivíduos de violência homofóbica e transfóbica; prevenir tortura e tratamento cruel, desumano e degradante de pessoas LGBT; descriminalizar a homossexualidade; proibir discriminação baseada em orientação sexual e identidade de gênero e respeitar as liberdades de expressão, de associação e de reunião pacífica.

A secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana da Paraíba, Gilberta Soares,

explicou à *Radis* que a estratégia do governo do estado é estimular gestores, profissionais, ativistas e a população em geral a, literalmente, “vestirem a causa” em sessões públicas de fotografias. A ideia é que as pessoas incorporem a cultura do respeito, garantindo acesso a direitos e cidadania à população LGBT. “Estamos tentando garantir atendimento humanizado a todo público LGBT na perspectiva do cumprimento da política do SUS”, disse a secretária, informando que já foi criado o Comitê Estadual de Saúde da População LGBT e que, no momento, se discute a criação de um ambulatório de transexualização no estado.

O desafio, indica Gilberta, é reduzir o número de mortes de pessoas vitimadas pela homofobia, pelo machismo e violência de gênero. “O enfrentamento da violência contra LGBT é uma necessidade”, aponta, lembrando que ainda é difícil caracterizar os crimes homofóbicos no país, dada a “compreensão diferenciada de policiais que nem sempre computam a motivação homofóbica do crime”, atestou. O resultado, além da subnotificação, são problemas de saúde: “Os processos de violência e preconceito afetam a saúde mental das pessoas, afastando-as do serviço de saúde e do mercado de trabalho”, alertou a secretária. Ela lembrou ainda que discriminação e *bullying* homofóbico também afastam travestis e transexuais do ambiente escolar e da profissionalização, contribuindo para a situação de pobreza. A saída é oferecer cursos de qualificação profissional para travestis e garantir vagas no mercado de trabalho.

A campanha continua em 2013 e conta com o apoio de ativistas, que também reconhecem a violência como um problema de saúde. Conselheira Nacional de Saúde, Fernanda Benvenutty considera que travestis, assim como os transexuais, são uma parcela suscetível aos ataques, já que estão mais expostas a situações de vulnerabilidade, principalmente as que vivem como trabalhadoras do sexo. Para isso, tem organizado, junto a Associação das Travestis da Paraíba (Astrapa), cursos de capacitação profissional para esta população, de maneira que tenham outras formas de geração de renda.

Pesquisa do Grupo Gay da Bahia (GGB) confirma a liderança do Brasil no ranking da homofobia, concentrando 44% do total de execuções de todo o planeta. A ONG registrou 338 assassinatos de gays, travestis e lésbicas no Brasil em 2012, o que se traduz na cifra de uma morte a cada 26 horas. As maiores vítimas são os gays (56%), seguidos de travestis (37%) e lésbicas (5%). Com 45 vítimas, São Paulo é o estado com o maior número de crimes, embora Alagoas (com 18 vítimas) seja o estado mais perigoso para homossexuais em termos relativos, seguido da Paraíba (com 19 assassinatos). (Adriano De Lavor)



Cartazes da campanha 'Tire o respeito do armário': foco na dignidade e na denúncia

O governador Ricardo Coutinho e a primeira-dama Pâmela Bório, no enfrentamento da homofobia

Abrindo caminho

Nossa matéria de capa traz depoimentos e experiências interessantes, é leve e tem tudo a ver com saúde. Antes, porém, uma reflexão. Algumas conquistas sociais de grupos específicos estão furando a onda conservadora que assola o Brasil e o mundo. Será que isso ameaça o direito de todos?

Em toda parte se vê fundamentalismo econômico, político e religioso, subtração de direitos e de garantias às condições dignas de vida. Em matéria especial para a *Radis*, uma jovem repórter mostra a reação dos europeus ao desmonte do estado de bem estar social. Para salvar bancos e o capital especulativo, empregos e salários diminuíram, sistemas de saúde e previdenciários estão em risco.

Na América do Sul, que nem alcançou tal padrão de direitos e serviços, novas leis anunciam direito universal à saúde. Mas a equidade e a integralidade da atenção estão ameaçadas pela segmentação dos sistemas de saúde e pelas desigualdades, segundo estudo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Neste continente, a Saúde caminha para a privatização e o crescimento dos subsistemas privados.

No Brasil, o fato de a presidência da Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Deputados estar nas mãos de um deputado contrário aos princípios de igualdade e do respeito aos direitos humanos expõe grande parte dos votos numa comissão vital à evolução civilizatória de qualquer país. Não se trata apenas de sustentar um bufão desfilando sua ignorância sobre os mais diversos assuntos. O grave é alimentar um projeto retrógrado de Estado não laico.

Este é apenas um dos exemplos frequentes de situações que atingem grupos específicos de menor poder, ora ameaçando direitos de mulheres ou de pessoas LGBT, ora subtraindo terra e direitos de índios, quilombolas, trabalhadores rurais ou comunidades urbanas pobres.

Quando esses movimentos de gênero, raça, etnia, segmento social ou ambientais — vistos por alguns como de minorias focadas em obter ganhos restritos a grupos, ou privilégios — entram em luta por mudanças e reparações, acabam abrindo caminho e rompendo tradições ou aparatos jurídicos conservadores, conveniências econômicas ou político-partidárias, para redefinir e ampliar os direitos individuais e coletivos. Ao defender enfaticamente pessoas LGBT contra a homofobia, por exemplo, o secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon declarou, em abril, que “os governos têm o dever legal de proteger a todos”.

Para a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, existir uma política específica e experiências de atenção voltadas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais significa ir além do acesso para todos (universalização). É experimentar acolher de forma diferente e adequada os diferentes (equidade) e aprender como cuidar, de fato, levando em conta o contexto e as singularidades de cada grupo e cada indivíduo (integralidade). O que parece particular, então, estabelece precedentes positivos para todos. Um colorido sopro de mudança e conquista para a coletividade.

Rogerio Lannes Rocha
Coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

- Tirando o respeito do armário 2

Editorial

- Abrindo caminho 3

Cartum

- 3

Voz do leitor

- 4



Súmula

- 5

Radis Adverte

- 7

Toques da Redação

- 7

Crise na Europa

- A voz das ruas 8

Saúde LGBT

- Respeito abre portas para o acolhimento 12
- Entrevista — Jean Willys: 'Queremos direitos, não privilégios' 14
- Atendimento integral, sem constrangimento, em São Paulo 17

Saúde sem fronteiras

- Organização e práticas diversas nos sistemas da América do Sul 19

Serviço

- 22

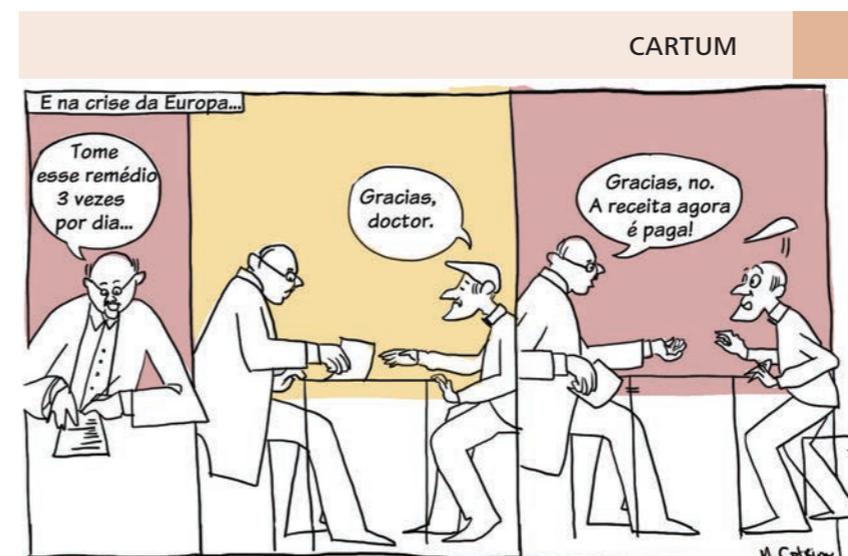


Pós-Tudo

- Saúde e paz: a busca por um discurso mobilizador 23

Capa: Felipe Plauska
Ilustrações: Marina Cotrim

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



'Radis' também agradece

Venho por meio desta agradecer as revistas enviadas por todos esses anos em que sou assinante. Elas me têm sido muito úteis, pois sou professor de Ciências e muito do que foi nelas publicado me ajudou em minhas aulas.

• Rony Bernacchi Kuehener, professor, Rio de Janeiro, RJ

Aids e doenças da pobreza

Antes de qualquer coisa quero agradecer à equipe *Radis* a oportunidade de ler esta maravilhosa revista. Quando me inscrevi para recebê-la, não acreditei que chegaria em minha casa, mas em agosto/2012 recebi meu primeiro exemplar e simplesmente amo ler a revista. Muito obrigado! Gostei especialmente das edições 123 e 124 que falam de aids e de doenças relacionadas à pobreza, respectivamente. Quem me indicou a revista foi uma professora da universidade onde estudo. Gostaria que falassem sobre o brilhante e incansável trabalho dos agentes comunitários de saúde, em especial, dos que atuam na Zona Rural deste imenso país, fazendo o Programa Saúde da Família realmente acontecer. Obrigado a todos, e quero ver meu recadinho na revista *Radis*. Abraços!

• Jadielson da Silva, Taquarana, AL

R: *Caro Jadielson, seu depoimento nos deixa muito felizes. Agradecemos também pela sugestão de pauta, que foi anotada. Por ora, recomendamos a leitura da reportagem de capa da edição nº 82 da Radis sobre o tema. Abraços!*

Doenças da pobreza 2

Excelente a revista nº 124, de janeiro 2013 (Negligência), esclarecedora e educativa. Chama nossa atenção, como cidadãos e profissionais de saúde, para os males que a pobreza, fome, miséria e alterações do meio ambiente continuam gerando, favorecendo a proliferação de

doenças tropicais, negligenciadas pela falta de políticas públicas adequadas e de investimentos em pesquisas e tratamentos. Fotos e outros artigos de grande conteúdo e delicadeza. Mais uma vez parabéns à *Radis* por seu trabalho.

• Jussara de Faria Castro, Cacoal, RO

Formação

Gostaria de uma matéria para mostrar como é o preparo dos estudantes da área da Saúde. E como deveria ser.

• Yasmin Mariano, estudante de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ

R: *Cara Yasmin, sua sugestão foi anotada. Um abraço!*

Ato médico

Gostaria de sugerir a publicação de matéria sobre o impacto na saúde brasileira, se for aprovado o projeto de lei denominado Ato Médico.

Diego Torres, Rio de Janeiro, RJ

R: *Caro Diego, sua sugestão foi anotada. Um abraço!*

Cor da pele e atenção

Não posso deixar de parabenizá-los pela *Radis* 124, não fazia ideia de o quanto pobreza e cor da pele definem a forma de atendimento na saúde pública. Tenho plano de saúde e tive meu bebê em um hospital público de Juiz de Fora (Hospital João Penido), referência em parto humanizado na região, pois buscava parir meu filho, o que no setor privado está quase impossível. Sou criticada até hoje, quatro meses depois, e muitos perguntam como tive coragem de deixar um atendimento no hospital privado. Minha família foi muito bem assistida, não tenho absolutamente nada do que reclamar. Meu bebê é lindo, perfeito, saudável e nasceu na hora em que estava pronto para nascer. Obrigada!

• Shirley Mattos, Juiz de Fora, MG

'Radis' e Pastoral da Criança

Querido coordenador, depois de tempo que não recebo a revista *Radis*, sinto falta das notícias e ensinamentos que sempre encontrava e utilizava para dar formação às mães da Pastoral da Criança e outras que precisavam de ajuda. Há algum tempo, fui transferida para um novo endereço, na cidade de Guiratinga (MT), creio que é por isso que não estou recebendo a revista *Radis*. Solicito a você que, por favor, me envie no endereço que segue. Agradeço antecipadamente a vossa disponibilidade e ajuda em favor do nosso povo. Deus abençoe cada um de vocês nesse trabalho de divulgação para o bem da saúde pública.

• Irmã Dina Cremonese, Guiratinga, MT

R: *Cara Dina, seu endereço foi atualizado. Agradecemos os comentários fraternos e carinhosos. Um abraço!*

'Radis' pelo site

Faz muitos anos que estou recebendo periodicamente esta revista maravilhosa e agradeço imensamente a ajuda que ela me proporcionou, principalmente quando eu estudava. Agora com a tecnologia que temos não é necessário que continuem me mandando impressa. Muito obrigada a todos.

• Lúcia Schardong, Gravataí, RS

R: *Cara Lúcia, sua decisão, de fato, beneficiará um novo assinante da Radis. Reforçamos que o site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis) tem uma área especialmente dedicada à revista, que reúne a coleção completa. 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.

Igualdade de direitos para empregados domésticos

Setenta anos após a instituição da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), os empregados domésticos finalmente passaram a contar com os mesmos direitos dos demais trabalhadores. A Proposta de Emenda Constitucional 66, chamada de PEC das Domésticas, foi aprovada por unanimidade (26/3) no Senado, e promulgada em 2/4, trazendo novos benefícios para a categoria, que reúne profissionais como governantas, cozinheiros, babás, lavadeiras, mordomos, caseiros e acompanhantes de idosos. As medidas contemplarão 6,6 milhões e brasileiros, 92% mulheres, informou o portal de notícias G1 (1/4).

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostram que o Brasil está em primeiro lugar em número de empregados domésticos (*Valor*, 9/1). De cada dez trabalhadores domésticos, no entanto, só três têm, hoje, registro na carteira de trabalho, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) do IBGE, de 2011. A taxa de informalidade chega a 69%.

Entre as mudanças que passam a valer imediatamente estão garantia a salário nunca inferior ao mínimo, jornada de trabalho de 44 horas semanais e de oito horas diárias, com mínimo de uma hora e máximo de duas de descanso, pagamento de hora extra e proibição de trabalho noturno, perigoso e insalubre a menores de 18 anos. Outros direitos

passarão por regulamentação para entrar em vigor, como FGTS, adicional noturno, seguro desemprego, auxílio-creche e indenização por demissão sem justa causa. A previsão é que essa regulamentação ocorra até julho.

Já na aprovação da CLT, em 1943, o trabalhador doméstico fora excluído, considerado como categoria à parte, informou *O Globo* (7/4). O primeiro direito trabalhista dos domésticos se deu em março de 1973, com obrigatoriedade da carteira assinada — o que não extinguiu a informalidade. Outros direitos foram estendidos a esses trabalhadores com a Constituição, em 1988, como salário mínimo, repouso remunerado, 13º e irredutibilidade de salários.



CFM apoia direito a aborto até 12ª semana

O Conselho Federal de Medicina (CFM) declarou (21/3) apoio ao direito de interrupção da gravidez até a 12ª semana, por decisão da gestante. A entidade, que nunca havia se manifestado sobre o aborto, defendeu a preservação da autonomia da mulher e do médico, e acredita que a lei deve rever o conjunto de situações onde a prática é considerada crime.

De acordo com o CFM, as complicações causadas pelo abortamento desassistido — realizado por pessoas sem treinamento, em locais sem higiene e sem o aparato médico necessário — têm forte impacto para a Saúde Pública. O conselho aponta, ainda, que as complicações representam a terceira causa de ocupação de leitos obstétricos no Brasil: 243 mil intervenções ocorreram em 2001 no SUS para a realização de curetagens pós-aborto.

A decisão foi tomada em votação envolvendo os 27 conselhos regionais, que representam 400 mil médicos, em evento realizado em março. O CFM levará seu posicionamento à comissão do Senado que avalia a Reforma do Código Penal.

A entidade reiterou em nota (21/3) que a aprovação dos pontos propostos pela reforma do código não caracterizará a descriminalização do aborto, e que o que se definirá serão “causas excludentes de ilicitude”, isto é, situações em que a interrupção da gestação não configurará crime. “Ato praticado fora desse escopo deverá ser penalizados”, diz a nota.

Representantes de movimentos feministas do Brasil — incluindo a Articulação de Mulheres Brasileiras, Católica pelo direito de decidir, CFEMEA, Fórum Goiano de Mulheres, Grupo Curumim, Instituto Anis, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Relatoria de Direito à Saúde Reprodutiva da Plataforma Dhesca Brasil — expressaram (26/3) seu apoio à deliberação do CFM. “Esse posicionamento dialoga com as reivindicações históricas dos movimentos feministas de não tratar o tema do aborto como crime, mas sim como uma questão de saúde pública e justiça social”, registraram as entidades.

IDH 2013: Brasil mantém posição

O Brasil está no grupo dos países com índice de desenvolvimento humano (IDH) elevado, indicou a edição de 2013 do *Relatório de Desenvolvimento Humano* do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) — há, ainda, os índices muito elevado, médio e baixo. De acordo com o levantamento, divulgado em 14/3, o país ocupa o 85º lugar no ranking de 187 nações avaliadas, mesma posição registrada em 2011. Numa escala de 0 a 1, quanto mais o IDH se aproxima de 1, maior é o desenvolvimento humano — avaliado a partir dos níveis de expectativa de vida, acesso a educação e renda da população. Os dados são referentes a 2012. O índice brasileiro foi de 0,730 (em 2011 foi de 0,728). A média da América Latina foi de 0,741, informou a *Folha de S. Paulo* (14/3). O país com melhor classificação no continente foi o Chile (0,819) na 40ª posição, informou o site da revista *Carta Capital* (14/3).

O Brasil está entre os 15 países que mais reduziram o déficit do IDH entre 1990 e 2012, melhorando o índice em 24% — o maior avanço entre os países da América do Sul. O destaque deveu-se ao foco na redução das desigualdades e da pobreza e à política estrutural de longo prazo adotada no país, segundo o Pnud. O relatório aponta ainda que o grupo das três principais nações em desenvolvimento (Brasil, China e Índia), está remodelando a dinâmica mundial no contexto amplo do desenvolvimento humano.

O Pnud calculou também um ranking com base nas desigualdades internas em saúde, educação e renda. Nesse caso, mesmo Noruega e Austrália, 1º e 2º colocados, perdem pontos, embora mantendo, ainda, suas posições. Já os Estados Unidos despenham do 3º lugar para o 16º. O Brasil fica 12 posições abaixo, passando à 97ª.

Como ocorrera após a divulgação do IDH de 2011 (*Radis* 112), o governo brasileiro criticou os resultados do relatório do Pnud. Segundo os ministros da Educação, Aloizio Mercadante, e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, o documento é elogioso aos avanços brasileiros; no entanto, são necessários ajustes, informou o Portal do MEC (14/3). Os ministros apontaram que, em Educação, os dados utilizados são de 2005 e oriundos de fontes não reconhecidas pelas agências estatísticas nacionais. De acordo com os ministros, o relatório do Pnud não incluiu nos cálculos 4,6 milhões de crianças de 5 anos matriculadas na pré-escola, bem como nas classes de alfabetização, nem considerou a jornada escolar atual de nove anos. “Se fizéssemos só esta correção, subiríamos 20 posições”, ressaltou Mercadante.

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 Osvaldo José Filho (Informática)
Estágio supervisionado Anna Carolina Düppre (Reportagem), **Marina Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)
Periodicidade mensal | Tiragem 79.700 exemplares | Impressão Minister
Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro)
Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119
 • E-mail radis@ensp.fiocruz.br
 • Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361
Ouvidoria Fiocruz • **Telefax** (21) 3885-1762
 • www.fiocruz.br/ouvidoria

www.ensp.fiocruz.br/radis

[/RadisComunicacaoeSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude)

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.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

Ministério da Saúde

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

SUS



Educação infantil obrigatória a partir dos quatro anos

Lei sancionada pela presidenta Dilma Rousseff e publicada (4/4) no *Diário Oficial da União* torna obrigatória a matrícula de crianças na educação básica a partir dos quatro anos de idade. As redes estaduais e municipais de ensino do país terão prazo até 2016 para se adequar e acolher os alunos. A lei, de número 12.796, ajusta a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) à emenda constitucional 59, de 11 de novembro de 2009, que tornou obrigatória a oferta gratuita de educação básica dos quatro aos 17 anos, informou *O Globo* (5/4). Fica estabelecido também que a educação infantil, que contemplará crianças de quatro e cinco anos, deve se dar em, no mínimo, quatro horas diárias para o turno parcial e sete, para a jornada integral, de acordo com o Portal do MEC. Isso já valia para o ensino fundamental e o ensino médio.

Segundo a lei, "a educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral

da criança de até 5 anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade", informou o Portal do MEC (5/4).

A lei trata, ainda, da avaliação na educação infantil, registrando que não haverá retenção ou reprovação das crianças nessa etapa de ensino e que a avaliação será feita "mediante acompanhamento e registro do desenvolvimento das crianças". Foi contemplada, também, a educação especial, "modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação", descreve o texto, garantindo que "o poder público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos" com esse perfil. A lei incluiu também no texto da LDBEN a "consideração com a diversidade étnico-racial" entre os pontos nos quais o ensino será baseado.

Apenas 67% dos municípios fiscalizam sua água

Apenas 67% das cidades brasileiras dispõem de mecanismos para fiscalizar e avaliar a qualidade da água. A informação foi apresentada (19/3) pelo diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, Guilherme Franco Netto, informou a Agência Brasil (19/3). Segundo ele, a meta é aumentar esse índice para 70% neste ano e para 75% até 2015. O que caracteriza o controle é a capacidade de cadastrar as fontes de fornecimento de água e gerar dados sobre o serviço de abastecimento. Para Guilherme Franco, que apresentou os dados em painel no 4º Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública, promovido pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o desafio de incluir mais municípios nesse perfil será cada vez maior à medida que a taxa avançar. "Aumentar dois pontos percentuais depois que atingirmos 80% será mais difícil".

No mesmo evento, o professor do Departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Léo Heller, destacou a necessidade de se ampliar também a qualidade da distribuição de água, diferenciando cobertura de acesso. "Acesso significa que a pessoa dispõe de um serviço de qualidade, e não apenas da ligação com o sistema de distribuição", explicou.

Segundo Heller, pelos dados do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), 33% da população brasileira não têm acesso à água nos termos mencionados por ele e cerca de 50% não dispõem de tratamento de esgoto. Ele defendeu "uma abordagem menos tecnocêntrica", com visão mais ampla dos problemas dos locais onde os projetos são implementados, para que a percepção da população seja captada. "Em grandes investimentos de infraestrutura, se perde essa dimensão, o que compromete os esforços públicos", analisou.

Para o professor, o Plansab deve moldar o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) e não o contrário. "O PAC prioriza a visão física e perde a visão de política pública. Obra, em si, não é o suficiente".



Memória da repressão em SP

Está disponível na internet (1º/4) parte dos arquivos e fichas gerados entre 1924 e 1983 pelo Departamento Estadual de Ordem Política e Social de São Paulo, (Deops-SP), um dos principais braços da repressão durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) e a ditadura militar (1964-1985). O portal Memória Política e Resistência, que hospeda os registros, já digitalizou 10% do acervo, pertencente ao Arquivo Público do Estado de São Paulo. A meta é disponibilizá-lo na íntegra, informou a Agência Fapesp (2/4). São mais de 274 mil fichas e 12,8 mil prontuários, além de dossiês e livros de inquérito. A criação do site faz parte do Projeto Integrado Arquivo do Estado/ Universidade de São Paulo (Proin/USP), que existe desde 1999.

Criado em 30 de dezembro de 1924, o Deops-SP possuía grande aparato para monitorar, vigiar e reprimir pessoas, instituições e movimentos que fossem considerados suspeitos de agir contra a ordem política e social. O Arquivo Público liberou, em 1994, o acesso ao acervo de órgãos do Estado que exerceram funções ligadas à repressão, mediante assinatura de um termo de responsabilidade do pesquisador, sendo uma das primeiras instituições a abri-lo à população.

Com base na Lei de Acesso à Informação, que removeu obstáculos legais para divulgação desses registros (*Radis* 125), o arquivo pôde digitalizar e publicar os documentos, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo, do Ministério da Justiça e da Casa Civil da Presidência da República. Para acessar o site Memória Política e Resistência: www.arquivoestado.sp.gov.br/memoriapolitica

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



Mantendo o foco

As reportagens de capa das revistas *Veja* (10/4), *Época* (10/4) e *IstoÉ* (3/4), as duas primeiras veiculadas logo após a cantora Daniela Mercury ter anunciado nas redes sociais sua união com a jornalista Malu Verçosa, e *IstoÉ*, sobre o repúdio nacional ao deputado pastor homofóbico e racista Marco Feliciano (PSC-SP) (*Radis* 127), trazem à tona questões relacionadas a direitos e cidadania. Não ficam, no entanto, imunes a fazer o debate descambar para a tentação de especulações sobre a vida de celebridades, no caso de Daniela, ou para o reducionismo de mais uma forma de

ataque ao fundamentalismo evangélico, no caso do tema de *IstoÉ*. Convém não perder de vista a perspectiva da saúde, como expressão maior da garantia de direitos, acesso, acolhimento e cidadania, ao se tratar da população LGBT. É nesse sentido que a reportagem de capa desta edição da *Radis* procura caminhar.



O próximo!

Uruguai tornou-se (10/4) o segundo país da América Latina a aprovar o casamento gay. A Argentina havia saído na frente, em 2010. Que a iniciativa se espalhe pelo continente.

A culpa é do usuário

Mais um alvo para a mobilização atenta da sociedade civil: o projeto de lei (7.663/10) de autoria do Deputado Osmar Terra (PMDB-RS), que permite internação involuntária de usuários de drogas, por decisão da família ou de um juiz. O projeto propunha também a criação de um cadastro nacional de usuários de drogas e o fichamento nas escolas de alunos usuários — ou suspeitos de uso. Esses dois itens, no entanto, foram derrubados pelo relator do projeto, deputado federal Givaldo Carimbão (PSB-AL), informou *O Globo* (18/4), dadas as críticas vindas de todo lado, de diferentes partidos e setores do governo. O projeto já foi alvo de notas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria Geral da Presidência da República contrárias ao seu teor, e mereceu o repúdio de entidades diversas, sendo sua entrada na pauta de votação da Câmara adiada por duas vezes. Trata-se de um retrocesso em relação à Lei Antimanicomial, de 2001, e à Lei de Drogas, de 2006, e fere direitos humanos e princípios constitucionais.

Sustenta a equivocada pertinência do projeto de lei uma epidemia de crack propalada pela mídia comercial, que penaliza usuários em áreas carentes, para justificar sua expulsão em prol da ocupação de espaços pelos grandes eventos esportivos.

DSS Nordeste

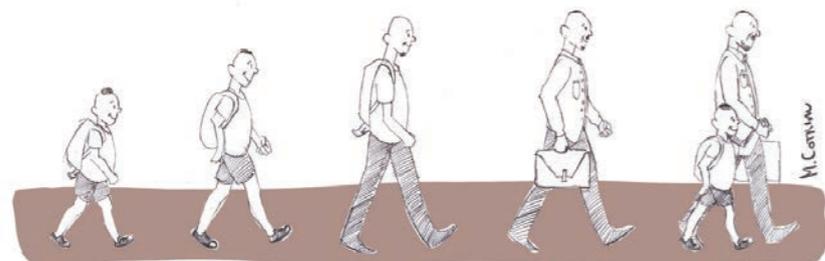
Está na rede desde janeiro o portal DSS Nordeste (<http://dssbr.org/site/nordeste>), que aborda os determinantes

sociais da saúde (DSS) referentes ao Nordeste brasileiro. Lançado pelo Centro de Estudos Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (Cepi/DSS) da Ensp/Fiocruz, por meio do Portal de Determinantes Sociais e do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz/Pernambuco), o espaço reúne notícias, dados, opiniões, entrevistas, experiências, resumos de artigos e documentos, entre outros conteúdos. Segundo o coordenador do Cepi, Alberto Pellegrini, a iniciativa busca contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Nordeste e criar um espaço de debate sobre a situação de saúde e das políticas relacionadas aos determinantes sociais na região.

Livre acesso aos telejornais

Pertinente, mas pouco divulgada, está em curso a campanha *Pelo livre acesso aos arquivos dos telejornais brasileiros*. Em artigo na revista *Sessões do Imaginário* da Faculdade de Comunicação Social da PUC-RS (Famecos), publicado no segundo semestre de 2012, os professores Antonio Brasil e Samira Moratti Frazão apontam que diferentemente do que ocorre com os jornais impressos, os telejornais não são objeto de políticas públicas para sua preservação, catalogação e difusão, e continuam reféns das emissoras de TV.

"A Biblioteca Nacional deve ser o repositório legal para os telejornais brasileiros", propõe Antonio Brasil, professor de Jornalismo da Universidade Federal de Santa Catarina. "Nossa proposta é indicar alternativas, como a utilização de redes digitais e o incentivo para que instituições públicas independentes, como as universidades, venham a garantir o livre acesso aos arquivos de telejornais brasileiros", diz. A íntegra do artigo está em <http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php>



Medicamento para Parkinson produzido no Brasil

Será produzido no Brasil, em até três anos, o medicamento dicloridrato de pramipexol, utilizado no tratamento do mal de Parkinson. O anúncio foi feito pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz. Atualmente, o medicamento é importado do laboratório alemão Boehringer Ingelheim, com o qual a Fiocruz estabeleceu acordo de transferência de tecnologia. Esse acordo permitirá a montagem de um laboratório para a transformação da matéria-prima do medicamento, a ser produzida no Brasil, em comprimido.

O medicamento produzido da Alemanha começou a ser distribuído pelo SUS em 2013. A expectativa é que, até 2015, a Fiocruz seja responsável pela produção de metade da demanda nacional. Até 2018, informou a Agência Brasil (15/3), Farmanguinhos, em parceria com

a indústria privada, será capaz de atender toda a demanda do SUS, acabando com a necessidade de importação do dicloridrato de pramipexol.

De acordo com o diretor de Farmanguinhos, Hayne Felipe da Silva, após cinco anos do acordo de transferência, a medida vai proporcionar economia de R\$ 90 milhões ao SUS, fazendo com que o Ministério da Saúde possa ampliar a oferta e o acesso ao medicamento. Além disso, irá auxiliar no fortalecimento da indústria farmacêutica brasileira e na redução da dependência da importação.

Estima-se que 20 mil pacientes sejam tratados com o pramipexol, mas que há 200 mil pessoas sofrendo de mal de Parkinson no país. Segundo Hayne, há demandas não atendidas por falta de recursos das secretarias dos estados.



A voz das ruas

Manifestação em Barcelona: protesto contra desemprego, especulação e mudanças na saúde pública

Jornalista percorre cidades europeias e registra para a 'Radis' a reação da população contra o desmonte do estado de bem estar social

O desmonte do estado de bem estar social em países da Europa, como Portugal e Espanha, está comprometendo direitos trabalhistas, previdenciários e assistenciais, bem como a saúde gratuita e de qualidade. Sistemas universais públicos se desintegram, gerando inconformismo e protestos das populações, sob a forma de manifestações constantes. Essas observações foram feitas *in loco* pela jornalista e estudante de Medicina Júlia Gaspar, ex-estagiária da revista *Radis* (fevereiro a outubro de 2006), que viajou por países europeus, entre janeiro e fevereiro deste ano, justamente para ir atrás de entrevistas e manifestações relacionadas à crise, conforme relatou. Seu objetivo foi cobrir esse momento pela voz das ruas, pelo olhar do movimento sindical local e de todos os que vêm lutando por uma perspectiva de saída diversa daquela proposta pela União Europeia, que busca contornar a crise à custa de penalizar a população. O resultado do que viu, Júlia relatou nos textos e imagens a seguir, que produziu para a *Radis*.

Texto e fotos: Júlia Gaspar

Lisboa, Portugal Qualidade de vida em queda

Sob gritos de “aumentos dos salários são mesmo necessários” e “a luta continua nas empresas e na rua”, trabalhadores portugueses levavam seu protesto às ruas, reunidos, em 21 de fevereiro, na Praça de Luís de Camões, em Lisboa, próximo ao Ministério da Economia e Emprego. A manifestação fora organizada pelo Sindicato dos Trabalhadores de Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Algarve (STIHTRSA), em conjunto com a Federação dos Sindicatos de Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo (FESAHT). Erguendo bandeiras, os manifestantes caminhavam vigiados atentamente pela polícia local.



“O patronato tem bloqueado as negociações coletivas com os sindicatos. Queremos uma política de negociação com os patrões e as empresas”, apontou o técnico de manutenção em hotelaria e turismo Tiago Jacinto, 32 anos, coordenador do sindicato. Segundo ele, os trabalhadores portugueses tiveram seus direitos boicotados e os salários reduzidos, enquanto os preços aumentaram. “Os trabalhadores exigem que o governo publique as Portarias de Extensão, para que todos os trabalhadores tenham os mesmos direitos”, explicava Jacinto, referindo-se ao instrumento administrativo português voltado a nivelar condições de trabalho e cuja não emissão afeta os contratos coletivos. Há mais de dois anos, lembrou, o governo não faz essas publicações. “É uma crise da qual não temos culpa”, observou, lembrando que também pensionistas vêm sendo prejudicados. “Queremos que este governo se vá e que se dê a palavra ao povo. O governo faz o oposto do que diz em campanha: aumenta impostos ao povo e diminui impostos aos banqueiros e grandes empresas, através de benefícios fiscais”.

PACTO DE AGRESSÃO

Tomando como justificativa a Dívida Pública, contou Jacinto, o governo português teria firmado, há cerca de um ano e meio, com o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Central Europeu e a União Europeia, envolvendo, ainda, três partidos políticos – OS, PSD e CDS –, o que chamou de Memorando de Entendimento, mas que para os militantes se trata de um Pacto de Agressão, ao povo, aos trabalhadores. Segundo Jacinto, hoje a dívida está bem maior, assim como o desemprego. “As medidas do acordo pioraram as condições do país e da economia, comprometendo perspectivas de futuro. Queremos a ruptura com este Pacto de Agressão e com este governo de direita. A crise na Europa beneficia os bancos e as grandes empresas. Ela é causada pela política que reduz as condições de vida do povo”, considerou.

De acordo com Jacinto, o estado português já entregou mais de 7 milhões de euros ao Banco BNP. “É dinheiro público, dos impostos pagos pelo povo, que deveria ser aplicado em saúde e educação. Há uma fraude com negócios escandalosos”.

Também a educação vem sendo afetada, com a qualidade comprometida, lembrou o sindicalista. “As verbas para as escolas públicas estão se reduzindo e os professores estão sendo demitidos. Temos 28% menos professores nas escolas públicas; um quinto da população ativa está desempregada”.

“A crise na Europa beneficia os bancos e as grandes empresas. Ela é causada pela política que reduz as condições de vida do povo”

Tiago Jacinto, técnico de manutenção em hotelaria



“Estamos voltando ao tempo de Salazar, há quem diga que podemos voltar à ditadura, estão a nos cortar tudo”

Lourdes Santos, recepcionista

Jacinto contou que, antes do processo de crise, todo cidadão português tinha acesso a saúde pública de qualidade. Hoje, são aplicadas pequenas taxas, que aumentam ao longo dos anos. “Atualmente, uma consulta custa 20 euros e com os exames pode chegar a 50 euros. O salário mínimo está em 485 euros, não podemos aceitar isso!”, protestou.

A recepcionista Lourdes Santos fez coro, afirmando que o atendimento nos hospitais piorou muito e que as filas estão bem mais longas. “Tínhamos acesso a medicamentos para doenças crônicas gratuitamente; hoje, temos que pagar. Nos centros de saúde, onde ficam os médicos de família, também não precisávamos pagar; hoje pagamos em torno de três euros. Os mesmos hospitais que antes eram públicos, hoje expulsam doentes que não podem pagar pelo atendimento”, apontou.

Lourdes explicou que o governo está dificultando também a aposentadoria. “Estão adiando a idade mínima cada vez mais. Se continuar assim, não haverá aposentadoria para ninguém, já se fala sobre isso”.

Ela também concorda que a crise deixou a situação do país complicada, devido ao desemprego. “Há pessoas tentando uma vida melhor em outros países, mas precisamos desses profissionais aqui”. Lourdes reclamou que os governantes vêm aumentando os impostos indiscriminadamente. “Com isso, as pessoas não aguentam pagar, nem as empresas. São estipuladas novas taxas para arrancarem tudo o que podem de nós. As empresas estão falindo, o que gera mais desemprego e redução do poder de compra dos portugueses, prejudicando não apenas o comércio, como todos os setores”, analisou.

A situação de desemprego, lamentou, veio se refletindo no aumento do vandalismo, da depressão e até mesmo de suicídios. “Estamos voltando ao tempo de Salazar, há quem diga que podemos voltar à ditadura, estão a nos cortar tudo”.

Em Lisboa, mobilização contra redução de verbas sociais e favorecimento a bancos e empresas



Barcelona, Espanha Empregos em baixa, hipotecas em alta

Palavras de ordem também ecoam na Espanha, como ocorreu na Plaza Universitat, em Barcelona, em 16 de fevereiro. Ao clamor de “si, se puede”, centenas de cidadãos espanhóis ocuparam as ruas, erguendo cartazes. A crise na Espanha também deixou muitos desempregados, que não podem pagar as hipotecas de suas casas, sendo, assim, expulsos pelos bancos como devedores, mesmo que a única alternativa que vislumbrem sejam as ruas. “Bancos e políticos fizeram uma especulação; as pessoas fizeram um empréstimo. Agora, desempregadas, não podem pagar as hipotecas”, explicou Inês Santana, militante e psicóloga, que trabalha em um restaurante.

Em sua opinião, e na de muitos manifestantes, enquanto o país estiver em crise, deveria ser proposta outra forma de pagar as hipotecas, ou os bancos deveriam suspendê-las. “Se os políticos e banqueiros devolvessem tudo o que roubaram, todas as hipotecas estariam pagas. Os despejos que vêm acontecendo estão levando pessoas ao suicídio. Deveríamos ter, pelo menos, o aluguel social”, propôs. Inês apontou uma destruição do setor da construção civil. “Fizeram muitas construções e houve corrupção e especulação, com o dinheiro público levado aos paraísos fiscais”.

Também militante, Isabel Nuncio, que trabalha em um posto de correios, mas não é funcionária pública, fez seu protesto contra a falta de empregos e salários dignos. “Aqui estão acabando com os funcionários e os postos públicos. Temos trabalhos apenas temporários, nada estável, nada por toda a vida”.

“A Companhia Óleo Total, francesa e estabelecida na Nigéria, aumenta o preço do óleo cada vez mais e está enriquecendo muito neste período de crise”

Cedric Jolimet, corretor imobiliário



Inês e Isabel lembraram que, na Espanha, havia “a melhor saúde pública da Europa”, quadro que está bastante mudado hoje. “Querem cobrar um euro por uma receita de medicamentos, que antes era gratuita”, contaram, apontando, ainda, a “transformação das escolas públicas em privadas”.

Paris, França Mais tempo para a aposentadoria

Na França, os problemas são menos graves do que os flagrados em Portugal e Espanha, mas existem: de um lado, o setor imobiliário vive uma crise e a idade mínima para aposentadoria aumentou, de outro, a saúde pública ainda se mantém forte.

De acordo com o administrador e corretor imobiliário Cedric Jolimet, muitos franceses querem vender casas ou apartamentos, mas poucos podem comprar, porque os bancos cortaram os benefícios. Jolimet considera que há quem ganhe muito dinheiro com a crise. “A Companhia Óleo Total, francesa e estabelecida na Nigéria, aumenta o preço do óleo cada vez mais e está enriquecendo muito neste período de crise, não há como não pagar por petróleo”.

Para Benjamin Grangier, arquiteto à procura de emprego, a crise afetou sua possibilidade de sucesso nessa busca. “Eu e vários amigos estamos com dificuldades de arrumar emprego. Há dois anos era mais fácil”, contou Grangier, explicando que grandes fábricas francesas estão fechando, reduzindo-se

assim a quantidade de postos de trabalho. “Algumas vezes, o governo investe dinheiro tentando mantê-las abertas, mas nem sempre consegue”.

Os franceses estão tendo que trabalhar mais tempo para se aposentar, o que os levou a organizar muitas manifestações de protesto. “Antes, um cidadão trabalhava até os 60 anos. Agora, para se aposentar, é preciso trabalhar até os 62, e há projetos de se estender essa faixa até os 65”, explica Grangier.

SAÚDE PRESERVADA

O sistema de saúde pública, no entanto, não foi afetado, até o momento. Não é preciso pagar pelo tratamento e paga-se apenas uma pequena fração pelo medicamento. “O governo precisa de dinheiro para manter este sistema forte e o mantém com investimentos importantes. Não acredito que a crise possa mudar o sistema de saúde pública que temos”, confia Grangier.

Planos privados, na França, existem para complementar o sistema público. Grangier diz que são mais utilizados para tratamento oftalmológico e dentário, e que não há uma necessidade de plano pago para se ter saúde de qualidade. “Se algum francês tem problema de visão, o tratamento pode ser gratuito e ele tem direito também aos óculos. Caso uma pessoa tenha dinheiro, opta pelo sistema privado, apesar de o público ser bom e funcionar bem. Paga-se para ter mais conforto, ou ter uma embarcação ou avião para transporte nas emergências”.

Há muitos impostos na França, por isso, se uma pessoa quer abrir uma empresa, acaba procurando outro país. “Isso coloca a crise num ciclo, porque o dinheiro é investido em outro lugar”. Jolimet afirma que famílias ricas estão se mudando para outros países por causa desses tributos. “Em países como Suíça, Bélgica, Holanda e Luxemburgo, há menos taxas, sendo mais fácil e lucrativo ter uma sociedade”. Ele lamenta que os impostos estejam ainda mais altos, devido à crise.

Berlim, Alemanha Resistência do povo germânico

A crise levou à diminuição de demanda por produtos, fazendo com que as fábricas passassem a necessitar de menos funcionários. A professora de História e de Química Carola Wagner contou que, em um primeiro momento, o governo ajudou as empresas a manter os salários de seus funcionários, ainda que com jornada de trabalho reduzida. “Se a jornada continuasse a mesma, teríamos produtos demais e os preços iriam cair, gerando inflação”, explicou. A situação, no entanto, durou, aproximadamente, dez meses, tempo em que, segundo Carola, foi possível ao governo mantê-la. Depois de dez meses, houve diminuição dos salários e demissões”, relatou. “Mas não tanto como em outros países da Europa”.



“Num primeiro momento, o governo ajudou as empresas a manter os salários, mas depois de dez meses, houve diminuição e demissões”

Carola Wagner, professora

Os alemães têm direito a dois anos de seguro desemprego, disse, ainda, a professora. Caso continuem desempregados depois disso, recebem moradia e ajuda financeira pela vida inteira, o que, segundo Carola, gera distorções. “Há quem trabalhe informalmente, não declare o que ganha, não pague taxas e ainda receba esse auxílio social do governo”, denunciou.

Carola também contou que a crise atingiu a Alemanha nos preços dos imóveis. O mercado imobiliário ficou aquecido, porque a população preferiu investir “em algo concreto”, temendo guardar dinheiro. “Aumentou-se a demanda e os preços subiram absurdamente. Hoje, os preços são o dobro de quatro ou cinco anos atrás”.

SAÚDE PÚBLICA DE QUALIDADE

O sistema de saúde pública alemão funciona bem e não sofreu abalos. “Há planos privados, mas é preciso receber mais que 50 mil euros por ano para poder usá-los. O privado serve mais para, por exemplo, ter direito a quarto privado, ou ser operado pelo cirurgião-chefe. Mas no sistema público não faltam médicos, nem hospitais”, disse Carola.

Ela explicou que, se um cidadão precisa de medicamento considerado fundamental, para tratar uma doença crônica, por exemplo, paga 5 euros por ele e o sistema de saúde paga o restante do valor. Somente no caso de outros medicamentos, como os voltados à cosmética, é preciso pagar o preço integral. 

Nas ruas, a luta por uma saída diversa da que propõe a União Europeia, que busca contornar a crise à custa de penalizar a população



Respeito abre portas para o acolhimento

Gestores, profissionais, ativistas e usuários apontam avanços e desafios após instituição de política de saúde integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

Adriano De Lavor

Quase dois anos após a publicação da portaria 2.836 do Ministério da Saúde (de 1º/12/2011), que institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, avanços e desafios foram registrados. No mês em que se comemora o Dia Internacional contra a Homofobia — 17 de maio, data em que, em 1990, a OMS excluiu a homossexualidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) —, *Radis* registrou aplausos e críticas de gestores, profissionais, ativistas e usuários da comunidade LGBT: todos reconhecem como pioneira a iniciativa que assegura, de forma inédita no país, o respeito às diferenças e a garantia das especificidades de saúde, mas identificam deficiências e obstáculos que dificultam sua implementação.

O acompanhamento de ações e práticas bem sucedidas nessa área — e o relato de usuários — indica que a concreta efetivação da política depende de que se conquiste também algo que já está na base do sistema de saúde: a garantia do respeito ao cidadão brasileiro na sua integralidade, com suas diferenças e especificidades. O entrevistados da *Radis* ressaltam que uma diretriz que de fato promova a saúde integral, elimine a discriminação e o preconceito institucional e contribua para a redução das desigualdades só é possível com a compreensão de que discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais são causa de sofrimento e adoecimento, e que acesso e acolhimento só fazem sentido quando são sinônimos de respeito.

INTEGRALIDADE, UMA CONQUISTA

Uma das vozes mais atuantes na defesa dos direitos da comunidade LGBT no Congresso Nacional, o deputado federal (PSOL-RJ) Jean Wyllys considera que “há muito mais vontade do que uma política de fato”. Em entrevista à *Radis* (ver pág. 14), ele aponta que não há recursos garantidos para que a política aconteça e critica que as orientações ali definidas não estejam integradas ao sistema de saúde mais amplo.

Técnica da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, Kátia Souto reconhece que “o desafio de sair do papel é cotidiano” e considera que, para efetivação da política, é necessário reconhecer que homofobia, lesbofobia e transfobia são determinantes sociais de agravos à saúde mental e física. “Uma das principais conquistas dessa política é a abordagem de integralidade. É a compreensão de que essa população tem especificidades que superam adoecimentos a partir de vulnerabilidades sociais”, avalia.

FOTO: LUCIO TELES



Andrey, de Sergipe: população travesti e transexual não tem acesso garantido nas políticas estadual e municipais

“Tudo isso é um bom começo”, resume o historiador e educador Andrey Roosevelt Chagas Lemos, coordenador nacional LGBT da União de Negros pela Igualdade (Unegro), em Sergipe. Para ele, é positiva a aprovação de uma política nacional que dialoga com o Conselho Nacional de Saúde e a sociedade civil.

Estudante de Ciência Política na Universidade de Brasília (UnB), Marcelo Caetano, vice-presidente da Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT), concorda: “O reconhecimento de que a população LGBT tem necessidades especiais de saúde já é um avanço”, observa. Mesmo identificando que há uma distância entre o que prevê a política nacional e sua efetivação, ele interpreta que sua existência indica que esta é uma realidade que está sendo incorporada às preocupações institucionais. “Não é algo tão estável, que funcione da melhor maneira, mas é um início”, opina. Para o ativista, a política representa um compromisso do Estado em atender as necessidades dos grupos. “É um respaldo, uma garantia e um instrumento para termos nossos direitos respeitados”, considera.

AVANÇOS

Kátia Souto informa que a busca por integralidade e cidadania tem pautado as ações já em curso da política nacional. Ela destaca a inclusão do cuidado com homens gays, homens trans e travestis no capítulo que trata de vulnerabilidades no *Caderno de atenção básica sobre a atenção integral da saúde do homem*, do Ministério da Saúde, e a produção de material de divulgação que visa fortalecer as orientações da política dentro do próprio SUS. São cartazes que informam, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que transexuais e travestis têm o direito de serem chamados pelo nome social no sistema, inclusive no Cartão Nacional de Saúde. Esses cartazes foram apresentados em 29 de janeiro, no *Dia Nacional da Visibilidade Trans* (*Radis* 126).

Uma das personagens que ilustra os cartazes é a técnica de enfermagem Fernanda Benvenutty, primeira transexual a atuar como conselheira nacional de Saúde. Fundadora da Associação das Travestis da Paraíba (Astrapa), ela confirma a necessidade da política nacional e a relevância da campanha. “Ainda há muita discriminação entre os profissionais de saúde, o que faz com que muitas pessoas deixem de procurar os serviços”, alerta.

Para a psicóloga Judit Lia Busanelo, diretora do Núcleo de DST do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo — onde funciona o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), serviço considerado exemplar na concretização do que determina a política nacional (ver matéria na pág. 17) — esse é um dos principais ganhos da política LGBT: permitir que as pessoas sejam acolhidas e respeitadas nos centros de saúde, ouvidas em suas necessidades, sem precisar recorrer a automedicação, uso inadequado de hormônios (sem o acompanhamento médico adequado) ou compra de silicone industrial no mercado negro, por exemplo.

Presidente da Associação de Homossexuais do Acre (AHAC), Germano Marino concorda que houve avanços, embora acredite que estes se restrinjam mais à política nacional de prevenção à aids e à garantia de cirurgia de mudança de sexo para transexuais. “Necessitamos melhorar muito a política de assistência em serviços no interior do Brasil”, reivindica. Avanços também são identificados pela professora Roselaine Dias, integrante da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), no Rio Grande do Sul. Ela relatou à *Radis* que a prefeitura de Porto Alegre garantiu a implementação de um protocolo de atendimento clínico de atenção às mulheres lésbicas, segundo ela, em decorrência da militância e das conferências municipais de Saúde, que recomendam, desde 2004, uma discussão mais apurada sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

OBSTÁCULOS PERSISTEM

Presidente da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), o jornalista Carlos Magno Fonseca também reconhece conquistas para a saúde da comunidade LGBT em nível federal, mas alerta que ainda que há pouco conhecimento sobre as especificidades dessa população nos serviços de saúde. Fundador do Centro de Luta pela Livre Orientação Sexual de Minas Gerais (CELLOS-MG), ele relata que, em Belo Horizonte, com exceção da



Marcelo Caetano: reconhecimento de que a população LGBT tem necessidades especiais de saúde já é um avanço

GLOSSÁRIO

A seguir o significado de alguns termos que ainda deixam em dúvida quem não trabalha diretamente com a população LGBT.

Bissexuais Pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente com outras de quaisquer dos sexos.

Gays Homens que se relacionam afetiva e sexualmente com outros homens; homossexuais.

Heterossexuais Pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas do sexo oposto ao seu.

Homofobia Violência e discriminação contra gays, lésbicas, travestis, transexuais, transgêneros e bissexuais.

Homossexualidade Atração afetiva e sexual de uma pessoa por outra do mesmo sexo. Não é sinônimo de homossexualismo, termo preconceituoso, uma vez que o sufixo *ismo* refere-se a doença, ao contrário de *dade*, que remete a modo de ser.

Lésbicas Mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres; homossexuais.

Opção sexual Expressão considerada incorreta, já que as pessoas não optam, conscientemente, por sua orientação sexual. O termo aceito é orientação sexual.

Orientação sexual Capacidade de cada pessoa de ter atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Basicamente, há três orientações sexuais preponderantes: homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade.

Transgêneros Termo usado para identificar pessoas que nascem com um sexo biológico, mas se relacionam com o mundo como sendo de outro, como travestis e transexuais, entre outras categorias.

Transexuais Homens e mulheres que não aceitam o sexo que apresentam anatomicamente. Embora tenham genitália externa e interna de um único sexo, identificam-se como sendo do sexo oposto. Geralmente buscam cirurgia de readequação genital.

Travestis Pessoas que assumem características físicas e psicossociais atribuídas ao sexo oposto, mas que não negam o sexo genital e anatômico. Geralmente não se interessam pela cirurgia de readequação genital, mas modificam o corpo com o uso de hormônios e silicone ou com cirurgias plásticas.

Fontes: *Tá difícil falar sobre sexualidade na escola?* (Somos — Comunicação e Sexualidade) e *Manual de Comunicação LGBT* (ABGLT)



Fernanda e a campanha na Paraíba: acesso a tratamentos específicos e também às práticas de atenção básica

política de enfrentamento às DST/aids, as temáticas homossexualidade e identidade de gênero continuam pouco debatidas e ignoradas nos serviços. “São praticamente inexistentes”, atesta.

Carlos Magno alerta que a Portaria 1.820/2009 do Ministério da Saúde, que determina o direito ao uso do nome social no SUS, não é respeitada: “Há um desconhecimento sobre essa iniciativa, importante para inclusão das travestis e transexuais”. Carlos Magno também identifica, em Minas Gerais, “a homofobia institucionalizada no sistema de Saúde” e recomenda que haja maior esforço para se alcançar qualidade no atendimento, redução de doenças e promoção da saúde integral.

REPRODUÇÃO

“Não é só de cirurgia que precisamos”, adverte Fernanda Benvenuty. Ela lembra que travestis e transexuais precisam de tratamentos específicos, como a hormonoterapia, mas também de práticas de atenção básica, como odontologia, a fim de que esse público não deixe de procurar pelos serviços — o que certamente trará economia para o sistema. A ausência de uma lei que garanta a colocação de prótese segura pelo SUS, cita, faz com que muitas trans recorram ao uso do silicone industrial e acabem procurando o serviço de saúde já com sequelas avançadas pelo uso indevido.

Em Sergipe, diz Andrey Lemos, não há iniciativa oficial formalizada. Ex-coordenador do programa municipal de DST, Aids e Hepatites Virais de Aracaju, ele conta que, embora haja sensibilidade em alguns setores — como o ambulatório de HIV e aids do município, onde a população das travestis sofre menos intolerância — e um plano municipal de enfrentamento ao HIV/aids para a população LGBT, a prestação de serviços de saúde ainda não é universal, integral e equitativa. “Falta tudo”, diz, informando que, em abril, estava em criação um comitê para debater e implementar a política nacional no estado. “A população travesti e principalmente a transexual não tem acesso garantido em qualquer política estadual ou municipal”.

No Acre, persiste o desafio de se oferecer cirurgia de readequação sexual, informa Germano Marino. Ele lembra que na região Norte não há centro médico que realize essa cirurgia — no país, o procedimento é realizado pelo SUS somente no Rio Grande do Sul, em

São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia. Germano relata a dificuldade que as transexuais têm para procurar algum desses centros, dada a distância e as longas filas, aguardando atendimento. “A saúde necessita ampliar esse serviço no Brasil”, reclama o ativista.

INVISIBILIDADE

Se para todas as pessoas transexuais, a situação permanece problemática, como avalia Marcelo Caetano, para os homens trans, ainda há o problema da invisibilidade — inclusive na própria política — alerta o ativista. Segundo ele, o texto da política nacional ignora a questão do câncer ginecológico entre homens trans, só se referindo aos cânceres ginecológicos entre lésbicas e mulheres bissexuais e aos tumores de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais. Marcelo reconhece que o debate é recente e que já houve mudanças nos últimos cinco anos, mas alerta que as políticas específicas ainda são tímidas. A dificuldade de acesso às cirurgias de readequação persiste, mas no caso dos homens é ainda maior, já que a faloplastia (construção do pênis) ainda é considerada experimental, e a metoidioplastia (baseada no crescimento do clitóris) nem mesmo é mencionada nas portarias e regulamentações sobre o tema.

Roselaine Dias também se refere à invisibilidade das mulheres lésbicas nos serviços de saúde, a partir de dados levantados pela antropóloga Nádia Meinerz (UFRGS), em Porto Alegre, que deram origem à defesa do protocolo clínico específico



Germano, do Acre: oferta de cirurgia de readequação sexual, restrita a quatro estados, precisa ser ampliada no país

para lésbicas e bissexuais. Segundo Roselaine, o levantamento demonstrou que os profissionais não sabiam como tratar a mulher que não tem relações heterossexuais, e registrou ainda relatos de violência institucional contra algumas mulheres que demonstraram sua homossexualidade.

HUMANIZAÇÃO E POLÍTICA

Mesmo depois da implementação do protocolo, ainda há relatos de discriminação no atendimento à população LGBT nos serviços de Porto Alegre, o que leva Roselaine a concluir que a questão também passa pela exigência de uma formação

ENTREVISTA / JEAN WYLLYS

‘Queremos direitos, não privilégios’

Jornalista, escritor, professor universitário e uma das principais vozes de defesa da comunidade LGBT no Legislativo, o deputado federal Jean Wyllys (PSOL/RJ) alerta que o fundamentalismo religioso é, hoje, o grande entrave à extensão da cidadania. Em entrevista à *Radis*, o integrante da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados (CDHM) revelou o contexto da eleição do deputado Marco Feliciano (PSC/SP) para a presidência da comissão e falou sobre as dificuldades enfrentadas pela população LGBT no Congresso Nacional. Autor de projeto que garante o direito de toda pessoa ao reconhecimento de sua identidade de gênero, ele alertou para as consequências da falta de efetiva implementação da política nacional de saúde para a população LGBT.

A política nacional de saúde integral da população LGBT reconhece que as desigualdades vivenciadas por essas pessoas geram iniquidades em saúde. Como enfrentar essas dificuldades?

Há vontade de estabelecer uma política pública em âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde,

e em âmbito estadual, no Rio de Janeiro. Mas há muito mais vontade do que uma política de fato, desenhada, com recursos garantidos para que ela aconteça. Não há política integrada ao sistema de saúde mais amplo. Somos tão acusados de querer privilégios, que temo que as pessoas interpretem que a comunidade LGBT quer um sistema de saúde próprio. O que queremos é uma política de saúde integrada à política mais ampla.

Quais as consequências da ausência dessa política na saúde?

Qualquer desigualdade gera impactos na saúde física e psíquica das pessoas. Sabemos o quanto as desigualdades sociais, raciais, as questões étnicas e a falta de uma política específica para a população afro-descendente tem gerado doenças específicas, da mesma maneira que as questões de gênero e de orientação sexual implicam impacto na saúde — não só o sofrimento psíquico que um homossexual masculino ou feminino sofre por não poder expressar sua identidade e seu desejo em uma sociedade homofóbica, mas também pelas questões biológicas.

O senhor pode dar exemplos desses impactos?

A vida nas cidades e a homofobia empurram homossexuais para uma sexualidade clandestina, praticada sem segurança, que incide em número maior de pessoas infectadas com o vírus HIV, sobretudo entre a população mais jovem. Nas instituições de Saúde

pública, há muita discriminação em relação a travestis e transexuais. Isso acaba alijando essas pessoas do direito à saúde, seja em momentos de trauma, quando são espancadas e aparecem feridas, seja na hormonoterapia, no uso do silicone industrial (porque não têm acesso a clínicas de cirurgia plástica), na falta de hospitais de referência para o trabalho de transgenitalização ou quando estão infectadas pelo HIV. O aumento da infecção por HIV entre jovens gays de 16 a 25 anos é uma prova de que a política de prevenção e a divulgação de informação não estão sendo executadas. O ministro [Alexandre] Padilha tem feito uma gestão elogiosa, mas está constrangido pela pressão parlamentar de uma bancada religiosa fundamentalista. Eles interpretam que levar informação para a população LGBT de maneira clara, reconhecendo sua existência e usando meios como a TV aberta, é proselitismo da homossexualidade, ou seja, incentiva a prática homossexual.

Que temas relacionadas à defesa dos direitos da população LGBT em discussão no Congresso Nacional enfrentam maior resistência?

Há grande resistência dos deputados em incorporar as questões de reivindicação da comunidade LGBT, da mesma maneira que acontece com a saúde indígena. É a dificuldade em reconhecer o cidadão em sua posição social e histórica, de pensar o cidadão em sua materialidade, levando em conta classe social, acesso a informação e bens de consumo, questões étnicas, regionais, de gênero e de orientação sexual. Depois de muita batalha, conseguimos garantir o

reconhecimento da juventude LGBT no texto do Estatuto da Juventude. Não se pode pensar em políticas de saúde para jovens, sem levar em conta que um homem gay de 15 a 28 anos é muito mais vulnerável à infecção pelo HIV do que um homem hetero.

Poderia citar outros projetos?

Protocolamos um projeto de lei sobre identidade de gênero, inspirado na lei [de 2012] aprovada na Argentina. Tentamos não só garantir às pessoas transexuais o uso do nome social, que tem impacto óbvio na saúde, mas também criar uma política de assistência às que querem passar pela transgenitalização. Queremos *despatologizar* a transexualidade, garantindo uma política de saúde voltada para ela. Não é doença, mas precisa de política específica, como a gravidez. Outro projeto é o de legalização do casamento igualitário (que tem impacto nas políticas previdenciárias, de plano de saúde etc.). Há ainda outros mais pontuais, como o que quer garantir direitos previdenciários.

E em relação à homofobia?

Há o PL 122/2006, que cria o tipo penal homofobia, que não existe no momento, e altera a Lei do Racismo (7.716/89), incluindo discriminação por idade, por deficiências, por orientação sexual e por expressão de gênero. O projeto ganhou o nome

FOTO: CRISTINA GALLO/AGÊNCIA SENADO | WIKICOMMONS





FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Roselaine: crítica à invisibilidade e defesa de protocolo clínico específico para lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde

mais qualificada dos quadros do SUS. “O que ainda falta para nós é a formação do profissional para o respeito e acolhimento”, disse. Germano Marino, Marcelo Caetano e Andrey Lemos têm a mesma opinião sobre a formação. “O Ministério da Saúde não tem condição de fiscalizar todos os atendimentos, e nem todas as pessoas têm acesso às informações sobre seus direitos”, justifica Marcelo.

Segundo Kátia Souto, está em elaboração, na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), um módulo de educação a distância para profissionais de saúde da atenção básica. Está, ainda, prevista para o segundo semestre de 2013 a realização de um projeto de pesquisa, em parceria

de criminalização da homofobia, mas vai além. Vivemos num país com uma população que se informa basicamente pelos meios de comunicação de massa e que desconhece que algumas pessoas têm menos direitos que outras, por conta de sua orientação sexual ou identidade de gênero. Hoje, um homossexual tem quase cem direitos a menos que um heterossexual. Quando reclamam por direitos, são acusados de querer privilégios.

Essa é a principal consequência da interferência dos grupos religiosos?

É, sim, e não interferem só na batalha legislativa. Estamos olhando demais para o Congresso e esquecendo que as Câmaras de Vereadores estão tomadas por pastores evangélicos fundamentalistas. Parte expressiva da Saúde Pública é oferecida pelo município. Os pastores fundamentalistas vêm agindo, sobretudo, na televisão, onde a grande maioria se informa. No Brasil, a população ainda é muito vulnerável ao assistencialismo das igrejas, que não muda a estrutura da sociedade, nem garante direitos, só fortalece o seu prestígio e tira dinheiro, por meio do dízimo. Uma política de cotas, por exemplo, não é vista como reparação a um mal causado historicamente, e sim como privilégio. O fundamentalismo religioso é, hoje, o grande entrave à extensão da cidadania.

Como analisa a eleição do deputado Marco Feliciano para a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara?

Além das acusações de racismo e homofobia, ele

com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), sobre acesso e qualidade da atenção à saúde de LGBT no SUS.

Andrey defende que é preciso ocupar os espaços políticos, para que gestores tenham apoio da sociedade civil ao implementar políticas inovadoras. “Do contrário, o prefeito pode ter vontade, mas a base fundamentalista pode estar mais organizada e, aí, perdermos novamente”. Neste sentido, ele considera que a indicação do deputado Marco Feliciano (PSC/SP) para a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados — considerado homofóbico e racista por conta de declarações públicas que fez contra homossexuais e negros (*Radis* 127) — é resultado de falta de articulação. “Estamos em todos os locais, menos nos espaços de poder”, avaliou.

“Estamos avançando no SUS, e com isso abrimos portas para o reconhecimento dessa população em outras políticas públicas”, diz Kátia Souto. Na avaliação de Germano Marino, o crescimento de um “parlamento religioso” tem impedido o avanço de qualquer projeto que assegure direitos civis à população LGBT. Marcelo Caetano chama atenção para a necessidade de se lutar por um Estado verdadeiramente laico, onde haja “respeito integral às diferenças”, sem que as políticas estatais sejam pautadas por convicções pessoais. Ele afirma que o Executivo tem exercido “papel fundamental nos retrocessos”, já que permitiu vetos do kit contra a homofobia e das campanhas de prevenção à aids (ver matéria na pág. 2 e *Radis* 115 e 123). “O Executivo está tomando lado, e não está sendo o das minorias, nem o do Estado laico”.

é acusado de exploração comercial da boa fé das pessoas mais pobres e de estelionato. Lamento que tenha assumido a presidência da CDHM, lamento o acordo político (envolvendo PT, PMDB, PSC) feito para garantir a comissão aos fundamentalistas religiosos. Esse movimento ocorreu com vistas a 2014, ano complicado em termos eleitorais, com a emergência da Marina Silva. Por ser evangélica, ela dialoga muito com essa população, que não é tão numerosa, mas vem crescendo. Foi uma forma de garantir à presidenta Dilma o apoio dessas igrejas, que por uma questão de identificação, poderiam ir naturalmente para a Marina. Com esse apoio, garante-se que o PSC e os pastores da Comissão, apoiem sua reeleição. Eles se apropriaram da Comissão para banir os temas ligados à diversidade sexual, às religiões de matriz africana e às demandas dos povos indígenas, dando aos direitos humanos uma perspectiva meramente assistencialista, de caridade.

Qual o contexto dessa articulação?

Há uma questão de fundo que é a disputa pública sobre a noção de direitos humanos. O que está se discutindo já acontece em nível internacional. Países como Libéria, Uganda e Irã criminalizam e punem a homossexualidade com prisão, trabalhos forçados ou pena de morte. Eles pressionam a ONU para que não levem em conta a discriminação homossexual como critério para impedir que eles ingressem nas Nações Unidas. Esses países querem separar os direitos LGBT dos Direitos Humanos. (A.D.L)

Atendimento integral, sem constrangimento, em São Paulo

“Aqui nós somos tratadas com respeito e não sofremos constrangimento”, conta a cabelereira paulista Heloísa Aurora, usuária do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT) do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT) de São Paulo. Ela saía de mais uma sessão de acompanhamento psicológico — necessário para transexuais que desejam se submeter à cirurgia de readequação sexual pelo SUS —, quando conversou com a reportagem da *Radis* sobre o atendimento prestado pelo serviço, pioneiro no Brasil. Ao seu lado, no jardim do CRT, a cozinheira Samira [que preferiu não informar o sobrenome] explica que não encontra o tratamento respeitoso em outras unidades de saúde, e enaltece a importância de ter acatado o seu direito de ser chamada pelo nome social. “Já passei muito constrangimento”, revela a brasileira, informando que foi no ASITT que recebeu as primeiras orientações para mudar seu nome no registro civil.

Além do tratamento psicológico, o ambulatório, criado pelo governo do estado de São Paulo em junho de 2009, com equipe multidisciplinar, oferece atendimento às especificidades de saúde de travestis e transexuais, diagnosticadas a partir de conversas entre a equipe do CRT, movimento LGBT e a equipe do Centro de Referência da Diversidade (CRD) da prefeitura paulistana. Desses encontros, foram levantadas demandas específicas, relacionadas a demora para se conseguir a cirurgia de readequação sexual, problemas causados pela falta de orientação sobre hormonoterapia para travestis e pelo uso de prótese de silicone industrial, necessidade de adequar a voz à nova identidade e dificuldade de acesso aos serviços por conta de preconceito, entre outras. Além delas, o ambulatório também oferece acompanhamento médico e odontológico que respeita as especificidades dessas pessoas.

Para a psicóloga Judit Lia Busanello, diretora do núcleo de DST do CRT, a principal marca do ASITT é o respeito à cidadania e à identidade de

gênero. Ela lembra que uma das primeiras orientações dadas à equipe foi garantir que respeitassem o uso do nome social de usuáries e usuáries. “O simples fato de garantir esse respeito já facilita o acesso ao serviço à adesão aos demais tratamentos”, orienta. Ela explica que é comum transexuais e travestis se recusarem a ser atendidos quando são chamados pelo seu nome de registro. “Essa sensibilidade precisa ser melhor trabalhada com os profissionais do SUS”, recomenda.

Judit alerta que, apesar de o serviço ainda não ser ideal, traz ganhos para a Saúde Pública, já que desestimula tratamentos ofertados por clínicas clandestinas — tratamento hormonal, aplicação de silicone e até cirurgias plásticas — responsáveis por danos à saúde, muitas vezes irreversíveis. “Essas pessoas não precisam mais viver na clandestinidade, nem na saúde, nem em suas vidas”, diz. Ela considera importante que os profissionais de saúde estejam dispostos a ouvir, fazer o acolhimento sem julgamento. “Nossa missão, como servidores da Saúde, é promover saúde; como fazer isso? Escutando as pessoas. Ninguém vai a uma unidade de saúde se não precisa de ajuda”, observa. “Quando isso não acontece, o profissional gera doença ao invés de promover saúde”. Sobre as pressões externas, ela diz não se intimidar, e recomenda um antídoto: “Se você se propuser a fazer seu trabalho dentro dos princípios do SUS, não há pressão capaz de interferir”, assegura.

“O preconceito e a rejeição aparecem de maneira muito sutil”, considera a técnica de enfermagem Taís de Azevedo. Educadora e recepcionista do Centro de Referência da Diversidade — instituição parceira do ASITT desde sua fundação —, ela se refere aos episódios de discriminação que viveu na relação com profissionais de saúde. “Quando se presta atenção na vida, não há tempo para preconceito, nem contra as pessoas que não sabem lidar com os próprios preconceitos”, recomenda. Ela considera que o melhor remédio contra a discriminação é a informação, já que garante autoestima e a manutenção da saúde.

FOTOS: CAROLINA NIEMEYER



Samira (E) e Heloísa, no ambulatório de saúde integral: dificuldade de encontrar tratamento respeitoso em outras unidades de saúde

Diferenças nos sistemas da América do Sul

Livro aponta que metade dos países tem direito à saúde assegurado, mas noção de universalidade varia e financiamento ainda é desafio

Bruno Dominguez

Um continente, múltiplas formas de organização dos sistemas de saúde. É o que retrata o livro *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, lançado em 2012 pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), ainda sem versão em português (disponível para download em www.isags-unasur.org). A publicação apresenta um panorama dos sistemas de saúde dos 12 países que integram o Conselho de Saúde Sul-Americano da União de Nações Sul-Americanas (Unasul): Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

Cumbe a profissionais de cada um dos 12 ministérios da Saúde escrever sobre seus respectivos sistemas de saúde, a partir de um guia que incluía 11 dimensões, acordadas pelos países e discutidas em oficinas: Direitos sociais e saúde; Estrutura e organização do sistema de saúde; Situação da universalidade, integralidade e equidade; Financiamento; Macrogestão; Vigilância em saúde; Força de trabalho em saúde; Ação sobre os determinantes sociais da saúde; Insumos estratégicos para a saúde; Pesquisa e inovação em saúde e Cooperação em saúde.

“Buscamos um arcabouço que pudesse dar conta da amplitude e da complexidade que existem em um sistema de saúde”, diz uma das organizadoras do livro, a chefe de gabinete do Isags, Mariana Faria — que integrou a equipe junto a Ligia Giovanella, pesquisadora da Fiocruz, Oscar Feo, consultor do Isags, e Sebastián Tobar, diretor de Relações Internacionais do Ministério da Saúde da Argentina. Os estudos analíticos sobre os documentos de cada país ainda estão em estágio inicial, contudo dois capítulos já contêm análises, explica Mariana. “Como avanços, estão apontados o fato de metade dos países da Unasul ter o direito à saúde assegurado constitucionalmente, garantirem participação social e debaterem os determinantes sociais da saúde; e desafios regionais comuns são a força de trabalho em saúde e o financiamento”.

MARCO CONSTITUCIONAL

Seis dos 12 países consideram a saúde direito universal em sua Constituição — Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai, Suriname e Venezuela. Mas os enfoques variam: “alguns países se referem a esse direito de modo geral, outros o relacionam

com os determinantes sociais da saúde e alguns acrescentam preocupação expressa do direito à saúde também como garantia de acesso aos serviços de saúde”, avaliam Ligia Giovanella, Gabriela Ruiz, Oscar Feo, Sebastián Tobar e Mariana Faria, no capítulo *Sistemas de Salud en América del Sur*.

Durante reformas constitucionais recentes, assinalam os autores, países como Venezuela (1999), Bolívia (2009) e Equador (2008) tiveram a preocupação de incorporar a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado — tal qual fez o Brasil em 1988.

Algumas constituições não tratam a saúde como direito, mas garantem a proteção da saúde. No Uruguai, a menção ao direito à saúde está em leis, e não na Constituição. E ainda há casos em que não existe qualquer referência à saúde como direito ou responsabilidade do Estado, como a Argentina.

UNIVERSALIDADE PENDENTE

Na prática, a constatação dos pesquisadores é que nenhum país da região tornou realidade o ideal de um sistema público, único e universal de saúde para todos os cidadãos. Nem mesmo o Brasil. “Em todos os países coexistem um setor público e um setor privado, com maior ou menor presença na organização do sistema, seja na prestação de serviços ou no asseguramento”.

“Na América do Sul, diferentemente dos países europeus, a universalização da proteção social em saúde não se completou de modo uniforme. Embora em alguns casos a cobertura formal alcance toda a população, os sistemas, em geral, são fragmentados e segmentados”, informa o texto. Mesmo com reformas recentes, a avaliação é de que ainda predominam sistemas com diversos subsistemas responsáveis pela proteção de grupos populacionais diferenciados segundo renda, inserção no trabalho ou característica biológica — “o que gera desigualdades”. A segmentação do sistema, com coberturas distintas, é destacada como problema pela maioria dos países em seus documentos.



Publicação do Isags apresenta panorama dos sistemas de saúde dos 12 países do Conselho de Saúde Sul-Americano do Unasul



Judith: respeito a cidadania e identidade de gênero facilita acesso ao serviço e adesão aos demais tratamentos

Usuária do ASITT, Taís traz na bagagem as experiências de ter trabalhado, no fim dos anos 80 e início dos 90, ao lado da militante transexual brasileira Brenda Lee (1948-1996) — na casa de apoio em que acolhia pessoas soropositivas que saíam dos hospitais e não tinham para onde ir, muitas rejeitadas pelas famílias. Sem os antirretrovirais, a maioria morria rapidamente em decorrência da aids. Daquele tempo, guardou muitos ensinamentos. “Como manter uma pessoa saudável quando ela está só, sem amparo, sem respeito?”, questiona. Ela considera que a falta de sensibilidade continua. “A mentalidade da saúde pública tem que mudar, porque mata as pessoas”, alertou. O antídoto, defende, é investir na formação de profissionais que acolham as necessidades com respeito.

As recomendações de Taís estão em sintonia com o que oferece o CRD. Localizado na zona central de São Paulo, o centro — fruto de parceria entre o projeto Nós do Centro, da Secretaria de Ação Social do município de São Paulo e a ONG Pela Vidua — é o único na cidade com a proposta de atender as demandas de assistência social da população LGBT.

Curso de cabeleireiro, uma das formações profissionalizantes oferecidas pelo centro de referência



Tais, que viveu episódios de discriminação na relação com profissionais de saúde: “mentalidade da saúde pública ainda mata”

Tem parceria da rede de assistência social da prefeitura, serviços de saúde especializados como o ASITT e a Unidade Básica de Saúde da Barra Funda — que presta atendimento para travestis; encaminha pessoas para vagas de trabalho e busca inseri-las na vida escolar, oferecendo cursos de capacitação e oficinas de geração de renda. A maioria dos usuários é de travestis e e transexuais e em situação de rua.

Coordenador do CRD, o administrador Sérgio Rodrigues informa que a preocupação com a promoção à saúde está na base dos trabalhos que desenvolvem. A partir da experiência acumulada no centro, ele orienta que respeito e escuta são as palavras-chaves para acolher esta população nos serviços. Cabeleireira nas horas vagas, Patrícia Borges tenta melhorar a renda aprimorando-se no curso profissionalizante oferecido pelo CRT. Auxiliar de serviços gerais em um shopping da capital paulista, ela diz se sentir acolhida no local e mais segura para conviver com a discriminação da sociedade. “Temos que enfrentar a sociedade todos os dias”. (Adriano De Lavor. Fotos: Carolina Niemeyer)



Sergio, coordenador do CRT: preocupação com a promoção à saúde e respeito e escuta para acolher população LGBT



De maneira geral, resume o livro, os sistemas de saúde estão constituídos por um setor de seguro social para os que integram o mercado formal de trabalho, um setor público que cobre em parte as pessoas em situação de pobreza e um setor privado utilizado pela faixa com maior renda. Parte dos países ainda tem seguros públicos para grupos específicos, como a população materno-infantil, idosa ou em extrema pobreza. E em alguns ainda há uma alta porcentagem de excluídos do acesso aos serviços de saúde. A cobertura por seguros privados é baixa na maioria dos países, variando entre 5% e 25%.

A publicação identifica que, em novo contexto político e social desde meados dos anos 2000, com a consolidação das democracias no continente e a presença de governos comprometidos com a redução das desigualdades sociais, a cobertura universal passou a ser preocupação de todos os governos e países da América do Sul, que têm levado adiante iniciativas para alcançá-la. Mas os caminhos são diversos.

De acordo com os pesquisadores, há duas principais tendências para a universalização na região, com diferentes repercussões sobre o direito à saúde. De um lado, garantir a cobertura por meio

de seguros diversificados, em geral com pacotes de serviços heterogêneos e dirigidos a distintos grupos populacionais, segmentados por alguma característica específica ou nível de renda. De outro, construir sistemas únicos, públicos e universais com a ampliação da cobertura do sistema público e integração das redes de prestação de serviços de saúde do ministério da Saúde e do seguro social.

SUBFINANCIAMENTO

Apesar de não haver dados suficientes sobre o financiamento da saúde nos 12 países, conforme apontam os autores, o livro consegue identificar que o gasto público no setor em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) é “baixo ou muito baixo” — entre 1,8% e 4,8% — em comparação com os sistemas do mundo que alcançaram cobertura pública universal.

Na metade dos países, a participação de gasto público na saúde não alcança 50%, com tendência de melhora desde 2000. Nos países da Europa ocidental com cobertura pública universal, o gasto público varia de 70% a 85% do total do setor e a relação com o PIB fica entre 7% e 9%.

“Apesar de as realidades econômicas, sociais e políticas serem muito distintas e não permitirem comparações, o confronto desses dados de participação do gasto público em países com sistemas universais indica que, considerada a produção de riqueza nacional, nosso investimento público em saúde é baixo”, observam os pesquisadores. Para eles, o alcance da universalidade com equidade na América do Sul depende do aumento drástico do financiamento público da saúde. “Podemos dizer que as barreiras a se superar são mais políticas do que econômicas, pois é na arena política que se processa a luta por distribuição de recursos entre os setores”, analisa a publicação.

O livro aponta, já no título, os desafios para os sistemas de saúde: universalidade, integralidade e equidade. Citando o professor americano da Universidade da Califórnia Milton Roemer (1916-2001) — que defendeu que a oferta de serviços de atendimento à saúde é geradora da própria demanda —, os autores argumentam que “os sistemas universais parecem ser o melhor modelo para proteger e promover a saúde da população”. Isso implica, consideram, uma combinação de ampliação da cobertura, do espectro dos serviços oferecidos

e do financiamento público (preferencialmente proveniente de impostos). “Na América Latina, os maiores avanços em matéria de universalidade com integralidade e equidade estão representados pelos sistemas únicos de saúde, com exemplos de Cuba e Brasil, e que se pretende pôr em marcha em países como Venezuela, Bolívia e Equador”.

O trabalho reafirma que o direito à saúde deve ser entendido de forma integral, como direito à vida, não como direito à atenção às doenças ou ao bem estar físico e mental. E, em uma região marcada pela desigualdade como a que foi estudada, a equidade também se coloca como condição básica, com igualdade de acesso e uso dos serviços de saúde para os que necessitam, independentemente de sua capacidade de pagar por isso. No capítulo capítulo *Sistemas universales de salud en el mundo en transformación*, o diretor-executivo do Isags e ex-ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, observa que “é necessário pensar a saúde como parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão em direção a um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o bem estar social e a sustentabilidade”. 

Público e privado na América do Sul: dados da pesquisa mostram diversidade de práticas e formas de organização entre os países

ARGENTINA



- **Subsetor público:** Cobertura formalmente considerada universal, volta-se, na prática, a 35% da população (os que não contam com seguridade social, em geral, os de menor renda).
- **Subsetor de seguridade social:** voltado aos trabalhadores do mercado formal, cobrindo 55% da população, financia serviços prestados por instituições privadas e médicos contratados. Conta, ainda, com o Instituto de serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas.
- **Subsetor privado:** 8% têm planos de saúde.

BOLÍVIA



- **Subsetor Público:** coordenado pelo Ministério da Saúde e do Desporto atende os não afiliados ao seguro social e alcança 11% da população.
- **Subsetor de Seguridade social:** formado por nove Caixas de Saúde, cobre 30,6% da população, voltando-se aos trabalhadores assalariados.
- **Exclusão em saúde:** 57,5% não têm cobertura.
- **Inclusão:** 100% dos idosos e 100% da faixa dos 0 a 4 anos cobertos por seguros públicos ou sociais.

BRASIL



- **Setor público:** Sistema Único de Saúde, de acesso universal, atenção integral e três níveis de gestão — União, estados e municípios.
- **Setor privado:** 25% têm planos de saúde, contando, assim, com dupla cobertura.

CHILE



- **Subsistema público:** Sistema Nacional de Serviços de Saúde, integrado pelo Ministério da Saúde e seus organismos, cobre 74% da população (trabalhadores formais, que entram com cotas, e grupos em situação de pobreza).
- **Subsistema privado:** composto pelas Instituições de Saúde Previsional (Isapre) — seguradoras privadas, clínicas e centros médicos privados —, cobre 17% da população.

COLÔMBIA



- **Sistema Geral de Seguridade Social:** cobre 96% da população (42,6%, por contribuição, voltado a trabalhadores do setor formal e suas famílias ou outros com capacidade de pagamento; 48,8%, por subsídio, para cobertura da população sem poder aquisitivo; e 4,8%, por sistemas de saúde independentes, como o das Forças Armadas ou de profissionais do magistério)

EQUADOR



- **Setor público:** O Ministério de Saúde Pública é o principal provedor à população de baixo poder aquisitivo (70%).
- **Setor de seguros sociais:** compreende o Instituto Equatoriano de Seguridade Social, voltado a trabalhadores formais, com cobertura de 17,6%; o Seguro Social Campesino (6,5%); e os institutos de Seguridade Social das Forças Armadas (1,6%) e Polícia Federal (1,8%).
- **Setor privado:** 8,2% têm planos de saúde.
- **Inclusão:** cobertura universal na gravidez, parto e pós-parto, e a crianças de até cinco anos.

GUIANA



- **Setor público:** Atenção à saúde proporcionada pelo Pacote de Serviços de Saúde com Garantia Pública, do Ministério da Saúde. O sistema está organizado em dez regiões de saúde que proporcionam atenção primária, secundária e, somente em alguns casos, terciária.
- **Setor privado:** realiza a maioria dos serviços de nível terciário (a população recorre também a atendimento no exterior), sendo necessário pagamento direto por parte do usuário.

PARAGUAI



- **Setor público:** o Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social cobre 76% da população, mas há brechas na cobertura.
- **Setor de seguridade social:** o Instituto de Previsão Social (IPS) cobre 16,4% da população.
- **Outras coberturas:** 7% têm seguro médico privado ou militar.

PERU



- **Setor público:** o Ministério da Saúde oferece o Seguro Integral de Saúde a 39,3% da população, com foco naqueles em condição de pobreza.
- **Setor de seguridade social:** o Ministério do Trabalho oferece o Seguro Social de Saúde, a trabalhadores formais, com cobertura de 20,7%.
- **Setor privado:** entidades prestadoras de saúde, seguradoras privadas, clínicas e organizações da sociedade civil, atendendo 7%.

(Em 2011, foi criado o *Aseguramiento Universal en Salud*, com pacote básico de atenção).

SURINAME



- **Setor público:** o Fundo Estatal de Saúde cobre 21% da população, aí incluídos todos os funcionários públicos e seus dependentes. O Ministério de Assuntos Sociais e Habitação, o maior provedor de fundos para atenção em saúde do governo, cobre 24% da população, com foco nos “pobres ou quase pobres”, subvencionando cuidados em saúde.
- **Setor privado:** os planos de saúde de empresas cobrem 10% e os seguros privados, 3%.
- **Exclusão:** 36% da população não estão assegurados.

URUGUAI



- **Setor público:** o Seguro Nacional de Saúde cobre 53% da população e a Administração de Serviços de Saúde do Estado, 30%. O atendimento público pode se dar em parceria com seguros privados e com as Instituições de Assistência Médica Coletiva.
 - **Setor privado:** 13% da população.
- (Lei de 2007 criou o Sistema Nacional Integrado de Salud, para incorporar 71% da população até 2016).

VENEZUELA



- **Subsistema público:** o Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) é formado por instituições da administração pública, financiado por recursos públicos, com cobertura universal.
- **Seguro Social:** o Instituto Venezuelano de Seguridade Social oferece serviços de saúde a trabalhadores formais, dos setores público e privado, atingindo 17,5% de cobertura (em 2000, foi aberto a toda a população).
- **Subsistema privado:** 11,7% têm seguros médicos.



EVENTOS

5º Colóquio Interamericano de Educação em Direitos Humanos

Promovido pela Rede Interamericana de Educação em Direitos Humanos (Riedh), a Universidade Nacional de Quilmes (UNQ), da Argentina, e a Universidade Federal de Goiás (UFG), e mais sete universidades parceiras, o evento será organizado em torno de oito eixos temáticos: Formação de formadores, Direito à memória, à verdade e à justiça na América Latina, Democracia e Comunicação, Políticas Públicas e Marcos Legais na América Latina, Desigualdades, diferenças e diálogos interculturais, Fundamentos Teórico-Methodológicos, Movimentos Sociais, Educação Popular e Extensão Universitária e Desafios e limites de um campo de conhecimento interdisciplinar. Estão programadas oito mesas-redondas, além de grupos de trabalhos e exposição de pôsteres.



Data 11 a 13 de setembro de 2013

Local Universidade Federal de Goiás, GO
Informações <http://eventos.ufg.br/VCIEDH> e <http://coloquioedh.blogspot.com.br>
(62) 3209-6022 e (62) 3209-6026 (fax)

2º Encontro Ibero-Americano de Toxicologia e Saúde Ambiental (Ibamttox)

Voltado a estudantes e profissionais, o evento, resultado de parceria entre a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual Paulista (Unesp) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), reunirá especialistas brasileiros e estrangeiros, entre eles, editores e membros do corpo editorial de revistas da área, como *Toxicological Sciences* e *Neurotoxicology*. Serão debatidos temas como poluição e seus efeitos sobre a saúde, biomonitoramento, nanotoxicologia, ecotoxicologia, toxicologia reprodutiva, contaminação da água e do solo, desafios toxicológicos e ambientais, contaminação alimentar e a legislação relacionada ao tema.



Data 17 a 19 de junho de 2013

Local Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP/Campus Ribeirão Preto, SP
Informações www.ibamttox.com.br e www.enci.com.br/2013ibamttox@cfrrp.usp.br

LIVROS

Cultura médica

Medicina que cura, medicina que adoce, de Hans-Georg Eberhardt (editora ARZT), faz uma crítica à cultura médica que toma como foco a supressão de sintomas, pelo uso de medicamentos como antibióticos e antiinflamatórios, apontando que a humanidade é obrigada a pagar um pesado tributo em troca do combate a agentes patogênicos no organismo: a crescente epidemia das doenças crônicas. O autor, seguidor da tradição médica empírica alemã, busca resistir aos dogmas da medicina acadêmica e oficial e aponta que o organismo é um sistema dinâmico, com alta capacidade de compensação, que põe em prática seus programas ancestrais de regulação e adaptação.

**Médico-pesquisador**

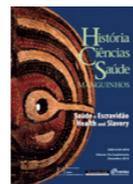
Um homem, uma doença, uma história — Lições de Carlos Chagas para o estudante de Medicina contemporâneo, de Bruno A. L. Jorge e Pedro G. Lanzieri (Editora da UFF), destaca a contribuição de Carlos Chagas para a ciência, com o objetivo de despertar o “cientista em potencial” que pode existir em cada estudante de Medicina. O sanitarista representa a tradução desse ideal de médico-pesquisador, tendo apresentado como maior contribuição para a Medicina a doença que leva seu nome, o Mal de Chagas. Carlos Chagas buscou reformar o sistema sanitário brasileiro, ao mesmo tempo em que, como diretor da Fiocruz, incentivava os estudos científicos voltados às patologias tropicais, então pouco estudadas. Sua vida e obra, histórico da descoberta do Mal de Chagas, características da doença e o cenário atual são alguns dos temas tratados no livro.

**Donos do tempo**

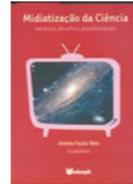
Aldeia do Silêncio, de Frei Betto (Rocco), conta a história de um homem que vive com a mãe e o avô, distante das grandes cidades, sem noção de dia, mês, ano e horas. Na companhia da natureza e de dois animais, uma cadela e um urubu, os personagens são donos do próprio tempo, em contraponto com o ritmo acelerado, permeado pela tecnologia, que caracteriza o mundo de hoje, em que as pessoas estão permanentemente conectadas.

**Saúde e escravidão**

O suplemento do volume 19 da revista História, Ciências, Saúde — Manguinhos, periódico da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), tem como foco saúde e escravidão. Em 15 textos, alguns em inglês, são analisadas questões como corpo, saúde e alimentação na Marinha de Guerra no período pós-abolição; mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro; os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880; aleitamento materno, ciência e escravidão; tétano entre escravos e nascidos livres no Brasil; e morfologia dos quilombos nas Américas. A versão online da revista está disponível em www.coc.fiocruz.br/hscience/vol19_suplemento.html

**Discurso científico**

Midiatização da Ciência: cenários, desafios, possibilidades, organizado por Antônio Fausto Neto (EDUEPB), reúne reflexões sobre os atuais processos de midiática da ciência, debatidos no seminário de mesmo nome, realizado em 2010 na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), no Rio Grande do Sul, com cientistas, editores de publicações especializadas, editores de TV, pesquisadores e professores. Os artigos tratam de temas como os diferentes processos e leituras de estratégias de midiática do discurso científico; o papel das universidades, em sua formação, produção, apoio e divulgação; e a celebração e popularização da ciência.

**ENDEREÇOS**

Arzt
(21) 2612-0698, 2612-0319 e 8817-0698
www.arzt.com.br

Editora da UFF
(21) 2629-5287
www.editora.uff.br

Rocco
(21) 3525-2000 e 3525-2001 (fax)
www.rocco.com.br

COC/Fiocruz
(21)3865-2208, 3865-2194
www.coc.fiocruz.br/hscience

Eduebp
(83) 3315-3300
eduepb.uepb.edu.br

Saúde e paz: a busca por um discurso mobilizador



Feizi Mastour Milani*

Quando se contemplar o panorama histórico do enfrentamento às violências na sociedade brasileira não é difícil constatar que um dos nós críticos continua a ser a ausência de um discurso capaz de aglutinar vontades políticas e mobilizar compromissos e esforços individuais, coletivos e institucionais. As propostas estritamente focadas em atuação policial, arcabouço legal e/ou aparato prisional ainda hoje predominam no senso comum, tendo por premissa a demonização do perpetrador de violência — com especial veemência se o mesmo for pobre, preto ou da periferia. Essa perspectiva fundamenta um discurso no qual não existe qualquer espaço para a ação cidadã, o diálogo social ou a participação coletiva.

A primeira proposição é que tal discurso deve enunciar o que se almeja, não se limitando apenas a negar o indesejado. Em outras palavras, deve focalizar a paz (o que se quer), ao invés da violência (o que não se quer). A rejeição ou negação do indesejado, por mais intensa que seja, é incapaz de gerar o desejado. A ausência de violência não implica surgimento da paz. Quem quer a paz? Quem não quer a paz? Se fizermos essas perguntas a muitas pessoas, constataremos que todas afirmarão desejar a paz. Contraditoriamente, se todos dizem querer a paz, por que ela é tão difícil de ser alcançada?

As respostas são muitas. É possível perguntar se há sinceridade entre os que afirmam querer a paz e seus múltiplos entendimentos. Uma situação ditatorial pode ser considerada mais pacífica do que um ambiente democrático, no qual as divergências são visíveis? Além disso, geralmente a violência só é reconhecida em suas expressões físicas ou criminosas — portanto, se não houver agressões corporais ou crimes, considerar-se-á que a paz já tenha sido alcançada, mesmo que persistam situações como miséria, fome ou racismo.

Outro motivo que pode ser apontado é que há certa acomodação dos que desejam a paz. Além disso, há, ainda, a crença de que o ser humano

é inerentemente violento. Se acreditamos nisso, como é possível nos engajarmos, sinceramente, na construção da paz? Temos, assim, algumas assertivas que podem ocupar a centralidade do discurso: a violência não é inerente à espécie humana; consequentemente, ela pode ser prevenida e superada. A violência, tanto quanto a paz, são comportamentos aprendidos e valores socialmente construídos e possuidores de uma dimensão ética e moral. Cooperação, diálogo, solidariedade, diversidade, generosidade e empatia favorecem a construção de uma cultura de paz. E isso tem a ver com saúde.

O discurso da paz deve ser centrado na “promoção de uma cultura de paz”, da mesma forma que a Saúde Pública prioriza a “promoção da saúde”. Entendemos que a adoção de um discurso de promoção da cultura de paz não significa o abandono das ações de prevenção da violência. Trata-se de reconhecer o lugar epistemológico de cada um — a cultura de paz tem o papel da utopia que inspira, mobiliza e norteia, é o propósito final de uma multiplicidade de esforços; a prevenção da violência é uma das estratégias que contribuirão para a sua concretização.

Profissionais e gestores de saúde, acadêmicos e autoridades governamentais vêm reconhecendo crescentemente que as violências precisam ser enfrentadas como um problema de Saúde Pública. Esse setor tem desempenhado papel cada vez mais ativo na definição de políticas públicas e programas direcionados a diversas modalidades de violência — tentando ultrapassar as tradicionais tarefas de assistência às vítimas e elaboração de análises epidemiológicas para adentrar, finalmente, nos campos da prevenção da violência e da educação em saúde focada na promoção da paz.

Isso não significa que uma questão tão complexa e multicausal como as violências possa ser responsabilidade ou domínio exclusivos do setor Saúde, mas sim que compete a este desempenhar um papel de articulação dos demais setores envolvidos com a problemática — tanto governamentais, quanto da sociedade civil organizada e da iniciativa privada — em uma atuação integrada e sinérgica.

É nesse momento histórico, de transição de papéis e formas de atuação, que se torna premente a necessidade de um novo discurso — intersetorial, transdisciplinar, em contínuo processo de elaboração e revisão — capaz de aglutinar novos e tradicionais atores sociais, e mobilizar vontades políticas e compromissos coletivos em favor de um dos pré-requisitos mais importantes da saúde: a paz.

*Professor do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (Uneb), doutor em Saúde Pública, médico, fundador do Instituto Nacional de Educação para a Paz e os Direitos Humanos (Inpaz). www.feizimilani.blogspot.com. Especial para a *Radis*.



foto: Marcelo Valle

**Tem muito mais saúde e cidadania no ar.
Tem mais Canal Saúde para você.**

Muito mais informação.

Agora são 14 horas diárias de notícias, entrevistas, reportagens e séries nacionais e internacionais. Assista, das 8h às 22h, e faça o download dos programas em nosso portal, 24 horas por dia, sete dias por semana.

Muito mais diversão e educação.

Dezessete novas atrações para todos os públicos, todos os dias. Nos fins de semana, uma faixa exclusiva para crianças.

Muito mais interação.

Pelo site, pelas mídias sociais e pelo telefone, você também faz acontecer o **Canal Saúde** que você quer.



canalSAÚDE

Construindo cidadania



Ministério da
Saúde

