

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

Nº.133 – OUT 2013

RADIS


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP


FIOCRUZ



SOMOS TODOS AROUCA

Sanitarista inspira balanço das conquistas
e fortalecimento das lutas na Saúde

Parto natural na telona

Documentário exibido nos cinemas questiona modelo obstétrico que leva o Brasil a ser campeão mundial de cesarianas

SAIBA MAIS

Site do filme *O renascimento do parto*:
www.orenascimentodoparto.com.br

Elisa Batalha

Levar para a telona a causa do parto humanizado e atingir público mais amplo do que o do circuito de ativistas foi o que moveu a psicóloga, acupunturista e doula Érica de Paula e seu marido, o produtor e diretor Eduardo Chauvet, a realizar o filme *O renascimento do parto*, que entrou em exibição em circuito nacional nas salas de cinema brasileiras. “O audiovisual consegue fazer em poucos minutos o que precisamos de muitas horas em outras abordagens (palestras, textos etc). E possui alcance e impacto muito maior, ao unir palavras, música, imagens, emoção”, analisa Érica. Com visual caprichado, o documentário, de 90 minutos, emociona ao mostrar nascimentos entremeados a depoimentos de mães, pais e profissionais de saúde e pesquisadores sobre as causas dos altos índices de cesarianas do país, o que mais utiliza esse tipo de via de nascimento em todo o mundo. Atualmente mais da metade das crianças brasileiras nasce por meio da cirurgia. A incidência de cesarianas aumentou de 37,8% do total de partos, em 2000, para 52,3%, em 2010. A OMS recomenda que a taxa não ultrapasse os 15%, e alerta que o excesso aumenta a mortalidade de mães e de crianças (*Radis* 117).

“Trabalho com gestantes desde 2009, e sempre percebi que as mulheres careciam de informações de qualidade a respeito da gestação e do parto, muitas vezes sofrendo procedimentos desnecessários ou não tendo o seu desejo de parto normal atendido, mesmo em gestações absolutamente saudáveis”, conta Érica.

‘CROWDFUNDING’

O casal rodou o filme com recursos próprios, mas, na etapa de distribuição, a opção encontrada para levantar o valor necessário foi o *crowdfunding* (sistema de financiamento coletivo, ver *Radis* 120 e 131). O filme acabou sendo recordista de financiamento coletivo no Brasil, atingindo o dobro da meta (um total de R\$ 140 mil reais) em sete dias. “A ideia havia sido dada por centenas de pessoas que gostariam de colaborar com o projeto. Não fizemos com o objetivo de ajudar na divulgação, mas com certeza a campanha contribuiu nesse sentido, tanto para dar visibilidade à obra quanto para que muitas pessoas se sentissem também um pouco parte desse projeto. Hoje, temos quase 2 mil pessoas com esse sentimento de que o filme é delas também, de certa forma. Formou-se uma comunidade muito bonita em torno do documentário”, comemora Érica, coautora, produtora e roteirista do longa-metragem, que esteve em cartaz em 17 cidades

brasileiras na primeira semana de setembro, com exibição seguida de debates em diversas ocasiões.

Érica, que é também coordenadora de grupos de apoio a gestantes em Brasília, considera que falta informação em saúde no formato audiovisual, em especial, sobre saúde da mulher. “O filme está suprimindo uma grande demanda nessa área. Quanto mais informação tivermos, mais teremos essa noção de responsabilidade compartilhada com o profissional, o que poderia evitar muitos problemas”, conta ela, que pretende lançar o DVD assim que o filme sair de cartaz, para ser adquirido em sites de compras.

INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS

“O filme mostra a violência das intervenções desnecessárias praticadas nos hospitais do país e foca no parto domiciliar como alternativa a esse modelo perverso. Assistir ao documentário faz qualquer brasileiro, homem ou mulher, repensar sobre a forma com que estamos recebendo as crianças, os novos cidadãos do país”, comenta Maria do Carmo Leal, pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e coordenadora do estudo *Nascer no Brasil: Inquérito sobre parto e nascimento* (*Radis*, 117). Para ela, a visibilidade para a questão do parto pode colaborar muito com o movimento de mudança do modelo de atenção obstétrica. “O filme emociona e é uma ótima peça de propaganda do bom parto. Sem sofisticação, mas com bastante delicadeza e beleza, mostra que parir e nascer são dimensões da vida da mulher e da família que foram aos poucos sendo perdidos para as instituições de saúde”, analisa Maria do Carmo, ressaltando que, realizado com mulheres da classe média, o filme se constitui em uma mensagem positiva e de empoderamento da mulher.

INSTITUIÇÕES PÚBLICAS

A médica sanitária compara a situação atual do parto com outra mudança de mentalidade, de retorno ao processo natural: “Como na campanha do aleitamento materno, o movimento de mudança da atenção ao parto será encabeçado pelas mulheres de melhor poder econômico e social, porque são as mais informadas. A pesquisadora, no entanto, aponta uma falta do filme: “Ficam de fora desse documentário as poucas e boas iniciativas que também ocorrem em algumas instituições públicas, como a Casa de Parto David Capistrano, em Realengo, no Rio de Janeiro, onde as usuárias do Sistema Único de Saúde têm partos tão bonitos como os mostrados no filme”.



FOTO: CAROL DIAS



FOTO: ALÉM DO UMBILIC

Cenas de 'O renascimento do parto': parir e nascer como dimensões da vida da mulher e da família, que foram se perdendo

Pensamento crítico

Questionar-se sobre a realidade e ser autocrítico sobre os próprios conceitos e ações são uma forma de liberdade da qual não se pode abrir mão. E pensar criticamente, de forma coletiva, tendo o bem comum no horizonte, é mais do que isso. É uma abertura para a transformação civilizacional, de emancipação humana e solidária. É a possibilidade de mudar para melhor.

Nas comemorações dos 59 anos da Escola Nacional de Saúde Pública e dos 25 anos da Constituição que criou o SUS, a memória do sanitarista Sergio Arouca, ex-presidente da Fiocruz, foi celebrada com reflexão e debates. Pensadores e sanitaristas discutiram o resgate da Reforma Sanitária, o rumo privatista do SUS e a falta dos movimentos sociais na formulação e execução das políticas públicas.

Nelson Rodrigues dos Santos identificou desconstrução do SUS em ações dos governos desde 1988. Com 30% dos recursos da seguridade social, como previsto, a saúde teria hoje o dobro de seu orçamento. O modelo a que se chegou, segundo Nelsão, é "o anti-SUS". Gilson Carvalho criticou a "mitigação do direito à saúde" sem financiamento e integralidade e com privatização e terceirização de serviços e de pessoal. Lígia Bahia responsabilizou o Estado pelo crescimento do mercado privado da saúde e afirmou que um sistema da saúde deve reduzir as desigualdades. Rudá Ricci propôs radicalizar a democratização da gestão das políticas públicas no Brasil. Para Sonia Fleury, ao defender e gerir a precariedade, ao longo da institucionalização do SUS, o movimento sanitário perdeu o

vínculo com a sociedade. Ela se animou ao ver as pessoas nas ruas pedindo SUS padrão Fifa e não um plano de saúde barato pago pelo Estado: "foram pedir respeito aos direitos do cidadão".

Na abertura dos debates, público e convidados se uniram num gesto significativo e emocionante. Usando máscaras com uma caricatura desenhada pelo cartunista Ziraldo há 20 anos, todos homenagearam Sergio Arouca, que expressou e representou como poucos as lutas coletivas e as bandeiras democráticas que deram origem ao SUS e aos direitos sociais da Constituição de 1988.

A população que tomou as ruas do país nos últimos meses cobrou aprofundamento da democracia, melhor transporte, saúde pública de qualidade. Nos anos 80 ou em 2013, lá estavam os atuantes trabalhadores da Fiocruz e seu sindicato, a Asfoc-SN, levando a bandeira da saúde. Mas foi a luta pela educação que permitiu, nos últimos meses, maior identificação entre jovens manifestantes e os movimentos tradicionais.

No dia 28 de setembro, professores foram retirados pela Polícia, com desnecessária truculência e pancadaria, da Câmara Municipal do Rio de Janeiro – que deveria ser a casa do povo. A luta pela saúde e demais direitos civis não é possível de forma isolada. A revista *Radis*, que sempre vocalizou a Reforma Sanitária, também defende a educação pública: somos todos professores!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

• Parto natural na telona 2

Editorial

• Pensamento crítico 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula 5

Radis Adverte 8

Toques da Redação 9

Capa

- A Saúde no centro da agenda 10
- A reforma que vem das ruas 12
- Para onde vai o SUS? 15
- Estado controlador reduz espaços de participação 16
- A saúde como direito em décadas de caminhada 18
- Do serviço civil obrigatório ao Mais Médicos 20
- Arouca, um combatente pela saúde 22

Pesquisa

- Meios de comunicação distantes dos brasileiros 23

Comunicação e saúde

- Desvendando a paracoccidiodomicose 26
- Para o quê? 29

Residências em saúde

- Mergulho na vivência e na (dura) realidade 29

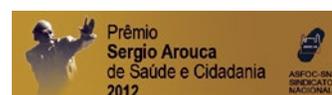
Serviço 34

Pós-Tudo

- Agrotóxicos fazem mal à saúde e ao meio ambiente 35

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

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



CARTUM



Terapias integrativas

Gostaria de parabenizá-los pela ótima publicação sobre as Terapias Integrativas (*Radis* 130) e pedir uma matéria sobre o massoterapeuta no SUS. Sou massoterapeuta concursada na minha cidade, trabalho no Centro Integrado de Atenção à Saúde, onde presto serviço fisioterapêutico, massoterapia, fonoaudiologia e pediatria. Obrigada.

• Francisca Mychelle Matias da Silva, massoterapeuta, Ibiapina, CE

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

Desenvolvimento urbano



Aguardo todo mês minha *Radis* com a certeza de uma ótima reportagem para ampliar meus conhecimentos em Saúde. O número 129 ficou excelente! O conteúdo é extremamente apropriado e faz

coro com o momento histórico no qual a "voz das ruas" reclama pelo Direito à Cidade! Grato.

• Ailton de Souza Aragão, Uberaba, MG

Diabetes

Sou assinante da revista *Radis* há anos e parabéns essa equipe pela excelência das reportagens. Gostaria de sugerir uma sobre diabetes. Li num folheto médico que os pés dos pacientes diabéticos devem ser examinados a cada consulta. Sou diabética e gostaria de um esclarecimento. Quais são os cuidados médicos necessários?

• Simone Santos Lima, São Pedro d'Aldeia, RJ

R: Cara Simone, o assunto é oportuno e deveremos aprofundá-lo em uma das próximas edições.

'Radis' também agradece

Gostaria de agradecer, pois acabo de receber a revista *Radis*. Fico muito feliz, e tenho certeza de que irá ser de grande valia para o nosso grupo de pesquisa.

• Rosimeiry Melo, Recife, PE

Olá, meu muito obrigado pelo meu primeiro exemplar da revista que me foi enviada. O conteúdo das matérias é excelente, vai me manter antenado e informado em vários temas. Um grande abraço.

• Raimundo Nonato Lima dos Santos, Marabá, PA

SUS em foco

Muito boa a edição de agosto. Na próxima vocês não vão deixar de falar da greve dos professores do Rio de Janeiro. Sem educação não existe saúde. E por favor deixem de ficar entrevistando gestores engomadinhos. Mostrem o povo doente, as emergências dos hospitais lotados e reflitam. Este é o SUS? Gláuci Roger Ferreira, Rio de Janeiro, RJ

R: Cara Gláuci, agradecemos sua mensagem e esclarecemos que um dos princípios da *Radis* é dar voz à população e trazer para os leitores as reflexões, críticas e pontos de vista daqueles que se dedicam à defesa da saúde como um direito, tal como registrado na Constituição.

Edições antigas

Gostaria que por gentileza e se possível me enviassem a edição nº 114, pois a mesma tem uma reportagem que me interessa, sobre saúde bucal, e gostaria de aproveitar a oportunidade e solicitar mais matérias sobre esse tema. Sóstenys Correia de Melo, Maceió, AL

R: Caro Sóstenys, você pode acessar a coleção completa da *Radis*, em pdf, no site do Programa *Radis* (www.ensp.fiocruz.br/radis).

fiocruz.br/radis). Sugerimos que faça também uma busca no site, inclusive na coletânea 20 Anos, para localizar outros textos. Um abraço!

Financiamento do SUS

Sou assinante da *Radis* há cerca de um ano e, como leitor, parabéns a revista pela qualidade do conteúdo. Sou nutricionista, mestrando em Nutrição aplicada à saúde pública e, em cada edição, o periódico traz um tema dinâmico, contribuindo para o debate e formação do público. Gostaria de sugerir matéria sobre os desafios para o financiamento do SUS, especialmente, após a aprovação dos 25% dos royalties do petróleo para o setor.

• Evi Clayton de Lima Brasil, nutricionista, João Pessoa, PB

R: Caro Evi, agradecemos suas palavras e informamos que sua sugestão foi anotada. Aproveitamos para sugerir que faça uma busca no site do Programa *Radis* sobre financiamento do SUS, uma vez que esse é um tema ao qual sempre voltamos. Um abraço!

Nova assinante

Conheci a revista *Radis* através de uma amiga que é médica e me deu a dica para me cadastrar no site e recebê-la. Estou ansiosa pelo primeiro recebimento. Gostaria de comunicar que sou aluna, também, de curso de atualização à distância pela Fiocruz/Ensp, de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade.

• Yeda Fatima Pereira da Silva, Recife, PE

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

EXPEDIENTE

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

Presidente da Fiocruz **Paulo Gadelha**
Diretor da Ensp **Hermano Castro**

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 **Marina Cotrim** (Arte) e **Maycon Soares Pereira** (Administração)

Periodicidade mensal | Tiragem **82.500** 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.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





Cisternas de plástico: concorrência suspeita

Foi cancelada (3/9) a concorrência para compra de 187,5 mil cisternas de plástico, no valor de quase R\$ 600 milhões, que vinha sendo investigada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), informou *O Globo* (4/9). O cancelamento foi determinado pelo ministro da Integração Nacional, Fernando Bezerra Coelho. A licitação — uma das maiores no Governo Federal — havia sido suspensa em julho por decisão liminar do TCU, mediante a suspeita de favorecimento a uma multinacional que acabara de abrir fábrica em Petrolina (PE), cidade do ministro. O pregão para a compra das cisternas em seis estados era conduzido pela Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (Codevasf), empresa vinculada ao Ministério da Integração Nacional.

A Codevasf já foi presidida pelo irmão de Bezerra, Clementino de Souza Coelho, que chegou ao posto poucos dias após a posse do ministro, em janeiro de 2011. Um ano depois, foi demitido pela presidenta Dilma Rousseff por suspeita de direcionamento de políticas do órgão para a base eleitoral da família.

Entre os participantes da licitação das cisternas de plástico está a empresa Acqualimp, a maior fornecedora do programa Água para Todos, da gestão de Bezerra, e que abriu unidade em Petrolina assim que começou a ganhar os principais contratos para fabricar cisternas.



Edital assinado por Clementino para o fornecimento de cisternas de plástico pela Acqualimp direcionou a maior parte dos equipamentos para a região de Petrolina. A cidade, no entanto, não era a primeira em demanda por cisternas, conforme diagnóstico do próprio governo, informou *O Globo* (31/8).

Após a decisão do TCU, Bezerra enviou ofício ao presidente da Codevasf, informando que a manutenção da licitação “se mostrou inconveniente para a administração” e que “neste sentido, orienta-se a esta empresa pública que promova o cancelamento da ata de registro de preços”. Ele decidiu que fará nova licitação, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Regional do ministério. Esta se dará na modalidade pregão eletrônico, e não por

pregão presencial, como estava planejado, o que restringiria a concorrência. O novo edital também passará por análise prévia da Controladoria-Geral da União (CGU).

As cisternas de plástico são condenadas pela Articulação Semiárido Brasileiro (ASA), à frente da campanha Cisterna de Plástico/PVC – Somos Contra!, lançada em 2011, para alertar a sociedade sobre os efeitos negativos da disseminação dessas cisternas para o fortalecimento da estratégia de convivência com o Semiárido (*Radis* 94).

De acordo com a ASA, o valor gasto pelo governo com as 187 mil cisternas de plástico corresponde a mais que o dobro do que a articulação gastou para construir 371 mil cisternas de placas de cimento pré-moldadas no Semiárido. Além da diferença de valores, a construção das cisternas de placas promove a movimentação de recursos na economia local. Para cada dez mil cisternas de placas feitas, são injetados na economia local R\$ 20 milhões, por meio de compra de matéria-prima na região, contratação de pedreiros das comunidades e impostos. Já as cisternas de plástico serão fabricadas por indústrias e entregues nas comunidades rurais por empreiteiras. A disseminação de cisternas de plástico é uma nova forma de atuação da “indústria da seca”, cujas obras são feitas sob a alegação de “combater a seca” que sempre beneficiaram poucos, mantendo o poder das elites dominantes.

Eternit condenada

A Justiça do Trabalho decidiu que a Eternit S.A. deverá pagar as despesas com assistência médica integral dos ex-empregados da unidade de Osasco (SP) expostos de forma prolongada ao amianto, mineral utilizado para fabricar telhas e caixas d’água e que causa a asbestose, doença conhecida como pulmão de pedra (*Radis* 122).

A decisão, da juíza Raquel Gabbai de Oliveira, da 9ª Vara do Trabalho de São Paulo, resultante de ação civil pública do Ministério Público do Trabalho (MPT) movida contra a empresa, prevê que todos os ex-funcionários que não estejam inscritos em plano de saúde custeado pela Eternit devem ter atendimentos e procedimentos médicos, nutricionais,

psicológicos, fisioterapêuticos, terapêuticos, interações e medicamentos, sob multa de R\$ 50 mil por empregado, informou a *Folha de S. Paulo* (27/8).

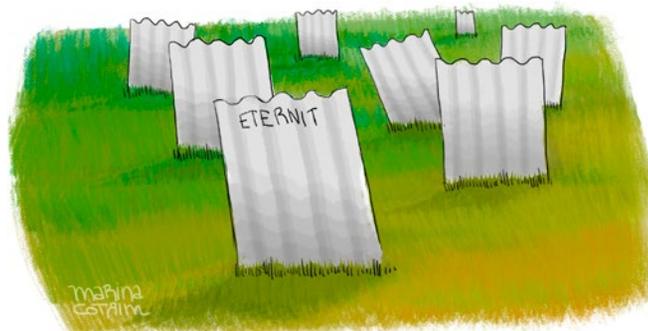
A Eternit ainda pode ser condenada em R\$ 1 bilhão por danos morais coletivos. Nesse caso, o valor deverá ser destinado a instituições públicas que atuam com saúde e segurança do trabalho ou ao Fundo de

Amparo ao Trabalhador (FAT).

De acordo com o MPT, a empresa manteve a planta industrial de Osasco funcionando por 52 anos, abrangendo mais de 10 mil trabalhadores, mesmo sabendo das consequências no uso do amianto.

Numa amostra de mil ex-trabalhadores da Eternit em Osasco, avaliados pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho, quase 300 adoeceram por contaminação. Destes, 90 morreram entre 2000 e 2013. O número pode ser maior, já que a empresa ocultou ou dificultou a ocorrência de registros.

A asbestose, que destrói a capacidade do pulmão de contrair e expandir, dificultando a respiração, manifesta-se décadas após a contaminação.



Doenças raras atingem 15 milhões no país

Cerca de 15 milhões de brasileiros têm alguma das cerca de 8 mil síndromes catalogadas como raras em todo o mundo, informaram especialistas no Dia Internacional das Doenças Raras (28/8). Embora sejam chamadas de raras, essas doenças, com prevalência de menos de cinco casos por grupo de 10 mil pessoas, atingem número elevado de pessoas, que enfrentam obstáculos no diagnóstico, nas consultas e no tratamento, além do preconceito por sofrer de mal pouco conhecido. Neurofibromatose (afeta o sistema nervoso e a pele), mucopolissacaridose (falta das enzimas que digerem alguns açúcares), síndrome de Gaucher (acúmulo de gorduras no organismo), esclerose lateral amiotrófica (degeneração dos neurônios motores) e leucoencefalopatia multifocal progressiva (afeta o cérebro e a medula espinhal) são exemplos dessas patologias, informou a Agência Brasil (28/8).

De acordo com o professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Natan Monsores, o tempo de diagnóstico dessas doenças é muito longo, de três a cinco anos. Ele acredita que 70% dos problemas relacionados às doenças raras seriam resolvidos por meio de um sistema claro de informações sobre elas. “Boa parte dos pacientes fica perdida dentro do SUS, por não saber ao certo que especialista buscar, onde são os centros de referência”, disse Monsores em entrevista à Agência Brasil. Segundo ele, a falta de informação acaba resultando no que muitos médicos chamam de paciente especialista, que passa a conhecer mais o problema que os próprios profissionais de saúde.

O professor destacou que há uma judicialização excessiva no campo das doenças raras, em que pacientes são alvo de incursões da indústria farmacêutica. “A gente sabe disso por relato de pacientes que são assediados por advogados para que entrem na Justiça com processos contra o governo para obter medicamentos”, relatou.

O Ministério da Saúde anunciou (27/8) uma consulta pública para definição de política específica para pessoas com doenças raras.



Vírus da dengue sofre pouca mutação



Artigo publicado na revista *PLoS One*, mostra que o vírus da dengue sofre mutações em ritmo muito mais lento do que se imaginava — o que aumenta as chances de se encontrar uma vacina eficaz contra a doença, informou a Agência Fapesp (23/8). O estudo foi realizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) que sequenciaram o genoma completo de milhares de partículas virais de dez amostras de sangue de pacientes diagnosticados durante a epidemia que atingiu a Baixada Santista (SP), em 2010. Os resultados mostraram que a variabilidade genética do vírus encontrada dentro de um mesmo indivíduo foi de aproximadamente 0,002% — muito menor do que a apontada em estudos anteriores, de acordo com a autora da pesquisa, Camila Malta Romano, do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo da USP, e autora da pesquisa.

Ela explicou que os trabalhos anteriores usaram métodos tradicionais de sequenciamento, mais trabalhosos e caros, em que apenas determinada região do genoma era analisada. “Em nossa pesquisa, graças às técnicas de sequenciamento em larga escala, geramos praticamente uma sequência completa para cada partícula de vírus existente na amostra”.

As amostras foram coletadas em diferentes momentos da epidemia, entre fevereiro e junho, tornando possível observar também que o vírus se manteve praticamente estável durante o surto. Acreditava-se que a variabilidade genética do DENV fosse mais alta por se tratar de um vírus com genoma do tipo RNA, assim como o HCV (causador da hepatite C) e o HIV. Uma das hipóteses dos pesquisadores para explicar a menor variabilidade genética do DENV é o fato de ele ter de se alternar entre dois hospedeiros muito diferentes — mosquito e homem — para completar seu ciclo de transmissão. “Se acumular muitas mutações, pode perder a adaptação que o torna capaz de se replicar tanto no homem quanto no mosquito”, disse Camila.

Outra possível explicação para a maior estabilidade do vírus da dengue está relacionada ao fato de se tratar de uma infecção aguda — que dura entre cinco e dez dias. “O organismo não tem tempo para montar uma resposta imunológica específica contra o vírus. É diferente do HIV, por exemplo, que causa uma doença crônica, está em constante briga com o sistema imune e precisa se modificar o tempo todo para driblar as defesas do organismo”. A íntegra do artigo está em www.plosone.org.

Mortalidade por aids cai 12% em dez anos

A mortalidade por aids no Brasil e no México está em tendência de queda, aponta estudo da Universidade de Washington (EUA), publicado na revista *Aids*, com dados de países de todo o mundo. Os dois países oferecem acesso universal aos antirretrovirais, informou *O Estado de S. Paulo* (22/8). Dados do Ministério da Saúde mostram que a aids é a décima terceira causa de morte no país, que registra 38 mil novos casos e cerca de 12 mil mortes ao ano. Em dez anos, a mortalidade caiu 12,7%. Esse índice, no entanto, é global e não expressa as desigualdades entre os estados. “No Brasil, boa parte dessa queda pode ser atribuída a São Paulo”, alertou o infectologista Éspere Kallás, professor da Faculdade de Medicina da USP, ao *Estadão*.

Para chegar aos resultados, a pesquisadora analisou o peso da doença nos países,

levando em consideração um indicador chamado *Dalys*, que avalia não apenas os casos de morte, mas os anos de vida perdidos por incapacidade prematura.

Considerando apenas a América Latina, o estudo aponta que a aids ainda está entre os dez principais motivos da perda de anos de vida em quatro dos 17 países — Colômbia, Honduras, Panamá e Venezuela —, enquanto no Brasil aparece entre uma das 25 mais importantes causas.

Para o infectologista Alexandre Naime Barbosa, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (Unesp), a pesquisa mostra que o Brasil ainda precisa melhorar seu acesso global à saúde. “O país já venceu a etapa de fornecer a medicação para os doentes. Agora temos de dar um passo à frente e enfrentar as outras dificuldades e melhorar a qualidade de vida”, diz.

Pela regulamentação da publicidade para crianças

Participantes de audiência pública promovida (29/8) pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado concluíram que a publicidade e a divulgação nos meios de comunicação de produtos dirigidos a crianças precisam ser regulamentadas, informou o site do Senado. De acordo com o secretário-executivo da Agência de Notícias dos Direitos da Infância (Andi), Veet Vivarta, há um déficit legal e de políticas públicas no que se refere à relação entre o direito da criança e a comunicação dirigida a elas. Para Vivarta, os limites que devem ser dados à publicidade a crianças representam proteção à saúde e não ferem a liberdade de expressão. Ele observou que o argumento de cerceamento da liberdade de expressão foi utilizado para impedir a restrição do uso do tabaco e, apesar disso, a lei foi aprovada e tem gerado resultados positivos.

A presidente da CDH, senadora Ana Rita (PT-ES), ressaltou que até os oito anos a criança não consegue distinguir a publicidade da programação televisiva e até os 12 não compreende o caráter persuasivo dos comerciais. A professora do Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília (UnB) Renata Alves Monteiro apontou que 96% dos alimentos anunciados contêm excesso de sal, de açúcar ou de gorduras prejudiciais ao organismo, e a representante da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Juliana Petrocelli,

observou que os hábitos alimentares da infância podem comprometer a saúde.

De acordo com a senadora Ana Rita, o tema voltará a ser debatido na comissão, com representantes de anunciantes, indústrias de refrigerantes e de alimentos e agências de propaganda. Durante a audiência, foi lançado o livro *Publicidade de alimentos e crianças: Regulação no Brasil e no mundo* (Saraiva), coordenado pelo Instituto Alana, em parceria com a Andi e o núcleo de pesquisa da *International Development Society*, da Universidade de Harvard. Segundo a diretora do Instituto Alana Isabella Henriques, há leis que protegem a sociedade das propagandas abusivas, como o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990). No entanto, não há regulamentação da publicidade dirigida ao público infantil.



Mais Professores para o interior



Está em elaboração no Ministério da Educação o programa Mais Professores, anunciado (21/8) pelo ministro Aloizio Mercadante para levar professores para escolas do interior do país, nos moldes do Mais Médicos, informou *O Estado de S. Paulo* (21/8). O Mais Professores faz parte do Compromisso Nacional pelo Ensino Médio, apresentado pelo ministro em audiência pública na Câmara dos Deputados.

De acordo com Aloizio Mercadante, o programa tem como proposta conceder bolsas a professores que se dispõem a reforçar o quadro de escolas em lugares de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb).

Caso não haja professores disponíveis na rede pública, o MEC cogita a participação de professores aposentados que queiram voltar às salas de aula. Para Mercadante, a prioridade deve ser concedida aos que possam lecionar Matemática, Física, Química e Inglês, que apresentam maior carência de profissionais.

Na audiência, o ministro informou que o número de matriculas no Ensino Médio subiu de 3,7 milhões em 1991 para 8,3 milhões em 2012. Para ele, "é hora de garantir a qualidade do ensino oferecido nas escolas públicas, responsáveis por 88% do total de alunos". Mas a defasagem considerando idade e série ainda é alta, atingindo 31,1% dos matriculados.

O Compromisso Nacional pelo Ensino Médio prevê um redesenho curricular dessa faixa de ensino, com foco na educação integral. Haveria ainda investimento na formação continuada dos docentes, com desenvolvimento de material didático específico e criação da Universidade do Professor, uma rede de cursos, informações e de programas.

População brasileira começará a cair em 2043

IBGE divulgou (29/8) estudo sobre a população brasileira até o ano de 2060, indicando que a tendência é de crescimento cada vez menor até que a população comece a cair, informou *O Estado de S. Paulo* (29/8). De acordo com o estudo, o Brasil tem em 2013 201.032.714 pessoas. Em 2012, o número era de 199.242 milhões. O recorde da população, segundo as projeções, será de 228.350 milhões de habitantes, em 2042. A partir de 2043, passará por período de baixíssimo crescimento, e chegará a 218,173 milhões, em 2060.

A queda no número de brasileiros começará mais tarde e será mais lenta do que o estimado em 2008, quando o IBGE previa redução do número de habitantes a partir de 2040 e calculava que a população atingiria 215,287 milhões em 2050. A projeção divulgada agora é de 226,347 milhões no mesmo ano. Também em 2008, a previsão

era de que o Brasil só bateria a marca dos 200 milhões de habitantes em 2015.

No período de 60 anos, entre 2000 e 2060, a população crescerá 25,8%. O cálculo revisado do número de habitantes de 2000 e de 2010 que consta da atual projeção é diferente, no entanto, dos resultados já divulgados nos Censos desses anos. O Censo 2010 apontou 190,755 milhões de habitantes, enquanto a projeção fala em 195,497 milhões. Segundo técnicos do IBGE, as projeções são feitas com base em cálculos matemáticos, enquanto o resultado final do Censo reproduz a resposta dos entrevistados.

A queda da população é reflexo da diminuição da taxa de fecundidade (média de filhos por mulher), que já ficou abaixo do nível de reposição (de 2 filhos por mulher) em 2010. Segundo o estudo, a taxa de fecundidade cairá de 1,87 em 2010 para 1,50 em 2034 e ficará nesse patamar até 2060.

Crack: 370 mil usuários identificados no país

O número de usuários de crack e drogas similares (pasta-base, merla e oxi) é de cerca de 370 mil pessoas, nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, sendo 320 mil adultos e 50 mil crianças, constatou o estudo *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*, divulgado (19/9) pelos ministérios da Justiça e da Saúde e realizado pela Fiocruz. A pesquisa, encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad), utilizou metodologia inédita no Brasil, para estimar com mais precisão essa população considerada oculta e de difícil acesso e que representa 35% do total de consumidores de drogas ilícitas — com exceção da maconha — nesses municípios, informou a Agência Fiocruz de Notícias (19/9). As capitais do Nordeste concentram o maior número de usuários: 148 mil ou mais de 1,2%

do total, informou *O Globo* (20/9). Esse dado contraria o senso comum segundo o qual o consumo é maior no Sudeste, onde as chamadas cracolândias são mais visíveis. O estudo identificou que oito em cada dez usuários usam crack em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas. Em razão dessa característica, optou-se por não se utilizarem metodologias tradicionais, em que os pesquisadores definem o tamanho da amostra e vão a campo ouvir a população.

Na técnica adotada, *Network Scale-up Method* (NSUM), não se pergunta diretamente ao entrevistado sobre seu próprio comportamento, e sim sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes à sua rede de contatos, do mesmo município. Para garantir a confiabilidade das respostas, dispõem de bancos

de dados oficiais com informações que serão comparadas ao que o entrevistado respondeu, informou *O Globo* (20/9).

Segundo um dos coordenadores do levantamento, o pesquisador da Fiocruz Francisco Inácio Bastos, essa técnica permite identificar usuários que normalmente não seriam localizados. Pelo método tradicional, o total de usuários seria de 48 mil, deixando-se cerca de 322 mil usuários invisíveis, explicou.

Os ministérios divulgaram também a pesquisa *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*, que traz informações sobre as características epidemiológicas dessa parcela da população. Foram ouvidos 7.381 usuários, dos quais 79,9% disseram que desejam se tratar. Do total ouvido, 78,7% eram homens, com idade média de 30 anos, sem ensino médio.

Alas LGBT em presídios da Paraíba



Três presídios da Paraíba contam, desde julho, com espaços específicos para a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros), medida pioneira no Brasil, informou o Portal Correio (11/9). O objetivo é garantir a integridade física desses presidiários, após relatos de que alguns eram submetidos a abusos sexuais e agressões físicas. No presídio do Róger, área urbana de João Pessoa, sete homossexuais estão cumprindo pena. Outros três estão no presídio do Serrotão, na cidade paraibana de Campina Grande, de acordo com o Movimento do Espírito Lilás (Mel). Na penitenciária Romeu Gonçalves de Abrantes (PB1), há quatro leitos para a população LGBT, mas sem presos, no momento, como informou o vice-diretor, Thiago Nunes. “Quando chegar aqui na penitenciária, pode se identificar como homossexual e vai ficar na cela especializada”, afirmou.

“A pessoa tem que escolher o seu parceiro e não ser forçado a se relacionar sexualmente com dezenas”, disse o secretário de Administração Penitenciária do Estado (Seap), Wallber Virgolino. Segundo ele, novos espaços LGBT em cadeias públicas pelo interior da Paraíba estão em estudos. Inseridos nesses locais, os detentos também são matriculados em cursos ressocialização.

Índice de mortalidade infantil cai 77%

Estudo divulgado pelo Unicef (13/9) apontou que o índice de mortalidade na infância caiu cerca de 77% nos últimos 22 anos no Brasil. De acordo com o *Relatório de Progresso 2013 sobre o Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada*, a taxa de mortes de crianças com menos de cinco anos era de 62 por mil nascidos vivos em 1990 e em 2012 estava 14 por mil nascidos vivos, informou o portal de notícias UOL. O estudo foi realizado com a colaboração da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial. O Brasil é o sétimo país do mundo com maior declínio no índice de mortalidade na infância no período. No ranking mundial, o país ocupa a 120ª posição em índice de mortalidade na infância. Na América Latina e Caribe, o Brasil registrou, com o Peru, a maior queda no índice entre 1990 e 2012, o que fez com que o país atingisse o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4), que visava à queda da mortalidade infantil em 66% entre os anos de 1990 e 2015.

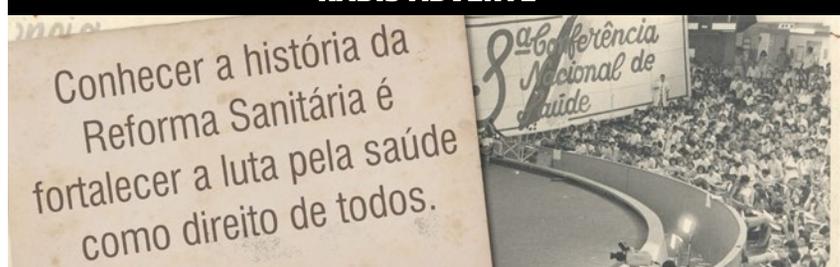
De acordo com o Unicef, a queda foi possível graças a medidas como a criação

do SUS, com foco na atenção primária em saúde, avanços no atendimento materno e de recém-nascidos, melhoria nas condições sanitárias, promoção do aleitamento materno e criação de iniciativas de proteção social como o programa Bolsa-Família.

“O Brasil reduziu a mortalidade infantil mais do que nos demais países da América Latina, que os Brics e que os países com renda média alta. Não serve de comemoração, mas, sim, de incentivo para continuarmos”, disse o ministro Alexandre Padilha. Ele destacou a importância da atenção primária em saúde, expansão do calendário de vacinas no Brasil, a expansão de acesso ao parto hospitalar e a importância de se voltarem as atenções à saúde indígena. “Grande parte das mortes se dão nas aldeias da região amazônica. O programa Mais Médicos deve, inclusive, ajudar nesse quadro”, afirmou.

De acordo com o secretário de atenção à saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, a redução do índices de mortalidade infantil ainda é um desafio: “Estamos sem tréguas lutando contra uma epidemia que é a da cesariana, que impacta no índice de mortes de bebês no Brasil”, disse.

RADIS ADVERTE



Água S.A.

Em vídeo que circula na internet, o presidente da indústria de alimentos Nestlé, Peter Brabeck-Letmathe, dá depoimento no qual afirma com naturalidade que “o acesso à água não é direito público nem direito humano” e que a melhor forma de resolver as questões da água no planeta é a privatização. O vídeo é parte do documentário *Nós alimentamos o mundo*, do austríaco Erwin Wagenhofer. “A água é como qualquer outro gênero alimentício, ao qual deveria ser dado um valor, de forma que estejamos cientes de que ele tem seu preço”, observou o executivo, que teve, ainda, a pretensão de conduzir o espectador à conclusão de que a Nestlé, assim como todas as grandes corporações, existem para garantir o bem estar da população mundial. “A maior responsabilidade social de um



M.C.

dirigente é manter e assegurar o bem sucedido e lucrativo futuro de seu empreendimento, porque somente assegurando isso teremos condições de participar das soluções dos problemas que existem no mundo. Estaremos na posição de criar postos de trabalho”, considerou.

Em nome dessa preocupação com a humanidade a empresa suga milhões de litros de água do solo, atingindo poços subterrâneos e criando escassez para vender a água que engarrafa, conforme denuncia a organização portuguesa Movimento pela Água. Segundo a organização, a Nestlé é também uma das empresas que investiu dinheiro para impedir a rotulagem de produtos geneticamente modificados. A população agradece, mas, vigilante, dispensa essa ajuda.

Lucro acima da saúde

A Fiocruz, o Inca e a Abrasco tiveram que lançar nota conjunta (íntegra na pág. 34) para por os pingos nos *is* e rebater as infundadas e perigosas críticas recebidas de representantes das indústrias de agrotóxicos ao *Dossiê Abrasco – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde, trabalho* que trata da escalada do uso de agrotóxicos no Brasil e da contaminação do ambiente e das pessoas dela resultante. Eduardo Daher, diretor executivo da Associação Nacional de Defesa Vegetal (Andef), e Ângelo Trapé, professor da Unicamp, acusaram as pesquisas de ter “viés ideológico”. A eles as três entidades responderam: “A Fiocruz, o Inca e a Abrasco não aceitarão pressões de setores interessados na venda de agrotóxicos e convocam a sociedade brasileira a tomar conhecimento e se mobilizar frente à grave situação em que o país se encontra”. O compromisso dos que criticam as pesquisas é apenas com o lucro na venda de venenos, esclarece a nota: “A Andef é uma associação de empresas que produzem e lucram com a comercialização de agrotóxicos no Brasil”. Toda mobilização é necessária para evitar que se empurre a saúde da população para o segundo plano.

‘Radis’ na ‘Veja’?

A *Radis* ganhou *visibilidade* inusitada: saiu no site da revista *Veja*, alvo de críticas do colunista Rodrigo Constantino, que se apresenta em seu blog como “um liberal sem medo da polêmica”. Ele acusou a Fiocruz de partidarismo e criticou a abordagem editorial da *Radis*, com foco nas reportagens das edições 131 e 132. Entre outros comentários, deixa escapar que gostaria que a *Radis* tivesse “disfarçado” a chamada de capa da 131, “Regulação não é censura” com um ponto de interrogação ao final. Critica também o editorial da edição, acabando por condenar o pensamento do cultuado sanitarista Carlos Gentile de Mello, morto em 1982. Sobre a edição 132, condena a taxaço do cigarro e a regulação do uso do tabaco, e confunde as políticas de redução de danos com incentivo às drogas. A Fiocruz divulgou nota em repúdio às acusações do colunista que, ao final, sem querer, tece um grande elogio à revista: “Se Che Guevara fosse o editor da *Radis*, acredito que não mudaria nada nela!”. *Radis* agradece.

Acervo sobre Arouca

A Biblioteca Virtual Sergio Arouca (BV Arouca), iniciativa do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), vai incorporar a seu acervo novos materiais referentes ao sanitarista. A BV Arouca conta com base de dados com textos completos e documentos originais e acervo multimídia com fotografias, vídeos e arquivos sonoros. A biblioteca incluirá materiais referentes à construção do SUS, à Reforma Sanitária e à mercantilização do sangue, temáticas discutidas pelo sanitarista durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as quais ele teve forte atuação. A BV Arouca vai incorporar ainda exemplares das quatro publicações que deram origem à revista *Radis* — *Proposta, Dados, Tema e Súmula* — conhecidas por sua abordagem acerca da temática saúde pautada pelo viés crítico do Programa Radis da Ensp/Fiocruz, durante as décadas de 1980 e 1990. Para acessar: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br>

Pesquisa preservada

Repositórios Institucionais foi tema da segunda edição do encontro *Conversas à mesa*, realizada em 29/8, na Ensp/Fiocruz, e voltada a profissionais de informação e documentação e docentes e estudantes da Ciência da Informação e Biblioteconomia. Resulta de trabalho conjunto entre a Associação dos Profissionais de Informação e Documentação em Ciências da Saúde do Rio de Janeiro (APCIS) e Rede de Bibliotecas e Centros de Informação em Arte do Rio de Janeiro (Redarte); Grupo de Informação e Documentação Jurídica do Rio de Janeiro (GIDJ); Compartilhamento entre Bibliotecas de Instituições de Ensino Superior do Rio de Janeiro (CBIES) e Sindicato dos Bibliotecários do Estado do Rio de Janeiro (Sindib).

Saúde do trabalhador

Além do vídeo sobre sobre a doença *paracoco*, tema de reportagem na página 26, a VideoSaúde da Fiocruz produziu também *Nuvens de veneno* (sobre agrotóxicos) e *Linha de corte* (sobre cortadores de cana em São Paulo), que integram uma trilogia sobre Saúde do Trabalhador.



Registro

Na reportagem da edição 131, sobre o sanitarista Carlos Gentile de Mello, faltou registrar que o material que ilustra as páginas é do acervo da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), doado pelo filho de Gentile, Carlos. *Radis* agradece a valiosa colaboração. Para acessar: <http://icaatom.coc.fiocruz.br>



Manifestações em 1987 e em 2013: a luta pela saúde como direito de todos leva a população às ruas

FOTO: ERICK BARROS INTRIZ/AGÊNCIA BRASIL



FOTO: TONAZ SILVA/AGÊNCIA BRASIL

A Saúde no centro da agenda



Balanço proposto na Semana Sergio Arouca da Ensp/Fiocruz, em homenagem ao sanitarista morto há dez anos, aponta para momento propício ao resgate das bases da Reforma Sanitária

Bruno Dominguez, Eliane Bardanachvili, Elisa Batalha e Liseane Morosini

Fotos: Felipe Plauska

Não faltam motivos para se trazer sempre à tona as ideias e feitos do sanitarista Sergio Arouca (1941-2003), em sua lúcida e ampla defesa da saúde como direito. O evento *Ensp: pensamento crítico em saúde — A Reforma Sanitária em questão*, que a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) realizou de 3 a 6 de setembro, para celebrar seus 59 anos e homenagear o sanitarista nos dez anos de sua morte, no entanto, foi uma oportunidade especial. Sanitaristas históricos reuniram-se para debater o SUS e o processo que o movimento sanitário vem descrevendo ao longo das décadas em um momento propício: a saúde voltou ao centro da agenda pública, em vários de seus aspectos, como um dos principais motores das manifestações que tomaram o país e, ainda, na polêmica deflagrada pelo programa Mais Médicos do Governo Federal. É hora de trazer à tona e enfatizar os preceitos da Reforma Sanitária e as reivindicações voltadas ao fortalecimento e à concretização do SUS, compreenderem sanitaristas, estudantes, pesquisadores e demais defensores da saúde como direito, que participaram dos debates.

INTERROGAÇÕES

Batizado de Semana Sergio Arouca, o evento compôs-se de mesas redondas cujos títulos terminavam com interrogações (*A Reforma Sanitária acabou?; Para onde vai o SUS?; Os movimentos sociais participam das políticas de saúde?*), convidando a não só discutir o que é o SUS hoje e em que ponto se encontra o país no processo da Reforma Sanitária iniciado há mais de quatro décadas, como também prospectar caminhos.

“Quando o povo clama por mais saúde, precisamos pensar e agir por acesso universal e gratuito,

serviços de qualidade e atendimento integral e resolutivo”, considerou na primeira mesa-redonda a pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas Sonia Fleury. “Ninguém foi pedir plano de saúde barato ou pago pelo Estado. Foram pedir respeito aos direitos do cidadão: transporte, saúde, educação, prestação de contas, aprofundamento da democracia...”, comentou Sonia, para quem a reforma está nas ruas, em outro formato, com outro sujeito. “A reforma não acabou”.

A autocrítica também foi feita: “Não era hora de falar só do SUS. Nós somos atrasados. Queremos radicalizar a experiência da Saúde, mas não entendemos que é preciso radicalizar a democratização da gestão da política pública no Brasil. Que essa experiência tem de ser universal de fato. Mas a gente não consegue ir muito além do nosso quadradinho”, lamentou em outra mesa o sociólogo Rudá Ricci. “Ao defender e gerir a precariedade perdemos o vínculo com a sociedade”, avaliou, ainda, Sonia Fleury.

INSPIRAÇÃO

Apresentado na abertura do evento, o vídeo *O pensamento crítico de Sergio Arouca*, produzido pelo Canal Saúde da Fiocruz, e que reúne trechos de discursos de Arouca, inspirou os integrantes da mesa e daria o tom dos debates que seguiriam: “O Estado não pode se omitir diante de responsabilidades sociais”; “Saúde deve ser vista de forma integral. Integralidade é um valor, um princípio de como se entende o ser humano”; “Temos que aprender a viver no coletivo. É no coletivo, na diversidade que vamos construir nosso projeto”; “A população é parte da organização desse sistema. Não é cliente, não é usuária, é sujeito”, afirmara Sergio Arouca, microfone em punho, em diferentes ocasiões, como mostra o vídeo.

“Havia algum tempo que não víamos o discurso e as imagens de Arouca. Esse registro tem muito significado para todos nós”, disse o presidente

da Fiocruz, Paulo Gadelha, que foi relator da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a convite do sanitarista. “Esses dez anos de ausência de Arouca são também dez anos de um país com transformações imensas”, apontou, ressaltando “a possibilidade de reverter situações, como a do Estado mínimo e a saúde focalizada, colocando o projeto do SUS em um sentido contra-hegemônico”.

Qual seria a análise de Arouca sobre este momento?, buscou analisar Gadelha: “Inclusão social e avanços, mas esse SUS que apresenta desafios enormes. Subfinanciamento, predominância do gasto privado sobre o público. E, ao mesmo tempo, a saúde volta a estar no centro do debate nacional, em muitas de suas dimensões”, considerou.

“A batalha sanitária é uma questão suprapartidária; nenhuma pessoa, instituição, partido, agrupamento, categoria ou entidade enfrenta sozinha essa luta”

Sergio Arouca

“O SUS é, acima de tudo, o exercício pleno da cidadania da sociedade brasileira”, definiu o diretor da Ensp, Hermano Castro, completando em uma referência ao programa Mais Médicos do Governo Federal: “Estamos precisando de Mais Arouca”.

“Cabe à Fiocruz, à Ensp, à Abrasco, à Asfoc refletir, agir e fomentar a resistência às medidas regressivas aos direitos sociais e atender aos interesses e demandas da população”, disse o presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SNS), Paulo Garrido, o Paulinho, lembrando que Arouca via a Reforma Sanitária como “um projeto civilizatório”.

PENSAMENTO CRÍTICO

A abertura da Semana Sergio Arouca foi também um resgate de momentos importantes da trajetória da Reforma Sanitária. Incluiu homenagens ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), instituições que tiveram papel protagonista na construção do pensamento sanitário

no país. A presidenta do Cebes, a pesquisadora Ana Costa, recebeu placa do pesquisador Paulo Amarante, do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (Laps/Ensp/Fiocruz), que também foi diretor do Cebes e um de seus fundadores. Paulo recordou-se das palavras de Arouca: “Fundar o Cebes é manter o pensamento crítico na saúde”. Ele lembrou, ainda, da importância da revista *Saúde em Debate*, publicação do Cebes, editada há 37 anos, há 20, tendo-o como editor, e que se tornou espaço de manifestação dos anseios e propostas dos militantes da saúde, conjugando aspectos políticos e acadêmicos.

Paulo lembrou, ainda, de documento encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que levantou pela primeira vez a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1979, datilografado por ele – cópia de que dispõe até hoje. “Um trabalho de articulação política que o Cebes conseguiu fazer. Um momento fundamental para sensibilizar o parlamento brasileiro”, recordou-se.

Ana Costa lembrou da importância da entidade neste momento, em que “fica evidente a necessidade de retomada do pensamento crítico”, no sentido evocado por Sergio Arouca. “Nos anos 1990, nos distraímos um pouco disso”, apontou Ana, considerando que a base da Reforma Sanitária não está somente no SUS, mas também no lugar que a Saúde deve ocupar no projeto nacional.

Outra homenageada do evento, a Abrasco também teve seu papel exaltado como parceira importante na luta política por aquilo que havia sido consagrado na Constituição que, em seu artigo 196 afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, como lembrou Arlindo Fábio Gómez de Souza, ao entregar placa ao médico José Noronha, nono presidente da Abrasco. “Os tempos não estão fáceis, mas não é a primeira vez”, considerou Arlindo. “Já enfrentamos borrascas piores”, disse, referindo-se à década de 1990 e ao governo Collor, marcado por privatizações e por orientação neoliberal. “A Abrasco teve a responsabilidade de trazer para a dimensão acadêmica e dos serviços de saúde esse tipo de reflexão que se consolidou com a Reforma Sanitária”, observou Arlindo, também um dos fundadores da associação.

MANTRA

Dirigindo-se aos mais jovens, ele os conclamou a conhecer o histórico das lutas da Saúde, do advento da Reforma Sanitária e do nascimento do SUS. “Conheçam esse processo. Nós conhecemos muito pouco dos anos 60, dos anos 80, desse processo de mobilização, que hoje não temos, no campo da Saúde, para entender e reverenciar pessoas e instituições que foram importantes nesse processo.

José Noronha lembrou que 2014 é ano de eleições gerais no país, oportunidade para que os movimentos que vêm sendo levados à frente traduzam-se em propostas. Ele observou, ainda, o lado acadêmico da Abrasco, que se conjuga com o da militância política. E conclamou: “O artigo 196 da Constituição deve ser repetido sem parar, recitado como um mantra. E que Arouca continue a nos inspirar”.

Hermano (E), Gadelha e Paulinho mostraram, na abertura do evento, que são Arouca: máscaras aos participantes e vídeo sobre o sanitarista inspiraram debates



FOTO: VIRGINIA DAMAS / ENSP/FIOCRUZ



FOTOS: VIRGINIA DAMAS / FENSP FIOCRUZ

A Reforma que vem das ruas

Homenagens à Abrasco (E) e ao Cebes, criados na década de 1970: resgate de momentos importantes da trajetória da Reforma Sanitária no país

A Reforma Sanitária acabou? A pergunta que deu título à primeira mesa-redonda da Semana Sergio Arouca, em 3 de setembro, e que abordou a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve resposta clara de seus integrantes: não. Mediado pelo pesquisador Ary Miranda, que integrou a mesa da 8ª Conferência, foi chefe de gabinete de Arouca e organizou a semana em homenagem ao sanitarista, o debate teve como convidados Nelson Rodrigues dos Santos, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e Sonia Fleury, pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Ambos concordaram: a Reforma Sanitária revive com a força das ruas.

Nelsão, que na 8ª Conferência coordenou a bancada de secretários municipais de Saúde e hoje é presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), lembrou que a conferência que estabeleceu as bases do SUS foi fruto de um movimento surgido nos anos de 1970, com grande capacidade de mobilização e fé no futuro, pela democratização e pela realização dos direitos de cidadania — bandeiras retomadas pelas manifestações que encheram as ruas do país entre junho e julho deste ano.

“A sociedade falou pelos seus jovens, mostrou que não quer esse Estado e seu descompromisso com os direitos de transporte, saúde, educação e segurança pública”, avaliou. Depois da série de protestos, disse ele, é possível acreditar na plena possibilidade de retomar os rumos da Reforma Sanitária — “sabendo que o rumo que pensávamos na *Oitava* já tomou outro rumo”.

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO

Entre 1986 e 2013, uma série de acontecimentos impediu que o SUS idealizado na 8ª Conferência fosse posto em prática. A começar, segundo Nelsão, pela tentativa do governo Sarney de sabotar a formulação da Lei Orgânica da Saúde: “O presidente tinha obrigação de mandar o projeto de lei da reforma da saúde, após a promulgação da Constituição de 1988, mas foi preciso ir às ruas e organizar o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde para que isso acontecesse”.

No governo Collor, chegou-se a tirar do texto os mecanismos de participação da sociedade na

formulação e execução da política de saúde. O movimento foi às ruas, com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), e conseguiu reincluir os pontos sobre controle social. Também nesse período, o Ministério da Saúde perdeu a previsão de receber 30% dos recursos da seguridade social e, apesar de ter incorporado em sua estrutura o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), não manteve o orçamento do instituto — dez vezes maior que o do ministério. “Esses pesos caíram sobre os ombros da Reforma Sanitária, do Ministério da Saúde e das secretarias de Saúde”, observou Nelsão.

PANCADA

Outras perdas aconteceram ao longo do caminho, na linha do tempo de Nelsão: a contribuição previdenciária foi retirada da base de cálculo do orçamento da Saúde, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) foi criada para permitir ao governo usar livremente 20% das receitas, a CPMF não se manteve como tributo exclusivo do SUS, e a Emenda Constitucional 29 não determinou

“O maior inimigo do pensamento autoritário é o pensamento livre”

a aplicação de 10% da receita da União na Saúde. “O subfinanciamento foi uma pancada enorme na construção do SUS: acarretou desinvestimento de tal ordem que impediu o sistema de se organizar para acompanhar as demandas da população”.

Somou-se a isso, continuou Nelsão, o processo de privatização crescente, inclusive de recursos humanos. Nos anos 2000, cerca de 30% do orçamento do Ministério da Saúde vai para os planos privados, por meio de renúncia fiscal, planos para servidores públicos e não ressarcimento de atendimentos pelo SUS de usuários de planos. “A consequência é que a totalidade das classes médias e das classes trabalhadoras sindicalizadas recorreu

Sonia: “Administramos a precariedade, como se fosse inexorável”; Nelsão: subfinanciamento foi uma “pancada enorme” na construção do SUS



aos planos privados, deixando apenas aos pobres a necessidade de serem atendidos exclusivamente pelo SUS”.

Para Nelsão, esse é o rumo anti-SUS: “Risca o SUS da Constituição e constrói um novo sistema de saúde, comandado pelos ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, substitui os direitos de cidadania pelo consumo subsidiado por recursos públicos”.

OUTRO FORMATO, OUTRO SUJEITO

A correção de rumos vai surgir das ruas, segundo Sonia Fleury, ex-presidente do Cebes. No dia anterior ao evento na Ensp, contou, ela havia participado de um encontro do grupo Mídia Ninja — coletivo jornalístico, que se projetou pelas transmissões ao vivo que fez dos protestos no país, — sobre o SUS, dado o interesse em desdobrar as

Resultado da tensão entre desejo e formalização, entre movimento e institucionalização, dados os limites e contingências. “A história oficial apaga as divergências, mas havia brigas entre nós sobre a melhor maneira de se unificar o sistema. O projeto do SUS na Constituição por vezes desapareceu do relatório”, lembrou.

ORGANIZAÇÃO DEMAIS

Na medida em que o movimento contra-hegemônico da Reforma se instituiu como poder, disse, passou a sofrer restrições nas suas capacidades pulsionais. “Foi um erro pensar que a institucionalidade democrática era suficiente”, considerou Sonia. O movimento, analisou, organizou-se demais, perdeu a combatividade inicial. Por exemplo, deixou que o conceito de participação, antes ligado ao assembleísmo, em que todos podiam opinar (“mesmo a moça que servia o café”), fosse transformado em conferências cheias de regras.

“Ficamos voltados a administrar um Estado que não é nosso e não conseguimos manter contato com a população no nível de organicidade que tínhamos. Nós nos burocrizamos e perdemos a sensibilidade ao sofrimento do outro. Fomos administrando a banalização do mal, da precariedade, como se fosse inexorável, mas era uma forma de compactuar. A falta de solidariedade com a população nos afastou: achar normal a pessoa bater à porta do hospital e não ser atendida porque não tem profissional. Quando a pessoa chega, tem que ser acolhida; é dever do Estado. Era hora de chamar a polícia, o Ministério Público. Não fizemos porque o SUS era nosso; e, ao defender e gerir a precariedade, perdemos o vínculo com a sociedade”, avaliou.

PULSÃO INSTITUINTE

“Quem era contra o SUS começou a dilapidá-lo enquanto nós administrávamos o sistema para eles. A corrupção sempre esteve no sistema e não fizemos disso uma bandeira, apesar de sempre ter sido uma bandeira da população. Fomos defendendo o que hoje é indefensável. Nos setorizamos, só falamos sobre SUS, não pensamos em reforma tributária e outras reformas”.

Para Sonia, os sanitaristas têm que se aliar à insatisfação da sociedade, voltar a ter pulsão instituinte e reformadora, a fim de resolver os problemas do povo — não os das elites. “Precisamos recuperar o que foi abandonado na trilha, visitar os mecanismos de participação, ir às ruas para repensar”, conclamou Sonia. (Bruno Dominguez)

“A reforma sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”

pautas saídas das manifestações.

“É um momento super animador, em que as pessoas estão indo às ruas pedir um SUS padrão Fifa. Ninguém foi pedir plano de saúde barato ou pago pelo Estado. Foram pedir respeito aos direitos do cidadão: transporte, saúde, educação, prestação de contas, aprofundamento da democracia”, comentou Sonia, para quem a reforma está nas ruas, em outro formato, com outro sujeito. “A reforma não acabou”.

Sonia observou que a reforma tem dois componentes contraditórios: o instituinte e o instituído. “O instituinte tem a ver com a pulsão, o desejo, a ruptura, a formulação de projetos e alianças”, explicou, indicando que, na década de 1980, o instituinte era o movimento sanitário; hoje, é a voz das ruas. A diferença, disse ela, é que um estava agregado em torno da instalação da democracia e o outro busca radicalizar a democracia. “Começou com os 20 centavos e, em um mês, consegui a criação de uma CPI de transportes. Isso é construção de agenda pública e de ator político. Estou desbordada de emoção”.

Já o instituído daquele grupo de sanitaristas — ou seja, aquilo que construíram como institucionalidade — foi o SUS, prosseguiu Sonia.

Para onde vai o SUS?

A pergunta da mesa-redonda com Gilson Carvalho e Ligia Bahia, mediada por Arlindo Fábio, na manhã do dia 4, era *Para onde vai o SUS?*. Mas Ligia, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), partiu de outra questão provocadora: “Para que servem os sistemas de saúde?”. A resposta mais óbvia, melhorar a saúde da população de um país, foi logo descartada por ela. “Nós entendemos que saúde não é o contrário de doença e que, portanto, mais médicos não resultam em mais saúde”, disse, trazendo à tona o programa federal Mais Médicos.

Se, no senso comum, mais médicos, mais remédios, mais hospitais e mais ambulâncias resolvem os problemas de saúde, o conceito de determinação social da saúde mostra que todos esses recursos não necessariamente impactam os indicadores. Um exemplo vem da Venezuela, que importou médicos cubanos em 2003 e não conseguiu mudar sua realidade sanitária, citou Ligia.

DESIGUALDADES

“A função que os sistemas de saúde têm de cumprir é a de reduzir desigualdades”, considerou, ressaltando que muitos sistemas pelo mundo ignoram esse papel e exacerbam desigualdades. Como o dos Estados Unidos: um estudo mostrou que negros norte-americanos são encaminhados a hospitais de menor qualidade mesmo quando moram ao lado de hospital de excelência, relatou ela. Há outras evidências de disparidades nos indicadores de saúde, especialmente pelo critério de renda.

“Como os sistemas de saúde podem contribuir para que o mundo seja menos desigual em relação à saúde?”, indagou a professora. No Brasil, o contexto não ajuda: “O SUS não foi poupado do tsunami neoliberal, com pacto de desigualdade, organizado pela coalizão política PSDB-DEM em nome da estabilidade econômica do país”.

MERCADO CONSTRUÍDO

O ponto que preocupa Ligia em particular é a privatização do sistema brasileiro. “É um processo levado à frente pelo governo, porque não são os indivíduos que constroem o sistema, mas governos, partidos...”, disse a professora, para quem é uma falácia a ideia de que a nova classe média *prefere* ter plano de saúde. “O mercado da saúde não foi

uma criação de forças naturais. O Estado criou esse mercado”, apontou.

O público também se enfraquece com o que chamou de “filantrópico lucrativo” (incorporando um termo do sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos), para tratar do espaço ganho pelo Hospital Sírio Libanês nos governos Lula e Dilma — como aconteceu com o Hospital Israelita Albert Einstein no governo Fernando Henrique. “O Sírio Libanês virou o sistema brasileiro de saúde: é o encarregado pelos atendimentos na Copa e na Olimpíada, pelo treinamento de gestores de hospitais universitários, pela coleta de material da Pesquisa Nacional de Saúde... O SUS perde espaço”.

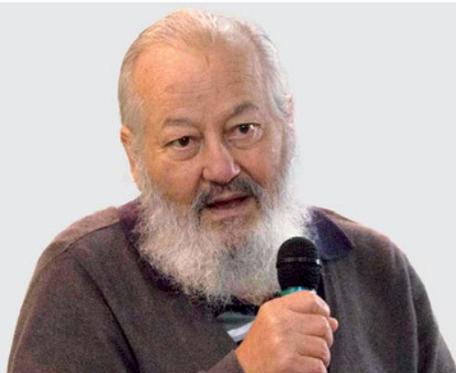
“Temos que entrar no coração desse SUS desumanizado e medicalizado e resgatar a promoção da saúde”

A outra face dessa moeda é o assistencialismo. “É importante que programas como o Bolsa Família existam, mas não podem substituir a Previdência Social, o direito à aposentadoria e ao seguro-desemprego”, explicou. Ou seja, para Ligia o assistencialismo é componente essencial dos sistemas de bem-estar social, mas não pode ser visto como a política.

“A transferência condicionada de renda tem sido a principal política de saúde do país, mas não modifica desigualdades, não resolve problemas de saúde e não incorpora os direitos de cidadania”, disse. Um exemplo, segundo ela, é a Rede Cegonha, que prevê auxílio de até R\$ 50 para as gestantes que fazem o pré-natal no SUS, mais auxílio transporte. “É uma vertente do selo assistencialista, que ainda tem um selo higienista ao instalar um cadastro de gestantes para identificar mulheres que abortam”, opinou.

COALIZÃO ELEITORAL

Privatização, filantropia lucrativa e assistencialismo beneficiam uma coalizão política e eleitoral, na análise de Ligia. “Em muitos lugares, consultas, exames e internações são intermediados por vereadores. Há vereadores *donos* do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): a



Gilson: “A persistir o atual cenário, restará um SUS básico para pobres”;
Ligia: mercado da saúde não foi criação “de forças naturais”, e sim do Estado

ambulância só vai onde eles querem”, denunciou, convocando pesquisadores a investigar a realidade da atenção à saúde no país.

“A população é parte da organização desse sistema. Não é cliente, não é usuária, é sujeito”

ANTES E DEPOIS

“Para onde vai o SUS?”, voltou à pergunta que dava título à mesa-redonda. Para ela, as manifestações de junho e julho podem dar novo rumo ao sistema. “Temos um cenário antes das manifestações e um depois das manifestações”, considerou, apontando a necessidade de se aprofundar o debate levantado pelas ruas, com as bandeiras emancipatórias (a sociedade não deseja que o Estado intervenha, como no caso da *cura gay*) e democráticas (dos slogans *Saúde padrão Fifa* e *Enfia 20 centavos no SUS*).

“Por enquanto, a resposta do governo foi o programa Mais Médicos e o posicionamento contra a aplicação na Saúde de 10% da receita bruta da União”, avaliou. Para sair dessa *ilha*, “em que parte dos sanitaristas foi cooptada e parte está cansada”, devem-se construir pontes para que o SUS deixe de ficar espremido pela privatização e pela desvalorização simbólica. “O SUS é muito menor do que poderia ser”.

‘CADÊ VOCÊS?’

O médico pediatra e sanitarista Gilson Carvalho também conclamou pesquisadores a se envolverem com questões do dia a dia do SUS. “Cadê vocês? O que os intelectuais da Academia estão fazendo para ajudar os profissionais da prática, amarrados com o cotidiano? Vocês precisam nos ajudar a construir esse sistema”, disse.

Assim como Ligia, Gilson avaliou que “o mar não está para peixe; está para tubarão”, citando os desafios da integralidade e do financiamento, e criticando o mix público e privado e a terceirização de serviços e pessoal. Para Gilson, as relações entre os princípios da universalidade e da integralidade, que garantiriam o “tudo para todos”, é a conjugação máxima da constituição da lei de saúde.

Ele apontou também que o SUS possibilita que se busque o setor privado para complementá-lo, mas não para substituí-lo, como vem ocorrendo. “Há uma promiscuidade nessa relação. Há um movimento mundial de terceirização, inclusive temos terceirizado com muita facilidade as responsabilidades, as culpas e, conseqüentemente, as soluções”, observou.

“Para onde vai o SUS depende de como vamos enfrentar esses desafios. A persistir o atual cenário, em que até o governo favorece a mitigação do direito à saúde, nos restará um SUS básico para pobres”, alertou.

Da plateia, o pesquisador da Ensp Adolfo Chorny propôs corrigir a pergunta-tema da mesa: “A questão deveria ser *Para onde vai o SUS se a gente não fizer nada*. Precisamos dizer que saúde e que sociedade nós queremos”. (B.D.)

Estado controlador reduz espaços de participação

O Estado, quando muito, concebe a sociedade civil como fonte de fiscalização, nunca de elaboração de política pública”. A análise do sociólogo Rudá Ricci, buscou compreender a ausência dos movimentos sociais nas discussões sobre o SUS e responder à pergunta que norteou a mesa-redonda *Os movimentos sociais participam das políticas de saúde?*, no dia 4/9. Para Rudá, que integrou a mesa com o psicólogo e ativista social Carlos Basília, com mediação do pesquisador da Ensp, Eduardo Stotz, os movimentos sociais estão ausentes das políticas públicas de forma geral. “O Estado é um demiurgo da sociedade civil: é ele quem define o seu comportamento”, afirmou. Esse modelo de estrutura estatal, analisou Rudá, reduz os espaços de oposição controlando as mobilizações e resistências sociais, essenciais em um ambiente democrático, pois expressam suas contradições.

Para Rudá, há mais semelhanças do que diferenças entre as manifestações ocorridas em junho e as do final da década de 1980, quando jovens também foram às ruas pedindo, à época, pelo restabelecimento da ordem democrática. Para ele, o que distancia os dois momentos é o quanto a luta pelo

coletivo prevalece em cada um deles. Enquanto no século passado a participação ativa se deu em torno de uma causa ou organização política, com forte envolvimento de movimentos sociais e da base popular da sociedade, as manifestações de junho foram pluriclassistas e não expressaram interesses de classe.

“Foram lideradas por jovens de 25 a 30 anos, de classe média tradicional, mas que contaminaram a população brasileira inteira”, disse ele. Em sua essência, ressaltaram a individualidade. Contudo, segundo o sociólogo, nas duas épocas “o mesmo sentimento libertário difuso envolveu a sociedade”.

DINÂMICA SOCIAL

Na avaliação de Rudá, o Estado brasileiro, de rígida estrutura hierárquica, não tem como acompanhar a dinâmica social que se dá por território. Assim, apesar de considerar a Reforma Sanitária um marco na conquista de direitos, Rudá observou que ela se baseou na estrutura desse Estado burocrático e personalista. Mesmo ressaltando a importância do papel dos sanitaristas, ele apontou equívocos na estruturação do SUS, já que naquele momento a



Rudá (E): Estado brasileiro, de rígida estrutura hierárquica, não acompanha dinâmica social por território; Carlos: sociedade civil não se vê representada pelos seus governantes

questão não era só da Saúde. “Não era hora de falar só do SUS. Era o momento de falarmos de um sistema único de Educação, de Assistência Social. Nós somos atrasados. Queremos radicalizar a experiência da Saúde, mas não entendemos que é preciso radicalizar a democratização da gestão da política pública no Brasil. A experiência adquirida no movimento sanitário tem de ser, de fato, universal, não de uma área apenas. Mas a gente não consegue ir muito além do nosso quadrado”, criticou.

Para Rudá, na década de 80, houve a emergência da capacidade de expressão popular, especialmente vinda das massas, uma espécie de poder simbólico da população que, no entanto, não se traduziu em reforma de Estado. “Havia o discurso de que queríamos uma revolução, mas não se discutia que novo Estado era esse e qual seria o subproduto dessa revolução. E pagamos caro por isso nos anos 1990”, analisou.

De acordo com o sociólogo, os movimentos sociais não conseguiram dar o salto necessário para tanto, “seja por incapacidade de formulação, seja porque à época predominou a lógica ativista”. A população, segundo ele, continua a não ter o poder efetivo em sua mão. “A força política aparece, mas se traduz na noção de que somos diferentes, na negação. Não se discutiu qual Estado se queria”.

FORDISMO FORA DE HORA

Rudá observou que alguns setores, como o da Saúde, conseguiram dar esse salto, mas, de novo, foram submersos pela lógica da burocracia, como é o caso do SUS. Ele lembrou que, de forma equivocada, foram instituídos conselhos de Saúde para dialogar com uma estrutura de Estado que não é porosa para absorver demandas externas. E criticou: “Por que há Conselho de Saúde, de Educação, de Assistência Social? O conselho tem de falar de gente, não de temas, porque as pessoas não incorporam os temas”, defendeu. Segundo o sociólogo, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 39 mil conselhos no Brasil, que seguem apartados dos movimentos sociais.

Como consequência do governo Lula, foi criado um “Estado fordista fora de hora”, definiu, que promoveu a inclusão social pelo consumo, não pelo direito ou pela ação política, tentou efetivar um pacto desenvolvimentista e não entrou em embate ideológico. Essa lógica conformada pelo lulismo vem desde 2005 inserindo camadas mais baixas. Houve geração de renda e aumento do consumo. Para Rudá, o fordismo lulista mantém o Estado como financiador e orientador do capital e como sustentação do mercado interno, introduzindo o

financiamento de organizações populares e de representação de massas e reduzindo os espaços de oposição. “O Estado entra nos poros da população e engessa a nossa capacidade de pensar o todo”, considerou. Com isso, as manifestações de junho contaminaram também o eleitorado de baixa renda, porém com intenções distintas dos jovens que foram às ruas. “Hoje, todas as lutas populares são de elite”, justificou.

Diferentemente do que ocorre nas lutas que envolvem direitos e política, e “que a gente quase conseguiu”, a tendência da inclusão social pelo consumo é a preservação do status atingido. “O respeito social se dá pelo consumo. Isso é um valor”, afirmou, apontando os valores “absolutamente conservadores” da população que conseguiu a inclusão social. “As pesquisas qualitativas dos últimos cinco anos revelam que são fundamentalistas, não gostam de sindicato e até na religião são utilitaristas”, considerou. Por outro lado, apontou Rudá, a parcela que subiu de renda tem histórico familiar de pobreza e exclusão; para ela direito é universal; o interesse é coletivo; e a necessidade é individual. “Eles, no máximo, atingem a noção de interesse”, analisou.

SUSTO E ACOMODAÇÃO

O psicólogo e coordenador técnico da área de Tecnologia Social do Observatório TB Brasil, Carlos Basília, disse ter dúvidas sobre até quando as manifestações provocarão mudança no cenário político brasileiro. Para ele, no primeiro momento, houve um susto em relação ao movimento, mas já há uma acomodação. Para Carlos, que integra o Fórum de Movimentos Sociais da Ensp, vários elementos de indignação envolvendo corrupção de políticos, descaso com a população e falta de ética dos governantes motivaram as reações. “A sociedade civil não se vê representada pelos seus governantes. A ética foi colocada abaixo. Vivencio hoje a luta por fazer valer os princípios válidos na Reforma Sanitária. Vivemos uma crise de participação”.

Ao abrir a mesa-redonda, o sociólogo e sanitarista Eduardo Stoz referiu-se à geração que assume, hoje, os protestos nas ruas brasileiras e à geração que promoveu o movimento da Reforma Sanitária para considerar que ambas estão “no mesmo pé, diante dos impasses e desafios do sistema” e apontou para o vínculo que deve ser estabelecido com as lutas sociais em curso. Segundo Stotz, é necessário discutir as razões de o grupo da Reforma Sanitária ter deixado de se relacionar com as forças sociais. “Se nós nos debruçarmos agora no presente olhando para o futuro, temos de ter claras essas questões”, disse ele. (*Liseane Morosini*)

A SAÚDE COMO DIREITO EM DÉCADAS DE CAMINHADA



8º CNS

Marco na história da Saúde no país, aprofunda e legitima os princípios de uma nova abordagem da saúde. Organizada e presidida por Sergio Arouca, a Oitava teve a inédita participação da população nas discussões.

Suas propostas seriam contempladas no texto da Constituição, em 1988, e nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, dissertação de mestrado de Sarah Escorel orientada por Arouca, denomina, pela primeira vez, a mobilização pela saúde de "movimento sanitário".

Criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), uma das principais recomendações da 8ª Conferência e fórum de negociações para um texto consensual para apresentar à Assembleia Constituinte.



3º CNS

Realizada em meio às Reformas de Base propostas pelo governo João Goulart, voltava-se a determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, visando à municipalização.

Organiza-se o fórum de discussão da Saúde na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

Criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) que passa a cobrir os trabalhadores urbanos inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais, mas exclui trabalhadores informais e desempregados.



As teses *O dilema preventivista*, de Sergio Arouca, e *Medicina e sociedade*, de Cecília Donnangelo, fundam uma teoria médico-social para análise de processos no campo da saúde no país.

ABRÁSCO

Fundada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). O campo da Saúde Coletiva começa a ser estruturado.

O documento do Cebes *A questão democrática na área da Saúde*, apresentado por Sergio Arouca, torna a resolução oficial do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados.

Criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

- Radis lança as revista *Súmula, Dados e Tema*, adotando um conceito ampliado de saúde.



A nova Constituição brasileira. Em seu artigo 196 afirma que: "A Saúde é direito de todos e dever do Estado". No artigo 199, oficializa a proibição do comércio de sangue e hemoderivados. Criado o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

1963 1969 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1982 1985 1986 1987 1988 1990

Final da década de 1960

Os departamentos de Medicina Preventiva da USP e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro passam a associar medicina e política.



Criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a revista *Saúde em Debate*, publicada até hoje.



Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (foto), em Alma-Ata, no Cazaquistão. A *Declaração de Alma-Ata*, é a primeira a ressaltar a importância da atenção primária em saúde.



Giovanni Berlinguer, deputado do Partido Comunista Italiano (PCI), um dos principais pensadores da reforma sanitária italiana e da saúde pública no mundo, vem ao Brasil a convite do Cebes.



7º CNS

Mesmo sob o regime militar, conseguiu dar ênfase a temas relacionados à criação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).

Assembleia Nacional Constituinte, grande arena de embates que favoreceu articulações políticas e abriu brechas para ampliar a participação popular no processo de tomada de decisão.

Criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), momento de transição para o SUS.

O Programa Radis da Fiocruz lança *Proposta – O jornal da Reforma Sanitária*, para tratar das teses do Movimento Sanitário, dar continuidade aos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde e mobilizar a sociedade para influir na Constituinte.



Sanitaristas ocupam postos-chave: Sergio Arouca, na presidência da Fiocruz (foto); Hesio Cordeiro, como presidente, e José Gomes Temporão, como secretário de Planejamento, no Inamps.



Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90, regulamentando o SUS.



Criado em 1988 e regulamentado em 1990, o Sistema Único de Saúde, o SUS brasileiro, resultou de décadas de luta e militância, de profissionais da área da Saúde, pesquisadores, movimentos sociais, associações, sindicatos, que, juntos, deram início ao movimento da Reforma Sanitária. Nascido na década de 1970, como forma de oposição ao regime militar e abraçado por outros setores da sociedade, o movimento apontava para uma nova abordagem: a saúde como direito e como expressão de cidadania, bem estar e qualidade de vida. Conhecer a história dessa luta é também uma forma de apropriar-se dela para levá-la à frente, uma vez que há, ainda, muitas conquistas a se fazer em prol da continuidade da Reforma Sanitária e da construção do SUS.



Criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que resulta no programa Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A publicação de Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) avança na regionalização por meio da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem municípios.



Radis reúne suas publicações numa só revista, a Radis, que intensifica a defesa da saúde como direito.



World Conference on Social Determinants of Health

RIO DE JANEIRO | BRAZIL | 19-21 OCTOBER 2011

All for Equity

Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. O tema dos determinantes entrou na agenda global.

Criado o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, com a meta de aumentar o volume de recursos não atendidos pelo processo de regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.

Entra em vigor a CPMF para arrecadar verbas destinadas à Saúde Pública.

Proposta a Contribuição Social para a Saúde (CSS) com a alíquota permanente de 0,10% sobre movimentações financeiras, para substituir a CPMF, extinta em 2007. A proposta foi derrubada pela Câmara, em 2011.



Saúde da Família

Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica.



Lançado o Pacto pela Saúde, conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS.

1991 1992 1994 1996 1997 2000 01/02 2003 2006 2007 2008 2011 2012 2013

9º CNS

realizada sob o tema *Municipalização é o caminho*, mas mobilizada em torno do movimento Fora, Collor, pelo impeachment do então presidente Fernando Collor de Mello.



10º CNS

Tema: *O SUS – Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de Vida.*

Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) que redefine o modelo de gestão do SUS e avança nos mecanismos de descentralização e municipalização.

11º CNS

Tema: *Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.*

A Emenda Constitucional 29 prevê mais recursos para a Saúde, fixando percentuais mínimos a serem investidos anualmente pela União, estados e municípios.

12º CNS

Tema: *Saúde é um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos e o SUS que queremos.* Foi antecipada em um ano, para que suas propostas nortearassem as ações de governo 2003-2007.

13º CNS

Tema: *Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento.*



14º CNS

e a veemência dos protestos e manifestações contra a privatização da Saúde. Tema: *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, política pública, patrimônio do povo brasileiro.*

Criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, para lutar por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

O Movimento pela Reforma Sanitária entrega ao ministro Alexandre Padilha o documento *SUS igual para todos: A agenda estratégica para a Saúde no Brasil.*



Nos 25 anos do SUS, o Movimento Saúde + 10 propõe projeto de lei de iniciativa popular para destinar 10% da receita bruta da União para o sistema. Sanitaristas e demais militantes da Saúde e da cidadania, prosseguem na batalha pela concretização do SUS.



Manifestações pelo país têm transporte, saúde e educação como bandeiras.

Do serviço civil obrigatório ao Mais Médicos

Na programação, o tema era serviço civil obrigatório — projeto do Governo Federal que prevê que graduados na área da Saúde, que concluíram cursos custeados com recursos públicos, prestem serviços em comunidades carentes desses profissionais. No entanto, a proposta inicial de discussão foi ampliada, no calor do momento, para um debate em torno de outra iniciativa governamental: o programa Mais Médicos. Poucos dias antes, em 27/8, havia sido publicada na imprensa foto que mostrava médicos brasileiros recepcionando com vaias a chegada de um médico cubano negro em Fortaleza. O consenso, na roda de conversas *Serviço civil obrigatório na Saúde*, foi de que o gesto manifestava, além de corporativismo, xenofobia e racismo.

“Temos que discutir a desmedicalização da sociedade, ao invés de ficar só falando de genéricos e distribuição gratuita de medicamentos”

Inspiradas na pedagogia de Paulo Freire, as duas rodas de conversa da Semana Sergio Arouca — a segunda teve como tema violência e racismo — foram propostas pelo Fórum de Articulação com os Movimentos Sociais da Ensp/Fiocruz e coordenadas pelo Fórum de Estudantes da escola. Professores, alunos de mestrado e doutorado, representantes de movimentos sociais, profissionais de saúde e representantes de instituições diversas, ao mesmo tempo em que condenaram a rejeição aos médicos que chegaram, defenderam que levar mais médicos para o interior é uma medida isolada que não consolida o projeto do SUS multiprofissional e desvia a discussão pública da questão do subfinanciamento do sistema e da precarização do trabalho.

Lucas, na roda de conversa organizada pelo Fórum de Estudantes da Ensp: manifestações somadas à repercussão do Mais Médicos abriram brecha para discutir a precarização da saúde



BRECHA POLÍTICA

Integrante do Fórum de Estudantes da Ensp, Lucas Bronzatto iniciou a roda com um poema contendo críticas à reação dos médicos brasileiros contra ao Mais Médicos, e considerou que as manifestações nas ruas, somadas à repercussão do programa, provocaram “uma brecha política para a discussão mais ampla sobre precarização da saúde”.

Leonardo Mattos, farmacêutico e mestrando, lembrou que a carência de profissionais no interior e nos rincões do país é anterior à criação SUS. “Essa concentração de médicos nos grandes centros e no setor privado também existe há muito tempo. Porque essas questões vieram à tona agora e não outras?”, questionou. “Anunciar mais médicos junto com mais isenções fiscais para hospitais filantrópicos é uma cortina de fumaça para a falta de disposição de enfrentar as questões estruturais do sistema. A oportunidade poderia ter sido aproveitada de maneira muito melhor”, considerou, acrescentando que a categoria médica vinha se opondo a projetos anteriores como o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (Provab). “A categoria médica é extremamente conservadora e corporativista e não consegue discutir propostas que vão no sentido de atender melhor à população”, opinou.

Para a bióloga e doutoranda Andrezza Piccoli, a formação dos estudantes de Medicina não é voltada para a qualificação do SUS, e em geral nem reconhece a multiprofissionalidade do sistema. Ela destacou a importância dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem. “A segunda categoria profissional em número é a dos profissionais de enfermagem de nível médio. Os médicos não querem ir para o interior e muitas vezes é o técnico de enfermagem que está lá”. Andrezza, que atua como técnica de laboratório, ressaltou ainda que muitas vezes o laboratório que presta serviço para hospitais públicos é privado ou opera “dentro de uma lógica produtivista”.

Críticas à contratação de força de trabalho para o SUS por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) também surgiram na fala de vários integrantes da roda. “Ela reduz o papel do Estado a financiador, comprador”, afirmou Vanessa Pinto, enfermeira e aluna de doutorado em Saúde Pública da Ensp.

ESTATIZAÇÃO

Entrando no tema inicial da roda de conversas, o pesquisador Eduardo Stotz, coordenador do Fórum de Articulação com os Movimentos Sociais da Ensp, defendeu o serviço civil obrigatório na saúde. “Não dá para ter esperança em um tipo de prática de um profissional que teve formação contrária aos princípios do SUS”, observou. Para ele, não se deve abandonar a estatização do setor Saúde como perspectiva de luta. “Usar a

palavra estatização se tornou um anátema. Eu faço questão, para confrontar com o ponto de vista neoliberal”, disse Eduardo. “Precisamos de um SUS contrário ao que ele acabou se tornando”.

Eduardo abordou, ainda, a cobertura da mídia comercial sobre a saúde, em especial, no que diz respeito ao Mais Médicos. “Por que será que a Rede Globo é a favor do programa Mais Médicos?”, provocou. De acordo com Rogério Lannes, coordenador do Programa Radis da Ensp/Fiocruz, a mídia comercial vem pautando os debates sobre saúde com foco no Mais Médicos, programa que ele não vê como inovação: “É o *status quo*, a confirmação da saúde centralizada na Medicina e no médico”, considerou. Para Rogério, a abordagem deveria ter como centro a multiprofissionalidade e a formação para o SUS.

CAMPO EM DISPUTA

“Dizer que o SUS fracassou não nos ajuda. É importante dizer que ele tem limitações, é um sistema enorme”, defendeu a nutricionista e doutoranda Flávia Henrique, comentando uma observação de Eduardo Stotz. Ela vê razões para ser otimista em relação à atual política. “O setor Saúde é um campo de disputa com muita pressão, especialmente da categoria médica. Considero de extrema coragem botar o programa [Mais Médicos] nas ruas”, apontou. Sobre a multiprofissionalidade, Flávia disse acreditar que o anúncio de 187 novas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), feito em maio, mostra uma reorientação. “Isso significa sim mais psicólogos, mais fisioterapeutas, mais nutricionistas”.

Em relação ao serviço civil obrigatório, Flávia apontou que existe uma avalanche de profissionais migrando do setor público para o setor privado, e o objetivo do governo com a proposta seria conter esse problema. Ela considerou a abertura de novas vagas e recursos para bolsas de residências, em grande parte voltadas à atenção básica, uma ação para enfrentamento da falta de profissionais. O maior problema do SUS, disse Flávia, é a falta de recursos. “Devemos bater fundamentalmente no subfinanciamento”, apontou.

Para a pesquisadora da Ensp e coordenadora da rede de Escolas de Saúde Pública, Tânia Celeste, a discussão sobre o programa Mais Médicos trouxe visibilidade para as carências na área da saúde pública. “O melhor é que já politizou [o debate público]”, disse Tânia, para quem as populações rurais estão mesmo sem serviço, sem médicos.

Os participantes da roda de conversa definiram ao final do encontro propostas de estruturação de uma agenda permanente de debates, construção de uma nota de repúdio ao racismo e à xenofobia sofrida pelos médicos cubanos em sua chegada ao Brasil, e elaboração de uma carta sobre o Programa Mais Médicos, relacionando-o ao contexto político atual.

VIOLÊNCIA E RACISMO

Na segunda roda de conversas, a violência e o racismo foram discutidos, especialmente no contexto das comunidades carentes cariocas e dos territórios em que foram instaladas Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). Carla Moura Lima, aluna



de doutorado em Saúde Pública, enumerou dados do *Mapa da violência 2013 — homicídios e juventude no Brasil*, livro de Julio Jacobo Waiselfisz. De acordo com a publicação, os homicídios de jovens negros aumentaram 24% entre 2002 e 2011. Em uma década, foram mais de 200 mil assassinatos de jovens entre 15 e 24 anos. “O quesito raça-cor aparece tardiamente nos registros oficiais, mas já é possível identificar uma mortalidade seletiva de homens negros”, resumiu.

TRADIÇÃO ESCRAVOCRATA

O historiador Fransérgio Goulart de Oliveira Silva, que trabalha em projetos voltados para jovens moradores de favelas, propôs “romper com a ideologia de que somos um país pacífico”. Para ele, temos uma tradição escravocrata de resolução violenta de conflitos. Fransérgio defendeu a desmilitarização da Polícia Militar do Rio de Janeiro. “Os símbolos da PM são um ramo de café, uma coroa e armas. Os símbolos são muito importantes e já mostram a que estruturas a PM serve”, observou, lembrando que moradores de muitas comunidades

Carla: pesquisa aponta mortalidade seletiva de homens negros;
Fransérgio: tradição escravocrata de resolução violenta de conflitos

“Saúde é o resultado do desenvolvimento econômico-social justo”

ainda vivem sob fogo cruzado, e que as UPPs não resolveram o problema de reforma urbana real. A pesquisadora Tatiana Wargas ressaltou a importância de os territórios receberem retorno das pesquisas realizadas. “Quando se fala em racismo ambiental, é preciso trazer isso não só para nossos estudos, mas gerar discussões internas e pressão política”, considerou.

A roda de conversa serviu também de espaço para que a ativista Simone Pereira dos Anjos, representante do Conselho Gestor de saúde e do Segmento de Mulheres do Território de Mandela, comunidade vizinha ao Campus da Fiocruz em Manginhos, Zona Norte do Rio de Janeiro, reivindicasse ao poder público a instalação de um Centro de Atenção Psicossocial em sua comunidade. “O problema do álcool e das drogas traz grande perda de estrutura familiar”, disse Simone. (*Elisa Batalha*)

Vídeos

- *Democracia é saúde*: vídeo restaurado que registra discurso de Sergio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde — www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ
- *O SUS do Brasil: um projeto para a saúde* (a história do SUS com foco na participação de Arouca) — www.youtube.com/playlist?list=PLQ_83_IsoGE-7TbQcY6EelJYdWQblkbDKT

Livros

- *Arouca, meu Irmão: uma trajetória em favor da Saúde Coletiva* (Contra Capa, 2009). Guilherme Franco Netto e Regina Abreu (orgs.) — www.contracapa.com.br/arouca.php
- *O Dilema Preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva (Unesp/Fiocruz, 2003). Tese de doutorado de Sergio Arouca enriquecida com artigos de autores convidados — <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>
- *Medicina e sociedade* (Pioneira, 1975). Maria Cecília Donnangelo.
- *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* (Fiocruz, 2009). Sarah Escorel Moraes.
- *Saúde: promessas e limites da Constituição* (Fiocruz, 2003). Eleutério Rodriguez Neto.
- *Antecedentes da reforma sanitária* (Ensp, 1988). Sônia Maria Fleury Teixeira (coord.)
- *Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS*. (Fiocruz, 2007). Tânia Celeste Mattos Nunes

Artigos

- *SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas*. Nelson Rodrigues dos Santos <http://apsredes.org>
- *Caminhos da Reforma Sanitária*. Amélia Cohn — www.scielobo.br

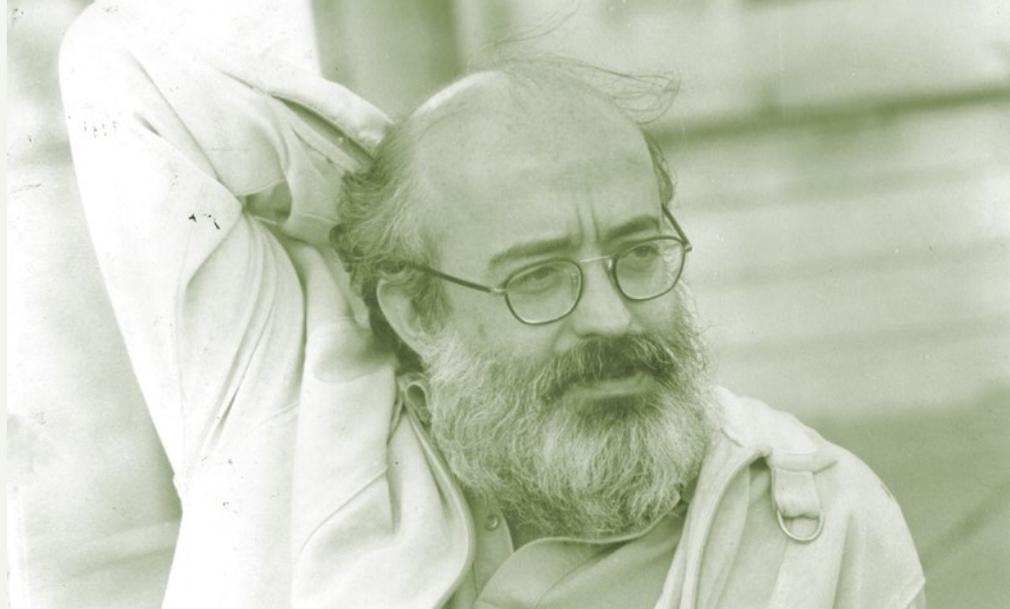


FOTO: CID FAYÃO

Arouca, um combatente pela saúde

Líder maior da Reforma Sanitária brasileira, o sanitarista Sergio Arouca, morto aos 61 anos, em 2 de agosto de 2003, esteve à frente das grandes conquistas do movimento que mudaria o olhar sobre a saúde no país. Médico e doutor em saúde pública, Arouca foi articulador de passos importantes em direção à melhoria da qualidade de vida da população: apresentou na Câmara dos Deputados o documento *Saúde é Democracia*, que pedia a criação de um sistema único de saúde no país, com ações gratuitas sob responsabilidade do Estado, a partir de uma base eficaz de financiamento; convenceu o ministro da Saúde Carlos Santana a convocar a 8ª Conferência Nacional de Saúde e presidiu o evento — que teve, pela primeira vez, a participação popular e de onde saíram os princípios do SUS; e defendeu na Assembleia Nacional Constituinte a emenda popular que levou o Brasil a reconhecer na Constituição a saúde como direito do cidadão e dever do Estado — feito maior do movimento da Reforma Sanitária. Arouca foi também relator, como deputado federal, da lei que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps).

A universalização da saúde e a garantia da participação popular na definição das políticas, ações e serviços foram frutos da Reforma Sanitária, assim como a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituição na Lei Orgânica 8.080, de criação do SUS.

Na Escola Nacional de Saúde Pública, onde chegou em 1976, Arouca dedicara-se a pensar a medicina social. À época, o olhar da academia para a saúde era dominado pela visão das ciências biológicas e concentrado na maneira como as doenças eram transmitidas. A tese de doutorado de Arouca, *O dilema preventivista*, de 1975, é considerada um marco, dando início à teoria social da medicina,

juntamente com a tese *Medicina e sociedade*, de Cecília Donnangelo, de 1973.

Ao longo de sua trajetória em defesa da equidade na saúde, Arouca passou pelas três esferas de governo: em 1987, foi secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro sendo, nessa condição, escolhido, por unanimidade, pela plenária de entidades de Saúde para apresentar a defesa da emenda popular apresentada à Assembleia Nacional Constituinte; em 1990, foi eleito deputado federal pelo PCB, com 94 mil votos, permanecendo na Câmara por dois mandatos (no ano anterior, havia se candidatado a vice-presidente da República na chapa do PCB encabeçada por Roberto Freire, difundindo mais amplamente suas ideias e projetos políticos); em 2001, teve breve participação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e, em 2003, foi nomeado para a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Em 1985, Arouca assumiu a presidência da Fiocruz, indicado por um movimento da Comunidade de Manguinhos e uma frente suprapartidária, promovendo uma reestruturação da instituição, que passou a adotar um modelo de gestão democrática. Durante o período em que esteve à frente da Fiocruz, até 1988, Arouca transformou a associação de funcionários, promovendo eleições diretas para sua diretoria, estabeleceu mecanismos de gestão colegiada e participativa, nomeou diretores eleitos pelas unidades e criou o Conselho Deliberativo e o Congresso Interno da Fiocruz como instância máxima do poder. Em sua gestão, promoveu o retorno dos onze cientistas que haviam sido cassados e expulsos da instituição pela ditadura militar, no episódio conhecido como Massacre de Manguinhos.

Em seu 49º aniversário, em 2003, a Ensp agregou o nome de Arouca ao seu, tornando-se Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (B.D.) 

Meios de comunicação distantes dos brasileiros

Levantamento da Fundação Perseu Abramo identifica que população se vê pouco representada pela mídia

Liseane Morosini

Neutralidade, imparcialidade e pluralidade. Para as empresas de comunicação, essas são características que marcam a produção midiática no país. No entanto, não é esta a percepção da população sobre esses meios, como mostra a pesquisa Democratização da Mídia, realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), entre os dias 20 de abril e 6 de maio, e lançada em 16 de agosto. Por meio de 2,4 mil entrevistas com pessoas a partir de 16 anos — 344 delas de área rural — de 120 municípios das cinco regiões do país, a pesquisa mostrou que apenas 22% concordam plenamente que os meios de comunicação costumam ser neutros e imparciais e que somente 8% acreditam que a mídia defende os interesses da maioria da população. Para os entrevistados, os meios de comunicação defendem, sobretudo, interesses (Gráfico 1) dos próprios donos (35%), dos que têm mais dinheiro (32%) e dos políticos (21%).

Além da forma de atuação dos meios de comunicação, o levantamento abordou temas como o conhecimento da população sobre o regime de concessões das TVs e rádios, penetração da internet, regulamentação da mídia, regras para produção de conteúdo, hábito de assistir a TV fechada ou aberta, ouvir rádio, ler jornais e revistas, fontes de informação (além da mídia comercial, redes sociais, conversa com familiares etc.) e percepção sobre o conteúdo divulgado nos meios de comunicação. “O estudo fortalece o trabalho do movimento em favor da regulação da mídia, abre caminho para novos estudos e sela um compromisso com todos e todas que lutam pelo direito à comunicação”, observou Rita Freire, da Ciranda da Comunicação e do Conselho Curador da Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), em entrevista ao site da Frente Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC). De acordo com a pesquisa, a TV aberta continua sendo o meio de comunicação mais presente no cotidiano da sociedade brasileira: 94% declararam assistir à TV aberta (87,1% desse percentual afirmaram que assistem diariamente), enquanto 79% disseram ouvir rádio, 43%, acessar internet, 43%, ler jornais, 37%, assistir à TV por assinatura e 24% ler revistas (quadro ao lado).

HÁBITOS de mídia



ASSISTE A TV ABERTA

94%



OUVE RÁDIO

79%



ACESSA INTERNET

43%



LÊ JORNAIS

43%



ASSISTE A TV FECHADA

37%



LÊ REVISTAS

24%

Íntegra da pesquisa: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/fpa-pesquisa-democratizacao-da-midia.pdf>

1. INTERESSES

dos Meios de Comunicação



MEIOS DE COMUNICAÇÃO NO BRASIL, QUANDO TRATAM DE POLÍTICA E ECONOMIA, COSTUMAM DEFENDER OS INTERESSES DOS:



2. CONCESSÕES

Públicas de TV



AS EMISSORAS DE TV SÃO:



3. GRUPOS PRIVADOS

de Comunicação



POUCAS FAMÍLIAS NO CONTROLE É:



NEGÓCIO X CONCESSÃO PÚBLICA

Sete em cada dez brasileiros não sabem que as emissoras de TV aberta são concessões públicas, e para 60% são “empresas de propriedade privada, como qualquer outro negócio” (gráfico 2). Quando informados de que as emissoras de rádio e TV são concessões cedidas pelo poder público a grupos privados, metade supôs que a programação das emissoras abertas é controlada em parte pelos empresários, em parte pelo governo (50%). Para um terço, a programação é controlada apenas pelos empresários (34%). Para o professor Laurindo Leal Filho, da Escola de Comunicações e Artes (ECA) da USP, esses resultados revelam uma lacuna democrática: “Esse país só será democrático quando nos intervalos da programação for informado que as emissoras são concessões públicas (*Radis* 131), e que as concessões públicas têm começo e fim”. Para ele, a pesquisa traz dados concretos e amplia a discussão política e acadêmica sobre a democratização da comunicação. “Teremos um antes e um depois desse estudo”, afirma.

Mais da metade acredita que o número de grupos privados que controla as emissoras de TV e rádio no país é grande (55%); para 25%, é médio e apenas 12% avaliam que é pequeno. As opiniões dividem-se quanto a esse número de controladores privados dever ficar como está (35%) ou aumentar (32%), ou mesmo diminuir (22%). Quando informados de que a maior parte dos meios de comunicação no Brasil pertence ou é controlada “por cerca de dez famílias”, a medida é considerada ruim (40%), indiferente (30%) e boa (23%) para o país (gráfico 3). Para o presidente do Centro de Estudos da Mídia Alternativa Barão de Itararé, Altamiro Borges, caberia ao governo dar publicidade à existência da concentração midiática. “As pessoas avaliam que as afiliadas da Globo espalhadas pelo país, por exemplo, são empresas à parte. Mas elas retransmitem conteúdo”, observa.

RESTRIÇÃO E REGRAS

Cerca de metade da população (52%) informou saber que existem regras para definir o conteúdo veiculado na TV e a maioria (71%) mostrou-se favorável a que haja mais regras para orientar a programação. Em relação à publicidade, 66% acham que as regras são insuficientes, e 23%, suficientes; 8% defendem a existência de menos regras (gráfico 4). Quanto à forma de regulamentar, a autorregulamentação é satisfatória para 31%, enquanto a maioria manifestou-se favorável a que a regulamentação seja definida e fiscalizada por controle social, por “órgão ou conselho que represente a sociedade” (46%), ou favorável ao controle governamental (19%). No caso específico de conteúdos para o público infantil, 63% se mostraram favoráveis à regulação de programas e publicidade e 14% consideraram que deveriam ser banidos da TV. Para 23%, não são necessárias regras.

Os entrevistados responderam pergunta específica sobre publicidade de bebidas alcoólicas (*Radis* 132) e o resultado é que 88% informaram apoiar mudanças na legislação, podendo resultar em seu banimento da TV (44%) e restrição a “horários noturnos e de madrugada” (44%). Para 10%, a propaganda de bebidas deveria ser liberada para a TV em qualquer horário.

O tipo de conteúdo a ser veiculado pelos meios de comunicação também foi tema das perguntas aos entrevistados, que mostraram-se contra o uso de palavrões (66%); exposição gratuita do corpo da mulher (61%) e de cadáveres (60%); cenas de crueldade com animais (58%), de nudez e sexo (53%), de violência e morte (52%) e de uso de drogas (51%). Entre 32% e 42% admitem esses conteúdos desde que acompanhados de indicação de idade e controle de horários para exibição.

Mais da metade mostrou-se favorável também à restrição total na TV de “conteúdos de violência ou humilhação” contra a população negra (54%), gays e lésbicas (54%) e mulheres (53%), ou, no caso de sua veiculação, com regras (40%, 40% e 41%, respectivamente).

Quanto às notícias veiculadas na TV, nas rádios e jornais, não cobrem, na percepção de dois terços dos entrevistados, a maior parte dos acontecimentos importantes. Para a maioria, o noticiário cobre cerca da metade (43%) ou uma pequena parte (21%) do que interessa (gráfico 5).

DISTANTE DA POPULAÇÃO

Segundo a pesquisa, 43% dos entrevistados não costumam se reconhecer na TV, 25% veem-se retratados de forma negativa e 32%, de modo positivo. A maioria (55%) afirmou que “só de vez em quando” identifica-se com o modo de pensar das pessoas mostradas, enquanto para 28% isso nunca ocorre (gráfico 6).

Os números também revelam que, para a população, a representação dos diferentes grupos sociais na TV se dá de forma desigual: para 51,7% dos entrevistados, a televisão mostra a população negra menos do que deveria, sendo que esse grupo é apresentado “às vezes com desrespeito”, para 48,7%, ou “quase sempre com desrespeito” (16,8%).

Já em relação à representação da população “nordestina”, esse grupo é retratado, “às vezes com desrespeito”, para 44,1%, e “quase sempre com desrespeito”, para 19,2%. No caso da imagem das mulheres, os índices são semelhantes: 46,8% afirmam que elas são tratadas “às vezes com desrespeito” e 16,8%, “quase sempre com desrespeito”.

PERFIL DO ACESSO

Como fontes de informação, as TVs abertas são acessadas pela maioria da população para notícias locais (76,1%), e nacionais e do mundo (88,8%). Em seguida, são mencionadas as rádios com 48,8% como fonte para notícias locais e 29,8% para nacionais e do mundo. Na informação local, uma menção importante diz respeito ao ambiente comunitário: 33% reportaram as conversas com familiares e amigos como fontes locais. A igreja, missa ou culto também aparecem como fonte de informação, para uma minoria (5%).

Informaram acessar a web 43%. Nesse item, a primeira posição é da rede social Facebook (38,4%), aparecendo em seguida o site de buscas Google (25%) e os portais de notícias Globo Online (16,7%) e UOL (12,6%). A grande maioria dos acessos (68,6%) ocorre para a busca de informações e notícias e para redes sociais e contato com amigos (19,2%).

4. REGRAS

para Conteúdo de TV



NÍVEL DE REGRAS DA PROGRAMAÇÃO DAS EMISSORAS DE TV

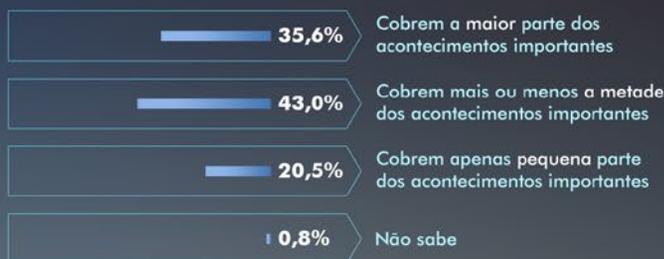


5. O QUE

é divulgado nos Meios de Comunicação



TOTALIDADE OU PARCIALIDADE DA COBERTURA PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO:



6. CONTEÚDO

Avaliação do da TV



A TV DEFENDE OS INTERESSES DE PESSOAS COMO VOCÊ:



Desvendando a parac

Vídeo democratiza informações sobre doença que tem diagnóstico simples, é curável, mas ainda é responsável por grande número de mortes no país

Adriano De Lavor

Até se descobrir que o lavrador José Maurício da Silva havia sido infectado pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, em Botucatu (SP), as suspeitas eram de que as dores de garganta e a constante falta de ar que ele sentia eram de sintomas de tuberculose ou de câncer; também não foi rápido o diagnóstico que comprovou que a perda de peso, as feridas e os nódulos que apareceram na agricultora Dalva de Oliveira, de Paty Alferes (RJ), não eram causados

por uma infecção pelo vírus HIV, mas sim mais um caso de paracoccidioidomicose.

Casos como o de José Maurício e de Dalva são mais comuns do que se imagina e motivaram a produção do documentário *Paracoco: uma endemia brasileira*. A produção recém-lançada, de 24 minutos, tem o intuito de tornar a doença mais conhecida no país, abordando seus aspectos sociais e epidemiológicos. Produzida por três unidades da Fiocruz — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas (Ipec) e Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

O diretor Eduardo Thielen (E) e o cinegrafista Pauliran Freitas: documentário aborda aspectos epidemiológicos e sociais do paracoco e busca tornar doença mais conhecida no país



occidioomicose

(Icict) — com direção assinada por Eduardo Thielen, reúne depoimentos de profissionais de saúde e de pessoas que foram infectadas pelo fungo, e reforça o alerta para o seu negligenciamento.

A doença, que tem nome comprido e difícil de pronunciar, também conhecida como paracoco, é causada pela aspiração de um fungo que vive na terra e pode causar a morte se não detectada precocemente. Apesar do risco, não é contagiosa e tem cura; ocorre exclusivamente na América Latina, onde é considerada a principal micose sistêmica. No Brasil, registram-se cerca de seis mil novos casos anuais, que representam 80% da ocorrência, informou à *Radis* o médico Zadir Francisco Coutinho, pesquisador da Ensp e um dos coordenadores científicos do vídeo, ao lado dos médicos Bodo Wanke e Antônio Francesconi do Valle, pesquisadores do Ipec. Em termos de mortalidade, ocupa a oitava posição na lista das doenças crônicas, de acordo com as palavras de Maria Adelaide Millington, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), registradas no documentário.

DIAGNÓSTICO PRECOCE

No filme, Zadir defende maior investimento no diagnóstico precoce, já que a doença, quando não tratada, é incapacitante, deixa sequelas e pode levar à morte. Ele explica que para isso há necessidade de equipe treinada, unidade assistencial que se responsabilize pelo tratamento e recursos diagnósticos. “É preciso ter sorologia disponível e pessoal capacitado”, afirma ele. “O diagnóstico é simples, mas é preciso conhecer”, reforça o médico Bodo Wanke.

Zadir explica que é frequente profissionais de saúde confundirem paracoco com tuberculose. Ambas as doenças podem apresentar tosse persistente como único sintoma aparente, por exemplo. Além disso, as duas doenças podem estar associadas ou acontecer simultaneamente: segundo o pesquisador, 14% dos casos diagnosticados de paracoco antecedem ou sucedem tuberculose. Ele recomenda que, para os casos em que o diagnóstico para tuberculose dá negativo, o ideal é investigar a



SAIBA MAIS:

VideoSaúde Distribuidora

- <http://bravs.icict.fiocruz.br/>
- videosaude@icict.fiocruz.br
- (21) 2290-4745
3882-9109/9110/9111

possibilidade de um caso de paracoccidiodomicose.

Ziadir também lembra que, já que a micose é mais comum no meio rural e atinge com mais frequência a população que mora e trabalha com a terra, muitas vezes ela se sobrepõe a outras doenças comuns a esta população. “Este segmento social não tem muita visibilidade”, indicou. O pesquisador criticou ainda a falta de definição no momento de notificar os casos. Até 1971, a doença era conhecida como blastomicose sulamericana. Ainda hoje, é registrada na Classificação Internacional de Doenças (CID) como tal, diminuindo sua visibilidade e favorecendo a subnotificação.

Bodo Wanke faz outro alerta: não é somente quem vive no campo ou trabalha com a terra que está sujeito a se infectar com o *Paracoccidiodos brasiliensis*. O fungo pode ser levado pelo vento para grandes distâncias, contaminando pessoas que vivem nas cidades. “Não precisa ir o homem ao fungo; ele pode alcançar o homem onde ele estiver”, orienta.



Ziadir defende mais investimento no diagnóstico precoce: doença deixa sequelas e pode levar à morte



Bodo: risco de infecção não é só para quem vive no campo, pois fungo pode ser levado pelo vento a grandes distâncias



Francesconi: doença classificada como negligenciada é sistêmica e pode atingir qualquer órgão

ADESÃO AO TRATAMENTO

A doença tratada corretamente tem cura. As lesões na boca e na pele recuam rapidamente com a ação de remédios, o que gera uma preocupação apontada pelo vídeo: a adesão ao tratamento. O indivíduo pode ter a impressão de estar curado antes do tempo e não prosseguir com a medicação, como avisa o dermatologista Sílvio Marques, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) em Botucatu. Ele costuma exibir radiografias aos pacientes como forma de convencê-los a não interromper o tratamento antes da cura.

Na cartilha *Paracoccidiodomicose não é palavrão e tem cura!*, editada pelo Ipec em 2010, há a orientação de que é necessário fazer acompanhamento regular, já que o fungo tem a capacidade de ficar latente e voltar. Em casos graves, é possível que o paciente tenha que ser internado para que receba medicamento na veia; os médicos recomendam ainda parar de fumar — já que a inalação de fumaça facilita a entrada do fungo e o cigarro piora as feridas causadas pela micose na boca, garganta e pulmão.

REALIDADES REGIONAIS

Além de Botucatu e Paty de Alferes, duas cidades onde é grande a ocorrência da doença, o filme apresenta cenas e depoimentos gravados na periferia de Curitiba, no Paraná, primeiro estado a exigir a notificação compulsória do paracoco, seguido de Piauí e Rondônia, onde se registra a mais alta taxa de mortalidade do país. Também mostra o ambulatório do Ipec, no campus da Fiocruz, no Rio de Janeiro, que tem seis décadas de experiência no tratamento da endemia.

Nas falas registradas pelo documentário, é possível perceber características da endemia em cada uma das regiões: no Paraná, o grande número de casos é creditado à intensa atividade agrícola e ao deflorestamento, explica o infectologista Flávio de Queiroz Telles Filho, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR); em Rondônia, aos intensos movimentos migratórios na década de 1980, com os projetos de colonização agropecuária, aponta o infectologista Alex Miranda Rodrigues, médico de família na cidade de Cacoal; em Teresina, que não registra casos autóctones, as muitas pessoas internadas com a micose vêm de outros pontos do interior do país, informa o infectologista Kelsen Eulálio, do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela.

INFORMAÇÃO E SAÚDE

O principal objetivo do vídeo, resultado de um projeto contemplado por edital de apoio promovido pela área de Cooperação Social da presidência da Fiocruz, é facilitar o acesso a informações sobre a doença, explica Sérgio Brito, coordenador de produção da VideoSaúde Distribuidora, da Fiocruz. Cópias do documentário deverão ser distribuídas a profissionais de saúde que atendem na ponta e para os movimentos sociais. “O filme não vai resolver problemas, mas vai estimular reflexões e ações que irão refletir na qualidade da saúde”, considera.

Ele relatou que alguns resultados já puderem ser percebidos. No Paraná, por exemplo, as ações sensibilizaram o governo do estado a retomar as ações para reativar o protocolo de atendimento pioneiro; em Rondônia, a passagem da equipe também fortaleceu a articulação com o Ministério da Saúde para reativação do sistema de controle que estava interrompido. “São ganhos significativos que não estavam previstos”, aponta, comemorando o

fato de uma doença que estava escondida retomar o patamar de preocupação endêmica.

Sérgio informou que a previsão é de uma tiragem de mil cópias, que deverão vir acompanhadas da cartilha e da animação *Para o quê? Paracoccidioidomycose – Não é palavrão e tem cura*, ambas produzidas pelo Ipec em 2010. O vídeo será veiculado nas TVs públicas e ficará disponível no catálogo da VídeoSaúde Distribuidora. 

Para o quê?

Classificada como doença negligenciada, a paracoccidioidomycose foi descrita pela primeira vez em 1908 pelo sanitário Adolpho Lutz (1855-1940), em São Paulo. É uma doença sistêmica, ou seja, pode atingir qualquer órgão ou sistema, explica o médico Antônio Francesconi do Valle, pesquisador do Ipec e também consultor científico do vídeo *Paracoco — Uma endemia brasileira*. Também conhecida como paracoco, PCM, PB-micose ou micose do capim, é causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, que está presente no solo e infecta pele, boca, garganta, pulmões ou linfonodos (gânglios e ínguas).

As pessoas contraem a doença ao respirar. O fungo vive no solo e pode ser aspirado junto com a poeira da terra. Por isso é mais comum entre trabalhadores rurais ou outros profissionais que lidem diretamente com a terra, como os da construção civil ou caçadores de animais como o tatu, que vivem em tocas. Em geral, acomete mais homens, entre 30 e 50 anos. Por seus sintomas — feridas que não

melhoram com remédios comuns, emagrecimento e fraqueza, febre, tosse persistente, rouquidão e falta de ar, perda dos dentes e caroços ou gânglios no pescoço ou na virilha — é comumente confundida com outras doenças.

A doença causa sequelas funcionais e estéticas e pode levar à morte, se não tratada precocemente. O diagnóstico é dado após exames de sangue e de escarro, e também com raio X do pulmão. O tratamento é feito em casa, com medicamentos, e dura entre um e dois anos. Depois disso, o paciente precisa de acompanhamento médico, para se certificar de que o fungo não voltou ao organismo, já que ele pode ficar inativo.

O tratamento está disponível em algumas unidades da rede pública de Saúde, como Estratégia de Saúde da Família, postos de saúde e hospitais de referência. O Ministério da Saúde deve fornecer medicação gratuitamente. No Rio de Janeiro, o Ipec/Fiocruz é referência no atendimento há 60 anos. (A.D.L.)

Trabalhador rural é propenso a contrair o paracoco: fungo causador da doença vive no solo e pode ser aspirado com a poeira da terra



Mergulho na vivência e na (dura) realidade

Certificação inadequada, carga horária excessiva e falta de supervisão refletem ausência de política nacional para os programas, que retomam lutas históricas pelo SUS

Elisa Batalha

São quatorze as profissões reconhecidas oficialmente como pertencendo à área da Saúde. Como forma de complementar os anos na faculdade, especializar-se e adquirir vivência na profissão, os recém-formados nessas categorias muitas vezes buscam programas de residência uni ou multiprofissionais (que integram diferentes profissões em um mesmo programa), passam a conhecer a realidade dos serviços de saúde e, também, a participar de uma série de lutas: os programas de residências em Saúde vivem um momento definidor e vêm sendo debatidos em fóruns diversos, como o 2º Encontro Nacional de Residências em Saúde, evento pré-Abrascão, em dezembro de 2012, e no 4º Encontro Estadual de Residências do Estado do Rio de Janeiro, realizado em agosto, na capital fluminense. “Falta

uma política nacional para as residências”, resume Maria Alice Pessanha de Carvalho, coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Segundo a pesquisadora, uma reivindicação histórica é a certificação específica. Atualmente, a residência da Ensp, por exemplo, tem carga horária de 60 horas semanais e duração total de 5.660 horas (dois anos). Ao final do programa, no entanto, o certificado do egresso é de especialização *lato sensu*, equivalente ao de um curso de 360 horas. Já o médico, ao completar a residência, obtém título de especialista. Segundo o site do Ministério da Educação, a residência médica é considerada o “padrão ouro” da especialização.

Para Mário Jorge Sobreira da Silva, coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional do Câncer (Inca), que envolve oito profissões, essa diferença de *status* precisa ser

Residentes em Saúde, no último Abrascão, em 2012, protestam contra a privatização e lutam por uma política nacional para as residências





Maria Alice: não é preciso relação da residência com instituição de ensino;
Caio: carga horária extensa e quase toda usada em serviço

resolvida e é parte da consolidação do SUS. “A certificação é muito importante. Como vamos inserir esses profissionais no mercado de trabalho?”, questionou.

O problema atinge mais de 4,2 mil profissionais, número de residentes na modalidade multiprofissional e em área profissional de Saúde (todas as profissões, exceto residências médicas), no Brasil, em 2012: nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outras categorias profissionais da Saúde — além de programas já consolidados no campo da Enfermagem.

Quanto às residências médicas, foram abertas em todo o país 10 mil vagas para novos residentes em 2013, das quais 8% em Medicina de Família e Comunidade. O Ministério da Saúde anunciou em junho ampliação do financiamento de bolsas para as residências uni e multiprofissionais, em áreas consideradas prioritárias.

No Brasil, a residência médica teve início em 1940 e foi regulamentada em 1977 pela lei 80.281, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A residência em Enfermagem foi iniciada na década de 1960, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, conforme registra relatório do Ministério da Saúde sobre o tema. A primeira residência multiprofissional do Brasil nasceu no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, como um desdobramento da primeira residência em Medicina Comunitária do país, criada no estado em 1976, na Unidade Sanitária de São José do Murialdo, periferia de Porto Alegre. As residências nas demais profissões da Saúde também começaram a ser oferecidas no final da década de 1970, sem, no entanto, uma regulamentação específica, que só veio em 2005, com a Lei Federal 11.129.

CADASTRAMENTO

Outro problema apontado pelos coordenadores das residências é o sistema de cadastramento. “O cadastro no Sistema da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS), tal como está hoje, engessa os programas. Para Maria Alice, o cadastro exige padronização, “É como se fosse uma camisa de força”, compara. Ela explica que para se fazer o registro da residência, é obrigatório que o programa esteja vinculado a uma instituição de

ensino, o que exclui as residências em hospitais e unidades independentes. “Se você entende o SUS como SUS-escola, não precisa haver relação da residência com uma instituição de ensino obrigatoriamente”, considera Maria Alice. “Se continuar essa lógica, muitos programas tradicionais não serão credenciados”, observou Ricardo Burg Ceccin, professor de Educação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu/UFRGS), durante o 2º Encontro de Residências em Saúde, realizado em Porto Alegre em novembro de 2012. “É uma burocracia que impede inclusive que se tenha acesso à realidade dos programas, não é feito um cadastro fiel do que existe”, argumentou.

MÃO DE OBRA

No encontro de agosto, coordenadores e residentes discutiram mais um problema enfrentado pelos programas: a falta de preceptores (profissionais responsáveis pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde). “Residente não é para assumir o serviço”, alertou o assistente social Caio Schaffer, um dos organizadores do encontro, apontando que, entre os residentes que estavam nos grupos de trabalho do evento, a maioria já assumira o serviço em seus postos. “A falta de preceptores é uma questão crítica. É grave o residente substituir o servidor”, considerou.

“O residente ganha uma bolsa, sem direitos trabalhistas, e o grupo se renova a cada dois anos”, testemunhou Caio, que está no segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e comunidade do Hospital São Francisco de Assis, da UFRJ. A carga horária de 60 horas, segundo ele, é muito extensa e praticamente toda utilizada no serviço, não restando tempo para a dedicação a avaliação de casos, por exemplo.

“Temos dificuldade em conseguir preceptores e até coordenadores para nos substituir, porque o preceptor não é valorizado, não tem remuneração específica para a função. Não tem incentivo financeiro, nem tempo para ser preceptor. Poucos são os programas que têm curso de formação de preceptores. É sempre nas brechas de tempo”, relata Antônio Macedo de Figueiredo, da Comissão

de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF), que atua no Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói (RJ). Ele explica, ainda, que a exigência de titulação acadêmica para preceptores tem atrapalhado a composição do quadro.

“Em alguns lugares, o residente é apenas mão de obra, e há uma precarização. Em outros, se consegue que a residência provoque reflexões não só para o residente, mas também para a própria equipe que o recebe. Nesses casos, ela funciona como uma educação permanente”, analisa a enfermeira Daniela Dallegrave, que tem as residências em Saúde como objeto de estudo da sua pesquisa de doutorado em Educação pela UFRGS. “O que diferencia a residência do trabalho por si só é a reflexão sobre a prática profissional”, afirma.

Para Daniela, a residência tem potencial para provocar outras formas de aprendizagem. “É preciso respeitar esse tempo do residente para o convívio com profissionais de outras áreas, para o trabalho em equipe. A residência vai também suprir deficiências da graduação”, considera. Ela observa que muitos egressos das residências estão sendo absorvidos pela gestão, quando o propósito original da residência é formar para o serviço. “A formação para o SUS não é necessariamente a formação de gestores”, diz.

Passar por um programa de residência pode aumentar a empregabilidade do profissional, ressalta Daniela, observando que a falta de certificação específica atrapalha esse acesso ao trabalho. “Na

hora de realizar um concurso público, o egresso fica dependendo de o seu curso estar mencionado diretamente no edital”, aponta.

FURAR A BLINDAGEM

Apesar dos problemas, os movimentos para enfrentá-los assumem papel crucial na militância pelo SUS, avalia a psicóloga Paula Cerqueira (ver entrevista abaixo), coordenadora da Residência em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. “O residente não pode passar dois anos no programa e sair dizendo que nada tem jeito, porque não existe rede. É importante trabalhar na residência competências afetivas e dialógicas, porque o conhecimento é político. Precisamos trazer para a pauta a multiprofissionalidade e *furar a blindagem* da barreira uniprofissional e privatista do campo da saúde”, diz Paula, para quem a dimensão clínica do cuidado é indissociável da gestão. “Um gestor que não sabe cuidar do paciente é um péssimo gestor”, afirma. O caminho, segundo Paula, é estimular a mobilização. “A única saída é publicizar, ir para o debate, trazer o que está dando errado para se perceber que há uma agenda comum. Se tem algo que nos une é uma militância pelo SUS”, declarou ela na palestra central do encontro no Rio de Janeiro.

IMBRÓGLIO INTERMINISTERIAL

A mesma lei 11.129, de 2005, que regulamentou a residência multiprofissional oficializou também



FOTO: CEBES

ENTREVISTA / PAULA CERQUEIRA

"Residência não é fábrica de recursos humanos"

Para a coordenadora da Residência em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Paula Cerqueira, a residência deve qualificar profissionais para atuar no SUS e intervir na realidade, e não para fazê-lo “sair correndo assustado se queixando de que o SUS não funciona”. Graduada em psicologia e fonoaudiologia, com mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental, Paula discute o papel da residências, que, segundo ela, não devem ser vistas como “fabricação de recursos humanos” e precisam construir e ofertar “uma caixinha de ferramentas”, para que cada um possa fazer suas intervenções.

Que papel devem ter os programas de residência?

A residência é um dispositivo de qualificação do SUS. Para mim, um programa de residência

tem que encarnar essa posição de forma concreta. Precisa ser um dispositivo de intervenção para qualificação do SUS. Esse tem sido o maior desafio. E a partir dessa direção, cada programa deve se perguntar: em que medida eu me aproximo ou me afasto desse objetivo?

E os programas de residência estão próximos desse objetivo?

Os programas de residência, sobretudo os multiprofissionais, são iniciativas, são projetos políticos recentes, então, eu os vejo como um processo, em construção. Os processos formativos, de modo geral, são muito frágeis na construção do protagonismo do profissional de saúde para que ele possa intervir micropoliticamente numa determinada realidade. Porque trabalham também com uma realidade muito idealizada. Quando eu vou para um serviço e encontro nesse serviço tensões, ruídos, conflitos, posso fazer dois movimentos em relação a isso: de estranhamento e banalização, e me retirar, ou tentar construir estratégias de intervenção. Isso

que a instância que delibera sobre o funcionamento dos programas é a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), que já vinha sendo construída como um movimento amplo com representações dos diferentes profissionais e funções. “A CNRMS é coordenada por uma parceria entre o MEC e o Ministério da Saúde, mas o MEC assumiu recentemente o protagonismo”, explicou Maria Alice durante o evento. Ela relatou que, nos últimos anos, fortes tensões prejudicaram o andamento da Comissão. “Em 2009, sem qualquer debate público, os ministérios revogaram a Portaria nº 45, que originalmente regulava a CNRMS, substituindo-a pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 2009, alterando a composição e a dinâmica da comissão. A representação do governo na comissão foi ampliada e os fóruns que a compunham foram deslegitimados, fragmentando a representação dos diversos segmentos”, contou. As reuniões da comissão deixaram de ser convocadas, suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas em relação a regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas.

Para Maria Alice, os principais desafios para a residência multiprofissional em Saúde são criar as diretrizes pedagógicas “consonantes com as graduações em Saúde e com o projeto do SUS que queremos”; democratizar a CNRMS; integrar as comissões de residência em Medicina e de residências multiprofissionais, uma ação a ser levada à frente pelos ministérios da Educação e da Saúde; e

promulgar uma política nacional para as residências, por meio de um amplo debate.

As seleções para programas de residências costumam ser anuais, e o período de inscrições varia muito de edital para edital, podendo compreender um período de setembro a março.

AMPLIAÇÃO

O Ministério da Saúde anunciou, em junho, novos editais no Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas, que preveem a ampliação de financiamento de 4 mil vagas de residência médica até 2014 e de 3,2 mil, de residências uni e multiprofissionais. O objetivo é que a formação e a especialização dos profissionais tenha maior integração com as necessidades atuais do sistema, como explica a coordenadora da Área Técnica das Residências em Área Profissional e das Residências Multiprofissionais em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), Rosani Pagani. Hoje, 3,7 milhões de profissionais de saúde trabalham no país (nos setores público e privado), mas há concentração de profissionais em algumas regiões e escassez em outras. Rosani considera que há necessidade de mais estudos sobre a formação tal como se apresenta hoje. “Há pouca devolutiva de pesquisa sobre o SUS”, afirmou. Paula Cerqueira concorda. “A ampliação pela ampliação não significa nada”, avalia. “É fundamental que haja um mecanismo de monitoramento desses programas”. 

SAIBA MAIS

Portal MEC

- <http://portal.mec.gov.br>

Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde

- <http://cnrms.mec.gov.br>

não se faz sozinho, é algo que os programas de residência precisam enfrentar e sustentar. É preciso ofertar em cada projeto político-pedagógico uma caixinha de ferramentas para que cada um possa fazer essa intervenção, e não sair correndo assustado se queixando de que o SUS não funciona. A gente precisa tomar a realidade do serviço e dos municípios para produzir mudanças.

Nos eventos sobre residência, ouviu-se a crítica de que o residente costuma ser tomado como 'mão de obra barata', substituindo o profissional do SUS. De que forma isso se dá?

Isso tem ligação direta com a forma como o programa está estruturado. O residente não está ali para preencher uma fragilidade nos recursos humanos ou de equipe. Isso acontece? Acontece. Mas é possível transformar isso em uma ação e um movimento de questionamento. Vimos aqui que muitos residentes disseram que os serviços param se os residentes pararem. Essa discussão não pode ficar só no âmbito das residências, mas também na política municipal de saúde, na gestão daquele serviço. Precisamos saber por que aquela situação está acontecendo, para que não aconteça mais. Só se consegue fazer isso se os coordenadores de programa, preceptores, tutores e gestores, entenderem o que é a residência. Se a residência for vista como fabricação de recursos humanos, nunca vamos fazer uma reversão desse modelo de ocupação do espaço público com os residentes,

em vez de promover equipes integradas com seus servidores públicos.

Qual é a perspectiva para a recomposição da Comissão Nacional das Residências em Saúde?

A comissão será a protagonista desse processo de consolidação e formação das residências. Ela precisa ser um coletivo plural e representativo. A comissão precisa ser múltipla, precisa ter representante da preceptoria, dos tutores, da gestão, das associações de ensino. Desde que, de fato, a comissão seja representativa e múltipla, e que tome para si essa tarefa de construir os analisadores e construir o monitoramento desses programas.

Como vê a separação entre residências médicas e as outras residências em Saúde?

Essa separação é um ótimo retrato de tudo isso que estamos conversando. Estamos no meio de uma discussão política importante, com o programa Mais Médicos. Esse debate é inadiável. Se trabalhamos com a multiprofissionalidade, a medicina faz parte da ação em saúde tanto quanto as outras profissões. Não sou otimista: na atual conjuntura, a tendência é continuar com as comissões separadas. Mas acho que, mesmo com esse desenho, é possível produzir espaços e redes de compartilhamento de residência médica e multiprofissional. A separação não significa que não possamos ter experiências exitosas nesse sentido. Há lugares em que já há uma direção de trabalho única entre as residências médicas e as multiprofissionais. (E.B.)



EVENTOS

5º Congresso Internacional de Atividade Física e Saúde Pública

Realizado pela Sociedade Internacional para Atividade Física e Saúde e pela Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, o congresso reunirá trabalhos voltados à atividade física e comportamento sedentário, dentro dos seguintes temas: mensuração, prevalência e tendências temporais; fatores associados e determinantes; consequências à saúde; intervenções; e política. O evento será realizado pela primeira vez fora do eixo América do Norte-Europa-Oceania, o que, de acordo com os organizadores, busca reafirmar a saúde global como prioridade. A escolha do Brasil deveu-se entre outros aspectos, ao fato de o país um dos líderes mundiais em intervenções para promoção da atividade física e apresentar produção científica crescente em qualidade e quantidade. O evento contará com simpósios, sessões de pôsteres, apresentações orais e conferências.

Data 8 a 11 de abril de 2014

Local Windsor Barra Hotel e Congressos, Rio de Janeiro, RJ

Informações www.icpaph2014.com
Tel (51) 3028 3878 e 3028 3879 (fax)

I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa (GeoSaúde 2014)

O evento está voltado aos profissionais que desenvolvem métodos e técnicas de análise geográfica e analisam causas e consequências de diferentes comportamentos espaciais e temporais do binômio saúde-doença, e terá como tema geral *A Geografia da Saúde no cruzamento de saberes*. Os debates buscarão cruzar Demografia, Sociologia, Economia, Medicina, Urbanismo e Estatística Espacial, entre outras áreas de estudo, com vistas a reorientar a agenda da saúde, saindo do domínio da luta contra a doença para a visão voltada à equidade.

Data 21 a 24 de abril de 2014

Local Universidade de Coimbra, Portugal

Informações secretariado.geosau-de2014@gmail.com
www.uc.pt/fluc/gigs/geosaud

LIVROS

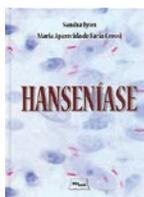
Consumo e Cidadania

A 'Nova Classe Média' no Brasil como conceito e projeto político, organizado por Dawid Danilo Bartelt (Fundação Heinrich Böll) discute a real situação da dita nova classe média,

abordando a inclusão pelo consumo, o foco exclusivo no critério da renda, sem levar em conta o capital social e cultural, e o papel político dessa nova classe, bem como os interesses por trás da elaboração dessa ideia. Os autores contestam a expressão, observando que o processo de emancipação de uma parcela da população desfavorecida e foi transformador apenas em parte. Especialistas como Cândido Grzybowski, Marcio Pochmann, Sonia Fleury, Nina Madsen, Ligia Bahia e Cândido Grzybowski questionam se o Estado brasileiro é um agente de transformação ou se acaba eximindo-se de responsabilidades como gestor e garantidor de direitos.

Doença Endêmica

Hanseníase, de Sandra Lyon e Maria Aparecida de Faria Grossi (Medbook), busca atender a demanda por uma publicação completa e atualizada sobre a doença ainda endêmica no Brasil e no mundo. Voltado a dermatologistas, estudiosos da hanseníase, clínicos gerais, estudantes e profissionais interessados em saúde pública, o livro reúne gráficos e fotografias e está dividido em oito partes: Histórico, estigma e qualidade de vida; A doença; Ferramentas auxiliares no diagnóstico; Manifestações clínicas; Tratamento; Prevenção de incapacidades; Reabilitação em hanseníase; Epidemiologia, vigilância epidemiológica dos contatos e educação em saúde; e Anexos, com integrais de leis e outros documentos.

**Renda e Cotidiano**

Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania, de Walquíria Domingues Leão do Rêgo e Alessandro Pinzani (Unesp), aborda as mudanças comportamentais no universo feminino entre as participantes do Programa Bolsa Família. Socióloga e professora titular do Departamento de Ciência Política do

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Unicamp, Walquíria trabalhou com Alessandro, o filósofo italiano e professor adjunto de Ética e Filosofia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em viagens de pesquisa que se realizaram desde 2006, nas quais entrevistaram 150 mulheres que recebem o Bolsa Família, em regiões desassistidas do país: sertão nordestino (Alagoas), zona litorânea de Alagoas, Vale do Jequitinhonha (MG), periferia da cidade do Recife (PE), interior do Piauí, interior do Maranhão e periferia de São Luís (MA). Os autores buscaram averiguar como a nova renda e sua regularidade incidia sobre a vida cotidiana das famílias e, em particular, das mulheres. "Podemos constatar nas entrevistas a imprescindibilidade da bolsa para continuarem vivendo", apontam os autores.

Sustentabilidade**Saúde, Cidadania e Desenvolvimento**

organizado pela socióloga Amélia Cohn (E-Papers), dá início à coleção *Pensamento Crítico*, do Centro Internacional Celso Furtado. Editado também em versão digital (e-book), o livro baseia-se em seminário homônimo, de maio de 2012, reunindo nomes do universo da saúde, como Carlos Morel, Ligia Bahia e José Noronha, além das pesquisadoras latino-americanas Asa Laurell e Carolina Tetelboin. A obra organiza-se pelos títulos das mesas do seminário: Doenças e desenvolvimento; O mercado da saúde e o desenvolvimento no Brasil; Investimentos públicos na saúde; Direito sanitário, desenvolvimento e democracia; e Reformas da saúde e desenvolvimento na América Latina: desafios para a articulação entre direito à saúde e desenvolvimento.

**ENDEREÇOS**

Fundação Heinrich Böll
(21) 3221-9900 e 3221-9922 (fax)
info@br.boell.org / br.boell.org

Medbook
(21) 2502-4438 e 2569-2524
contato@medbookeditora.com.br
medbook@superig.com.br
www.medbookeditora.com.br

Editora Unesp
(11) 3242-7171
www.editoraunesp.com.br

E-Papers
(21)2273-0138, 3495-0466, 3495-0467 e 2502-6612 (fax)
www.e-papers.com.br pensamentocritico.com.br

Agrotóxicos fazem mal à saúde e ao meio ambiente

Historicamente, o papel da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) é de produção de conhecimento científico pautado pela ética e pelo compromisso com a sociedade e em defesa da saúde, do ambiente e da vida. Essas instituições tiveram e têm contribuição fundamental na construção e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Quando pesquisas desenvolvidas nas referidas instituições contrariam interesses de negócios poderosos, incluindo o mercado de agrotóxicos, que movimentam anualmente bilhões de reais, eventualmente elas sofrem ataques ofensivos que, transcendendo o legítimo debate público e científico, visam confundir a opinião pública utilizando subterfúgios e difamações para a defesa e manutenção do uso de substâncias perigosas à saúde e ao meio ambiente.

A Fiocruz, o Inca e a Abrasco não se eximem de seus papéis perante a sociedade e cumprem a missão de zelar pela prevenção da saúde e proteção da população. Por esta razão têm se posicionado claramente no que diz respeito aos perigos que os agrotóxicos e outras substâncias oferecem à saúde e ao meio ambiente. Desde 2008, o Brasil lidera o ranking de uso de agrotóxicos, o que gera um contexto de alto risco e exige ações prementes de controle e de transição para modelos de produção agrícola mais justos, saudáveis e sustentáveis.

As pesquisas sociais, clínicas, epidemiológicas e experimentais desenvolvidas a partir de pressupostos da saúde coletiva, em entendimento à complexa determinação social do processo saúde-doença, envolvem questões éticas relativas às vulnerabilidades sociais e ambientais que necessariamente pertencem ao mundo real no qual as populações do campo e das cidades estão inseridas.

Neste sentido, a Fiocruz, o Inca e a Abrasco estão seguros do cumprimento de seu papel. Portanto, repudiam a acusação de que são guiados por um “viés ideológico” e sem qualidade científica. As referidas instituições defendem os interesses da saúde pública e dos ecossistemas, em consonância com os direitos humanos universais, e firmados pelos princípios constitucionais que regem o Brasil.

A Fiocruz, o Inca e a Abrasco atuam há décadas em parceria com diversas universidades e institutos de pesquisas, como a Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), em que atua o professor e pesquisador Wanderlei Pignati – citado em reportagem da revista “Galileu” mencionada abaixo –, e outros que desenvolvem pesquisas sobre os impactos dos agrotóxicos e de micronutrientes na saúde e no ambiente que são idôneas, independentes, críticas, com metodologias consistentes e livres de pressões de mercado. Tais pesquisas vêm revelando a gravidade, para a saúde de trabalhadores e da população em geral, do uso de agrotóxicos, e reforçam a necessidade de medidas mais efetivas de controle e prevenção, incluindo o banimento de substâncias perigosas já proibidas em outros países e o fim da pulverização aérea.

O Dossiê Abrasco – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde registra e difunde a preocupação de pesquisadores, professores e profissionais com a escalada ascendente de uso de agrotóxicos no Brasil e a contaminação do ambiente e das pessoas dela resultante, com severos impactos na saúde pública e na segurança alimentar e nutricional da população.



Os agrotóxicos podem causar danos à saúde extremamente graves, como alterações hormonais e renaís, disfunções imunológicas, distúrbios cognitivos e neuromotores e cânceres, dentre outros. Muitos desses efeitos podem ocorrer em níveis

de dose muito baixos, como os que têm sido encontrados em alimentos, água e ambientes contaminados. Além disso, centenas de estudos demonstram que os agrotóxicos também podem desequilibrar os ecossistemas, diminuindo a população de espécies como pássaros, sapos, peixes e abelhas. Muitos desses animais também desempenham papel importante na produção agrícola, pois atuam como polinizadores, fertilizadores e predadores naturais de outros animais que atingem as lavouras. O “Dossiê Abrasco” cita dezenas dos milhares de estudos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais de renome que comprovam esses achados.

É direito da população brasileira ter acesso às informações dos impactos dos agrotóxicos. Faz-se necessário avançar na construção de políticas públicas que possam proteger e promover a saúde humana e dos ecossistemas impactados negativamente pelos agrotóxicos, assim como fortalecer a regulação do uso dessas substâncias no Brasil, por meio do SUS.

Nesse sentido, a Fiocruz, o Inca e a Abrasco repudiam as declarações do diretor-executivo da Associação Nacional de Defesa Vegetal (Andef), Eduardo Daher, e de Ângelo Trapé, da Unicamp, veiculadas na revista “Galileu” nº 266, edição de setembro de 2013, e também na entrevista divulgada no site da publicação, que atentam contra a qualidade científica das pesquisas desenvolvidas nessas instituições e, em especial, contra o “Dossiê Abrasco – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde”.

As palavras do diretor-executivo da Andef, que tentam desqualificar e macular a credibilidade dessas instituições, são inéditas, dado o prestígio nacional e internacional e a relevância secular que temos na área da pesquisa e formulação de políticas públicas de ciência, tecnologia e inovação em saúde, bem como na formação de profissionais altamente qualificados.

A Andef é uma associação de empresas que produzem e lucram com a comercialização de agrotóxicos no Brasil. Em 2010, o mercado dessas substâncias movimentou cerca de US\$ 7,3 bilhões no país, o que corresponde a 19% do mercado global de agrotóxicos. As seis empresas que controlam esse segmento no Brasil são transnacionais (BASF, Bayer, Dupont, Monsanto, Syngenta e Dow) e associadas à Andef. As informações sobre o mercado de agrotóxicos no Brasil, assim como a relação de lucro combinado das empresas na venda de sementes transgênicas e venenos agrícolas, estão disponíveis no referido Dossiê Abrasco “Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde”.

A Fiocruz, o Inca e a Abrasco não aceitarão pressões de setores interessados na venda de agrotóxicos e convocam a sociedade brasileira a tomar conhecimento e se mobilizar frente à grave situação em que o país se encontra, de vulnerabilidade relacionada ao uso massivo de agrotóxicos. Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2013.

Nota em resposta aos ataques ao Dossiê Abrasco – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na Saúde pela indústria dos agrotóxicos.



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde



Comunicação e Informação audiovisual fortalecendo o SUS



www.fiocruz.br/videosaude
videosaude@icict.fiocruz.br
(21) 3882-9109 | 9111



FIOCRUZ

Estamos também nas redes sociais:

-  www.facebook.com/videosaudefiocruz
-  www.youtube.com/videosaudefio
-  www.twitter.com/videosaude ou @videosaude