

Comunicação e Saúde desde 1982 • [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Nº 134 – NOV. 2013

# RADIS



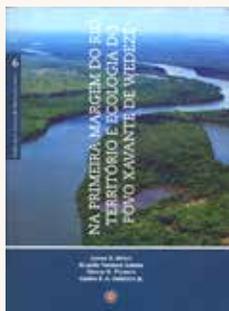
Josilene dos Anjos, grávida de 8 meses, é examinada pelo médico grego Antonios Kasiaras, em Aparecida de Goiânia (GO)

## MAIS MÉDICOS

*Profissionais já estão em campo*

# Em nome dos Xavante de Wedezé

*Livro dissemina informações antes restritas aos gabinetes sobre o território indígena e contribui para o reconhecimento do direito à terra*



Publicação reúne dados que subsidiaram relatório e incorpora informações de pesquisa de quatro décadas

Ana Cláudia Peres

**S**e o princípio constitucional que assegura aos povos indígenas brasileiros o reconhecimento dos seus territórios nem sempre é respeitado, há iniciativas que caminham na contramão desse desacato e funcionam como um gesto de resistência. É o caso da publicação *Na primeira margem do rio: território e ecologia do Povo Xavante de Wedezé*, uma bem cuidada edição do Museu do Índio, que reúne ao longo de 222 páginas um pouco da memória e muito da luta de cerca de 1,5 mil índios que habitam as margens do Rio das Mortes, em Mato Grosso.

O livro surge em momento oportuno, uma vez que o Brasil discute a constitucionalidade da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 215/2000, que dá poderes ao Congresso Nacional para demarcar terras indígenas e ratificar as demarcações já homologadas (ver *Toques*, na pág. 9) — tarefas de competência do Executivo. Fruto de trabalho de fôlego dos pesquisadores Ricardo Ventura Santos, Carlos E. A. Coimbra Jr. e James R. Welch, da Fiocruz e Museu Nacional, em colaboração com Nancy M. Flowers, da Universidade da Cidade de Nova York (EUA), foge do tom meramente técnico dos relatórios processuais. À riqueza dos dados, tabelas e gráficos, os autores aliam uma narrativa fluida que tem como base o testemunho dos próprios Xavante de Wedezé.

Como deixam claro, a identificação e a delimitação de terras indígenas fazem parte da complexa trajetória da política indigenista brasileira. Para que determinada terra seja legitimamente reconhe-

cida, são necessárias muitas etapas de um processo técnico-jurídico. Entre elas, está a elaboração de um Relatório Circunstanciado, documento minucioso produzido sob a coordenação de um antropólogo, que deve conter levantamento documental, etnográfico, ambiental e cartográfico, contemplando aspectos da história e da cultura de determinado povo. A obra que agora chega a um público mais amplo subsidiou a

preparação do Relatório Circunstanciado de Identificação Wedezé, e incorpora ainda informações originais coletadas durante a pesquisa, que cobre um período de, aproximadamente, quatro décadas.

A publicação divide-se em sete capítulos: língua e história; aspectos demográficos; contexto ambiental; atividades de subsistência e economia; plantas e animais de interesse tecnológico e alimentar; espaços cerimoniais, sagrados e evidências dos ancestrais; e, por último, implicações socioambientais para os Xavante. O território abordado no livro especificamente diz respeito à porção leste do Rio das Mortes, área que só recentemente foi identificada pela Fundação Nacional do Índio (Funai) como Terra Indígena Wedezé.

Considerado o lar de toda a população Xavante há cerca de um século e meio, Wedezé continuou habitada por Xavante depois que outros grupos dessa tribo migraram para áreas distintas. Na década de 70 — descobre-se com a leitura do livro —, a Funai levou os índios de Wedezé para o outro lado do Rio das Mortes, na área denominada Terra Indígena Pimentel Barbosa, que inclui apenas pequena porção da terra ocupada por eles no século passado. Desde então, o grupo vem se mobilizando para reconquistar o próprio território na margem oposta, local aliás nunca abandonado, tanto no aspecto simbólico quanto por conta das visitas frequentes à região para atividades de caça, pesca e coleta. Essa é a “primeira margem” do título do livro.

A versão original do Relatório Circunstanciado está arquivada na Diretoria de Proteção Territorial, na sede da Funai, em Brasília. O fato de esse material restrito aos gabinetes ganhar a dimensão de livro pode contribuir para aumentar o conhecimento e subsidiar outras iniciativas voltadas para a preservação das terras indígenas. Com a publicação, a intenção dos autores é atingir público leitor mais amplo — que inclui os próprios Xavante. O diálogo já extrapolou os muros acadêmicos e governamentais. Segundo os autores, os resultados da pesquisa vêm sendo compartilhados com a comunidade Wedezé num exercício constante de troca.

Em tempo: somente em 2011, a Funai aprovou o Relatório Circunstanciado de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Wedezé. No entanto, os Xavante ainda aguardam decisão da Justiça Federal para saber se a área virá a ser efetivamente demarcada e eventualmente homologada. Ao fazer um retrato nítido dessa comunidade, *Na primeira margem do Rio: território e ecologia do povo Xavante de Wedezé* torna-se importante instrumento para o reconhecimento dos direitos indígenas à terra, assunto aliás no qual a desinformação impera.

Grupo Xavante em encontro com representante do Serviço de Proteção ao Índio, na década de 1950



FOTO: REPRODUÇÃO

# Notícias do Brasil

A novidade é que o Brasil não é só litoral!”, acanta Milton Nascimento, em *Notícias do Brasil (os pássaros trazem)*, do álbum *Caçador de Mim* (1981), em alusão e contraponto ao geocentrismo e elitismo de “qualquer zona sul” nas capitais, às elites voltadas para si mesmas e para além mar, de costas para o país profundo, das pequenas cidades, dos sertões e florestas.

Esta edição mantém nosso olhar voltado para os interiores, tradição do Radis e da Fiocruz. Começando pelo resgate do grande sanitarista Noel Nutels, imigrante ucraniano que estudou Medicina e conviveu com expoentes da ciência e cultura nas capitais brasileiras, mas optou por tratar os atingidos pela malária e tuberculose nas periferias e entregar-se apaixonadamente a ações de saúde e proteção dos índios, até o final de sua vida.

Índigenas e suas terras sofrem hoje pressões de toda ordem, como se lê na seção *Súmula*: uso abusivo de agrotóxicos, expansão do agronegócio e desperdício de alimentos em detrimento da agricultura familiar e sustentável, negligência na demarcação de reservas em afronta à Constituição. Ao contrário do que argumentam ruralistas e governantes comprometidos, a resenha do livro *Na primeira margem do Rio: território e ecologia do Povo Xavante de Wedezé* mostra quanta seriedade existe nos levantamentos antropológicos.

No Nordeste, a 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde recomenda políticas públicas e mobilização social para dar fim às diferenças injustas e evitáveis nas condições de saúde, vida e trabalho, “cujos determinantes se ancoram em racismo, sexismo e classe”. Em debate

sobre desenvolvimento e saúde, na Fiocruz, o pensamento do economista Celso Furtado e as teses dos sanitaristas se unem contra a desigualdade. Da 68ª Assembleia Gera da ONU, em Nova York, a notícia que não veio sobre compromissos objetivos e quantificáveis dos países em prol da sustentabilidade.

Por fim, na matéria de capa, o registro do treinamento e do início dos trabalhos dos integrantes do Mais Médicos, enviados para as periferias e o interior. O programa governamental que gerou tanta polêmica tem, nesta revista, um amplo espaço para a crítica séria, sem desinformação, corporativismo ou xenofobia. Uma discussão que vai continuar quando a mídia comercial não tiver mais interesse no assunto. Defendemos o atendimento imediato das necessidades da população, mas também as soluções permanentes de equipes multiprofissionais que assegurem o atendimento integral por parte do Estado, oferecido por um SUS público e bem estruturado.

Ouvimos depoimentos de compromisso e entusiasmo de profissionais experientes e jovens dispostos a se dedicar às populações de cidades onde há carência de sua contribuição nas equipes de saúde. Os usuários receberam com curiosidade e esperança os novos médicos, alguns estrangeiros, muitos com o mesmo interesse em aprender e cuidar que movia Nutels.

Em todas as matérias, a voz de gente crítica e disposta a agir. Como na canção de Milton e Fernando Brant, “tem gente boa espalhada por este Brasil, que vai fazer deste lugar um bom país”.

**Rogério Lannes Rocha**

Coordenador do Programa Radis

## CARTUM



## Expressões e Experiências

• Em nome dos Xavante de Wedezé 2

## Editorial

• Notícias do Brasil 3

## Cartum

3

## Voz do leitor

4



**Súmula** 5

**Radis Adverte** 8

**Toques da Redação** 9

## Capa

- Há médicos 10
- As expectativas e os sonhos por trás dos números 14
- Mais polêmica 17
- Contratação dos profissionais leva a debate sobre carreira 20
- A complexa formação do futuro doutor 22
- Na mídia, condenação demais, debate de menos 24

## Sanitaristas brasileiros

• Um intérprete do Brasil 25

## Agenda pós-2015

• A urgência do planeta ainda em segundo plano 28

## Painel

• Saúde e desenvolvimento, articulação necessária 32

## Serviço

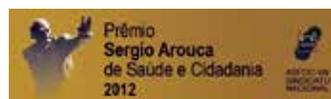
34

## Pós-Tudo

• Carta do Recife 35

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

RADIS . Jornalismo premiado  
pela Opas e pela Asfoc-SN



**Imunização**

Comecei a receber a revista *Radis* há poucos meses e gostaria de uma matéria sobre imunização, já que o Brasil tem um dos melhores calendários de vacinação do mundo. A cada ano estão sendo introduzidas novas vacinas, sem contar com vários anos de campanha que serviram para erradicar a pólio no nosso país. Vamos divulgar o que tem de bom no SUS. Se já saiu matéria sobre imunização, gostaria de saber o número da revista e se posso acessar pelo site.

• Helena Gomes Santanna, enfermeira, Natal, RN

**R:** *Cara Helena, sugerimos a leitura da matéria de capa da Radis 104, que pode ser acessada pelo site do Programa Radis ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)). Um abraço!*

**Saúde prisional**

Sou leitor da *Radis* e visualizei uma matéria sobre a política de saúde prisional, na edição 130 (*Súmula*). Ao ler essa matéria, recebi uma injeção de ânimo para continuar na luta em que estou hoje. É maravilhoso saber que existem profissionais lutando para que os apenados tenham melhor condição de assistência. Exerço o cargo de enfermeiro na Penitenciária Estadual de Parnamirim (PEP), em Parnamirim (RN), e minha equipe e eu desenvolvemos um trabalho denominado de *PEP aqui tem SUS*. Com muita satisfação, nosso trabalho recebeu o prêmio de melhor do Nordeste do Congresso do Conasems e gostaríamos de compartilhar nossas experiências no atendimento aos privados de liberdade. Venho através desta, solicitar a possibilidade de me inteirar das reuniões do grupo de trabalho de saúde prisional. Haveria alguma forma para que eu pudesse participar? Obrigado pela atenção!

• Paulo Henrique Cardoso, enfermeiro, Natal, RN

**R:** *Caro Paulo Henrique, sugerimos que*

*faça uma busca dos contatos relativos ao GT no Portal da Saúde do Governo Federal. Sugerimos, também a leitura de reportagem sobre o tema na Radis 118. Parabéns pelo trabalho realizado!*

**'10 passos' para imprimir**

Olá, sou assistente social em Unidade Básica de Saúde, em Cascavel (PR), e realizamos com a equipe o grupo de Tabagismo. Na edição de agosto, nº 131, na página 27 tem os 10 passos que ajudam a parar e a permanecer sem o cigarro. Tentei copiar essa página, mas, não consegui. Será que teria como vocês me enviarem? Queria fazer cópias e entregar aos participantes do grupo como lição de casa.

• Antonia Alves Vanzetto, assistente social, Cascavel, PR

**R:** *Cara Antonia, por causa de sua mensagem, estamos disponibilizando no site do Programa Radis ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)), na área da edição 131, um arquivo em pdf somente com o quadro dos '10 passos'. Qualquer pessoa pode baixar e imprimir. Obrigado pela contribuição.*

**Assinatura**

Parabéns para a equipe da *Radis*, pela publicação de excelentes temas e conteúdos, prestando relevantes serviços à sociedade. Solicito cadastro, para recebimento de assinatura grátis. Obrigado.

• José Benedito Martins, editor do jornal, Monte Alto, SP

**R:** *Caro José Benedito, para ser assinante da Radis, é preciso preencher cadastro no site do Programa Radis ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)) e aguardar. A admissão de novos assinantes está sujeita a ampliação de tiragem. No site, você encontra também a coleção completa da revista digitalizada, que pode ser acessada nesse meio tempo. Um abraço!*

**Para os sem-internet**

Há anos solicitei assinatura e recebemos, eu e a Associação de Portadores de Artrite do Vale do Itajaí (Apavi), com pontualidade a revista *Radis*, sempre aguardada com expectativa, indispensável para nossa instrução e orientação. Face à possibilidade de leitura via internet, achei por bem dispensar o exemplar impresso mensal, possibilitando-lhes a remessa a outrem que não dispõe de internet.

• João José da Silva, Vale do Itajaí, SC

**R:** *Caro João, agradecemos sua iniciativa que, de fato, beneficiará um novo leitor!*

**Novo leitor**

Agradeço o envio da excelente publicação *Radis*. Retribuirei sendo um diligente leitor e difusor dos conceitos aí apresentados.

• Fernando Hélio, médico do Hospital das Clínicas e FMUSP, São Paulo, SP

**R:** *Caro Fernando, seja bem-vindo! Será um prazer contar com você*

**'Radis' também agradece**

Quero agradecer e parabenizar a todos vocês pela contribuição, em forma de conhecimento, de suma relevância para a minha vida profissional. Agradeço também a Maires Bertina Yung, querida ex-professora que à época da faculdade, há cinco anos, me apresentou a *Radis*.

• Francisca Alrileide M. Guerra, enfermeira, Saúde da Família, Joinville, SC

**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, Liseane Morosini e Ana Cláudia Peres**

Arte **Carolina Niemeyer** (subedição) e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira 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 **83.000** exemplares | Impressão **Minister**

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro)

**Fale conosco** (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119

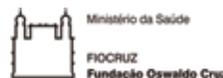
• E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

**Ouvidoria Fiocruz** • Telefax (21) 3885-1762  
• [www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

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





# Ação do homem no aquecimento global

Relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas das Nações Unidas (IPCC) divulgado (27/9) em Estocolmo, Suécia, apontou cenários sobre o que vai mudar na temperatura, chuvas, cobertura de gelo e nível dos oceanos no planeta, até 2100. Foram traçados quatro modelos de previsão, indicando limites para a emissão de gases do efeito estufa — um mais otimista, dois intermediários e um mais pessimista, informou *O Globo* (28/9). Desde 1750, início da Era Industrial, analisou o documento, a ação humana já emitiu 545 bilhões de toneladas de carbono, e a taxa atual é de mais de 10 bilhões de toneladas anuais.

De acordo com o texto, é “extremamente provável” (um nível de certeza de no mínimo 95%) que o homem tenha causado mais da metade da elevação média da temperatura global registrada de 1951 a 2010, entre 0,6 e 0,7 grau Celsius. No relatório anterior, publicado em 2007, o IPCC considerava que a contribuição humana no Aquecimento Global era “muito provável” (nível de certeza mais baixo, de 90%). Esse aquecimento deverá continuar até 2100, mesmo que a humanidade reduza fortemente sua emissão de gases-estufa. No cenário otimista, a temperatura média da Terra vai subir de 0,3°C a 1,7°C até o fim do século em relação à média verificada de 1986 a 2005, enquanto no

mais pessimista a alta ficará entre 2,6°C e 4,8°C, superando o limite considerado seguro pelos especialistas, de 2°C. “É muito provável que as ondas de calor ocorram com mais frequência e durem mais tempo. E com o aquecimento da Terra, esperamos ver regiões atualmente úmidas recebendo mais chuvas, e as áridas, menos, apesar de haver exceções”, disse Thomas Stocker, um dos autores do trabalho.

Por conta disso, até 2100, o nível do mar deverá aumentar de 45 a 82 centímetros, considerando o pior cenário, ou de 26 a 55 centímetros, no melhor, devido ao progressivo derretimento das calotas polares e das geleiras, o que representa ameaça às cidades costeiras. O gelo que recobre o Oceano Ártico, “provavelmente” (isto é, com 66% de certeza)

vai desaparecer quase que por completo durante o verão no Hemisfério Norte antes mesmo do meio deste século no cenário mais pessimista.

O relatório foi produzido por 259 cientistas de 39 países, que revisaram mais de 9 mil estudos climáticos, a maioria publicada após o último relatório do IPCC. Em março de 2014, outro grupo de trabalho, que analisa impactos, adaptação e vulnerabilidade do planeta às mudanças climáticas, apresentará suas conclusões em Yokohama, no Japão. Já o grupo especializado na mitigação dos impactos das mudanças climáticas, está previsto para se reunir em abril de 2014 em Berlim, Alemanha. Um relatório síntese será fechado em outubro de 2014 em Copenhague, Dinamarca.



## IBGE mostra Brasil mais velho, conectado, empregado e escolarizado

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE, divulgada em 27/9, mostrou que o país vem registrando muitos avanços e alguns desafios a enfrentar: o brasileiro está mais escolarizado e fica mais tempo na escola, tem emprego, acessa a internet e ganha melhor. Houve, no entanto, pequeno aumento do número de analfabetos, informou a revista *Carta Capital* (27/9). A pesquisa, que reúne dados de 2012, mostrou, ainda, que a população do país é de 196,9 milhões de pessoas (aumento de 0,8%, 1,6 milhão a mais que em 2011), sendo que as mulheres são a maioria (51,3%) e quase metade dos brasileiros concentra-se no Sudeste (82,7 milhões). A proporção de idosos, com 60 anos ou mais, subiu, passando de 12,1% para 12,6%, chegando a 14,2% na Região Sul e a 8,1% na Região Nordeste, e o índice de jovens até 24 anos caiu de 42,8% para 39,6%. De acordo com a PNAD, ainda, mais brasileiros consideram-se pardos: 46,2% dos brasileiros declararam-se brancos e 45%, pardos, o que representou

redução de 1,5% de brancos e aumento de 2% entre os pardos no país.

Entre os dados positivos registrados na Pnad, os anos de estudos aumentaram, passando de 7,3 anos para 7,5 anos, entre pessoas de 10 anos ou mais, e a taxa de escolarização das crianças e adolescentes de 6 a 14 anos ficou estável: 98,2%. O Brasil registrou taxa de desemprego de 6,1%, em 2012, inferior aos 6,7% de 2011. O rendimento médio mensal chegou a R\$ 1.507 e o ganho real foi de 5,8% em relação a 2011. Os ganhos maiores foram registrados entre os de rendimento mais baixo. Houve aumento do índice de trabalhadores domésticos, com carteira assinada (10,8%) e sem carteira (8,4%), só que ainda com os piores rendimentos — R\$ 811 (com carteira) e R\$ 491 (sem carteira). Além disso, metade da população (83 milhões) conecta-se à internet, 6,8% (5,3 milhões) a mais que na pesquisa anterior. Os jovens conectados são 76,7%.

O analfabetismo, no entanto, registrou pequeno aumento em comparação a 2011, passando de 8,6%, (12,9 milhões

de pessoas) para 8,7% (13,2 milhões de pessoas). No Nordeste, o percentual foi de 16,9% da população. O país não registrava crescimento na taxa de analfabetismo desde 1997. As mulheres ainda têm conquistas a fazer: enquanto o rendimento do trabalho feminino aumentou 5,1%, o dos homens subiu 6,3%, e o rendimento médio do trabalho feminino foi de R\$ 1.238 em 2012, 72,9% do obtido pelos homens (R\$ 1.698).

Em relação ao trabalho infantil, a pesquisa mostrou que 3,5 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos de idade continuam sujeitas a esse cenário, mas o número representa queda de 5,41% em relação a 2011, ou 156 mil crianças a menos nestas condições, de acordo com o Portal Brasil (27/9). São 81 mil crianças entre 5 e 9 anos, 473 mil entre 10 e 13 anos e cerca de 3 milhões entre os 14 e 17 anos, sendo a maioria sempre de meninos. A maior redução dos índices de trabalho infantil ocorreu na faixa das crianças entre 10 e 13 anos, com 142 mil deixando de trabalhar (redução de 23%).

## Produção de açúcar e conflitos agrários

Estudo da organização internacional Oxfam, voltada à erradicação da pobreza e das injustiças sociais, mostrou que os conflitos agrários têm crescido no Brasil em consequência da expansão agrícola, em especial, do plantio de cana de açúcar. Os povos indígenas e quilombolas representam mais de um quarto dos afetados pelos conflitos. O Brasil é o maior produtor mundial de açúcar, responsável por 20% do abastecimento do planeta, informou a Agência Brasil (8/10).

“Embora certamente nem todas as disputas estejam relacionadas com a produção do açúcar, são os seus principais produtores, como Mato Grosso do Sul, Pernambuco e São Paulo, que tiveram um número expressivo de conflitos”, aponta o estudo, que tem como título *O Gosto Amargo do Açúcar* e foi realizado para subsidiar campanha que visa sensibilizar empresas e governos a construir um sistema alimentar mundial mais justo. A proposta é que as dez maiores empresas alimentícias e de bebidas do mundo, entre elas Coca Cola, PepsiCo e Danone, adotem medidas que contribuam para evitar que pequenos produtores rurais e comunidades tradicionais sejam expulsos de suas terras para dar espaço ao plantio de cana.

Outra preocupação da entidade é que, mesmo permanecendo em suas terras, os produtores sejam pressionados a abandonar outras culturas pela produção única da cana. Um problema, ainda, verificado em monoculturas é o volume de agrotóxicos pulverizados nas lavouras e o número de casos de trabalhadores encontrados vivendo em condições

semelhantes à escravidão.

A conclusão do estudo é que, ante a estimativa de que, por causa “do nosso insaciável amor pelo doce”, a produção mundial do produto cresça 25% até 2020, a competição por áreas produtivas se intensifique.

O diretor de Comunicação e Marketing da União da Indústria da Cana-de-Açúcar (Unica), Adhemar Altieri, garantiu em entrevista à Agência Brasil que o setor é um dos que atingem o maior índice de trabalho formal do país. A ONG Repórter Brasil, aponta, no entanto, no livro *Escravo, nem pensar*, que, entre 2003 e 2011, 10.495 trabalhadores foram encontrados em condições análogas à escravidão, aproximando o setor à pecuária, atividade com o maior número de atuações dos fiscais do trabalho.



## Testes de vacina contra os quatro tipos de dengue

O Instituto Butantan, em São Paulo, testa este mês em humanos vacina contra os quatro tipos de dengue, que vem sendo desenvolvida em parceria com Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH), desde 2005, e que já foi testada em animais, informou o portal de notícias G1 (30/9). Os testes no Brasil serão realizados em três etapas. Na primeira, 50 voluntários de São Paulo, adultos saudáveis, que nunca contraíram o vírus, recebem a vacina. Esse grupo será imunizado em duas doses, com intervalo de seis meses entre elas. Na segunda etapa, em 2014, participarão também mais 250 pessoas, que já tiveram a doença, e a vacina será aplicada em dose única. Os ensaios clínicos serão realizados em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de

São Paulo (USP) e o Instituto Adolfo Lutz. A última fase vai recrutar pessoas de diversas partes do país e idades.

A vacina já foi testada em humanos nos Estados Unidos, mostrando-se eficaz contra todos os tipos de vírus. Os voluntários não apresentaram efeitos colaterais significativos (erupção cutânea e dor local).

Se os resultados finais forem positivos e a vacina for aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a ideia é que possa fazer parte do Programa Nacional de Imunizações em 2018.

Outra iniciativa nacional para produção de vacina contra a dengue vem sendo liderada pela Fiocruz, em parceria com a farmacêutica GlaxoSmithKline (GSK). Os testes em seres humanos ainda não foram iniciados.

## Marco regulatório para as organizações da sociedade civil

Organizações da sociedade civil divulgaram (25/9) nota pública defendendo a criação de uma legislação específica para as ONGs e discutindo caminhos para o estabelecimento de um ambiente favorável ao desenvolvimento de uma sociedade civil forte, dinâmica e plural, informou o site do Observatório da Sociedade Civil (25/9). A nota *Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil e o controle da corrupção — o que está por trás do descaso do governo?* recebeu apoio de 50 redes e 231 organizações de todo o país e cobra da presidenta Dilma Rousseff o compromisso que ela havia firmado em outubro de 2010, quando candidata à Presidência da República, de apresentar em um ano proposta de aperfeiçoamento da legislação que assegurasse às organizações da sociedade civil (OSCs) “uma relação jurídica mais adequada” com o Estado e “um ambiente regulatório estável e sadio”.

De acordo com a diretora executiva da Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (Abong), Vera Masagão, o país dispõe de uma legislação insuficiente e confusa, que dificulta o acesso a recursos pelas organizações da sociedade civil que atuam em causas de interesse público, ao mesmo tempo em que permite o uso indevido de entidades para governantes e empresários para favorecimento de grupos políticos ou enriquecimento pessoal. “Há sobreposição de leis, dando margem ao uso indevido das organizações”, analisou. “Os casos de desvios devem ser apurados, os responsáveis punidos, sem criminalização de todo o setor, com um marco regulatório que dê segurança para nossa atuação”.

A nota reivindica que se nomeiem oficialmente os integrantes do Grupo de Trabalho sobre o marco regulatório, criado em setembro de 2011, mas trabalhando informalmente desde então. “É inadiável a superação por parte do governo da visão que absolutiza o papel do Estado e desconhece na prática a importância de uma sociedade civil autônoma, organizada e fortalecida. O bloqueio da revisão do marco regulatório, favorecendo a corrupção e a arbitrariedade nas relações das OSCs com o Estado, é uma questão essencialmente política”, diz o texto.



MARCO REGULATÓRIO  
DAS ORGANIZAÇÕES  
DA SOCIEDADE CIVIL

# Violência contra jornalistas mapeada

A ministra da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário anunciou (15/10) que o Brasil deverá adotar o Plano de Ação das Nações Unidas sobre a Segurança de Jornalistas e a Questão da Impunidade. A recomendação será feita em dezembro, durante o Fórum Mundial de Direitos Humanos, que se realizará em Brasília, informou (16/10) o site do Centro de Informações das Nações Unidas (Unic). Um grupo de trabalho estuda o tema e deve sugerir ainda a criação de um observatório sobre crimes e censura contra jornalistas, o desenvolvimento de um manual de segurança e prevenção da violência contra profissionais de mídia e a aceitação dos indicadores de segurança de jornalistas da Unesco. Maria do Rosário defendeu também a desmilitarização das polícias que, em sua opinião, usam práticas de abordagem da época da ditadura militar.

Está em estudos ainda, disse ela, a federalização de crimes contra defensores de direitos humanos (o que inclui

comunicadores ameaçados por causa do desempenho da profissão). “Os jornalistas são ameaçados por matérias que escrevem, porque desequilibram relações de poder”, ressaltou Maria do Rosário, durante colóquio sobre medidas nacionais e internacionais para a proteção de profissionais de comunicação, promovido pela Secretaria de Direitos Humanos, e que fez parte da Conferência Global de Jornalismo Investigativo, realizada em outubro no Rio de Janeiro, com a participação de 1,3 mil profissionais de comunicação de 87 países.

A ministra apontou a necessidade de integrar responsabilidades, do Estado e “dos próprios veículos no momento da cobertura de temas que realmente colocam os profissionais diante de um risco maior”. Ela afirmou que, quando a polícia ataca jornalistas, ataca todas as pessoas que têm o direito de saber o que está acontecendo, e reconheceu, ainda, que no Brasil não há atenção clara em relação aos grupos de extermínio e às estruturas de milícias que, por vezes, têm jornalistas como seus alvos.

No evento, o diretor do UNIC Rio, Giancarlo Summa, lembrou que “a concentração da propriedade dos meios de comunicação é também uma ameaça contra a liberdade de expressão, porque diminui a pluralidade das opiniões que podem ser e são transmitidas, divulgadas através dos meios de comunicação profissionais, de empresas de comunicação”.

O Plano de Ação da ONU já está em implementação no Sudão do Sul, Paquistão, Nepal e Iraque. Na América Latina, além do Brasil, Honduras, Colômbia, México e Guatemala avaliam as mais de 120 ações concretas de proteção propostas pela Unesco. “Matar um jornalista é obviamente uma forma extrema de censura, mas devemos lembrar também que muitos jornalistas e trabalhadores de mídia sofrem outras várias formas de intimidação, tanto emocionais como físicas e, em alguns casos, também chegam a ser presos arbitrariamente”, disse o representante da Unesco no Brasil, Lucien Muñoz, que também participou da abertura do colóquio.

## Maria da Penha: críticas à pesquisa que contesta impacto da lei

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que mostrou (25/9) que a Lei Maria da Penha não diminuiu as taxas de mortalidade das mulheres por agressão no Brasil, recebeu críticas da inspiradora da lei, a farmacêutica Maria da Penha Fernandes, 68 anos. A lei, de agosto de 2006, criou medidas de proteção à mulher e estabelece que todo o caso de violência doméstica é crime. O levantamento do Ipea revelou que a proporção de feminicídios (mortes de mulheres em razão de seu sexo) por 100 mil mulheres em 2011 (5,43) superou o patamar visto em 2001 (5,41). Comparando-se, ainda, a taxa de mortes por agressão nos períodos anteriores e posteriores à lei, também foi registrado retrocesso — de 2001 a 2006, verificou-se a taxa de 5,28 feminicídios por 100 mil mulheres, praticamente a mesma encontrada entre 2007 e 2011, de 5,22 —, informou *O Estado de S. Paulo* (25/9).

De acordo com o instituto, não existem estimativas nacionais sobre a proporção de mulheres assassinadas por parceiros no Brasil. Assim, foi considerado no estudo o total de óbitos de mulheres por agressões, indicador aproximado do número de feminicídios.

“Essa pesquisa é falha, no momento em que coloca que a Lei Maria da Penha não mostrou um diferencial positivo”, apontou Maria da Penha, durante encontro (1/10), em Salvador, que celebrou



os sete anos da lei, informou o portal de notícias UOL.

A ministra Eleonora Menicucci, da Secretaria de Políticas para Mulheres, também criticou (27/9) o estudo do Ipea, que, para ela, apresenta fragilidades. “É muito frágil dizer que a Lei Maria da Penha

não está inteiramente implementada”, considerou ela, de acordo com *O Globo* (27/9). Eleonora Menicucci apontou que cerca de 300 mil medidas protetivas foram adotadas desde a criação da lei, como os mecanismos que controlam a distância que o agressor tem que estar da vítima, ou as ações judiciais que redundaram em prisões dos homens que praticaram violência. “São 300 mil medidas que tiraram as mulheres da morte. Só esse dado já contraria a reflexão da pesquisa”, disse, citando, ainda, o aumento do número de denúncias desse tipo de agressão: saiu de menos de 50 mil em 2007 para 732.468 em 2012. “As mulheres estão denunciando. Isso porque acreditam na aplicação da Lei Maria da Penha. Antes não era assim”.

A ministra considerou que há desafios a enfrentar, como a implementação da Lei Maria da Penha, nos “bolsões mais distantes, nos grotões, na área rural” e aparelhar com mais qualidade agentes como as delegacias das mulheres e o serviço 180 (disque denúncia).

Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher, apresentado à presidenta Dilma Rousseff na comemoração do aniversário da Lei Maria da Penha, mostrou que nos últimos 30 anos, 92 mil mulheres foram assassinadas no país. O número põe o Brasil na sétima colocação em homicídios praticados contra mulheres no mundo.

## FAO e Via Campesina: acordo por agricultura sustentável

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a Via Campesina, movimento internacional que reúne o maior número de pequenos produtores de alimentos no mundo, formalizaram (4/10) acordo de cooperação no qual fica reconhecido o papel essencial que esses produtores desempenham na erradicação da fome do mundo, informou o site da FAO. A iniciativa faz parte de estratégia da agência da ONU de fortalecer os laços com os movimentos sociais e organizações que compartilham a meta de erradicar a fome, a desnutrição e a insegurança alimentar, registrou o portal Africas.

O acordo, estabelecido pelo diretor geral da FAO, José Graziano da Silva, e a coordenadora geral da Via Campesina, Elizabeth Mpfu, envolve o reforço à produção por práticas agroecológicas, proteção aos direitos de acesso à terra e à água pelos pequenos produtores e leis nacionais e internacionais relativas às sementes. Estão em foco, ainda, a defesa do protagonismo de jovens e mulheres na produção de alimentos e a necessidade de facilitar seu acesso à terra e a outros recursos produtivos. “Este é um passo importante em nossos esforços para pressionar as Nações Unidas e os governos por uma mudança em suas políticas no que diz respeito à soberania alimentar”, disse Elizabeth. “Esperemos que essa cooperação reforce o apoio a nossos camponeses e camponesas e pequenos produtores, que trabalham suas terras para oferecer seus alimentos à maioria da população mundial”, ressaltou.

“Sempre digo que para trabalhar em conjunto não é importante concordar em tudo, mas, sim, ter o mesmo objetivo, e estamos convencidos de que os pequenos agricultores fazem parte da solução para a fome”, declarou Graziano em Roma, na Itália, durante a celebração do acordo.

Líder camponês da Argentina, Rodolfo Grieco apontou que os jovens do campo são as primeiras vítimas da apropriação de terras e do modelo de produção orientado ao mercado, imposto pelas corporações transnacionais. “Nossos jovens devem poder trabalhar a terra para garantir futuro digno, que não encontrarão nos grandes centros urbanos”.

A Via Campesina reúne mais de 200 milhões de agricultores, pequenos produtores, sem-terra, povos indígenas, migrantes e trabalhadores rurais de 164 organizações em 79 países, em movimento autônomo e independente que defende a agricultura sustentável de pequena escala como forma de promover a justiça social.

## Mundo desperdiça 1,3 bilhão de toneladas de alimento

Relatório da FAO mostrou (11/9) que o mundo desperdiça 1,3 bilhão de toneladas de alimentos por ano, o que gera custos de 750 bilhões de dólares, informou o portal de notícias Terra (11/9). A comida jogada fora tem impacto na economia e contribui também para aumentar as emissões de gases estufa em 3,3 bilhões de toneladas e diminuir as reservas de água potável e a biodiversidade no planeta. “Não podemos permitir que um terço de toda a produção de alimentos seja jogada fora ou perdida por causa de práticas inapropriadas, quando 870 milhões de pessoas passam fome todos os dias”, afirmou o diretor-geral da FAO, José Graziano da Silva.

Em 2007, quase 1,4 bilhão de hectares de terras produziram alimentos que não foram consumidos, o que corresponde a 28% da área total utilizada para a agricultura no planeta. O volume de água utilizado para produzir os alimentos não consumidos é três vezes maior do que o fluxo anual do rio mais longo da Europa, o Volga. A agricultura é um dos maiores perigos para a biodiversidade, devido à ampliação da área cultivada e sua intensificação, informou o relatório. Os impactos da produção de alimentos na

biodiversidade concentram-se em regiões mais pobres, como a África Subsaariana e a América Latina.

O levantamento mostrou, também, que cerca de 54% dos alimentos que vão parar no lixo perdem-se ainda no processo de produção, no manuseio e armazenamento após a colheita — o que é mais frequente nos países em desenvolvimento. Os outros 46% são desperdiçados nas etapas de distribuição e consumo, cenário mais comum nos países de renda média e alta.

A agência publicou um guia para combater ao desperdício, indicando como principal ação desenvolver melhores técnicas para armazenamento e transporte. Também é recomendada a revisão dos padrões estéticos para a venda de frutas e verduras e da legislação sobre a data de validade. A FAO orienta consumidores a planejar suas compras, levando em consideração o consumo e buscando aproveitamento total dos alimentos, como ensina o Programa Cozinha Brasil do Serviço Social da Indústria (Sesi), citado no guia. Afirma, ainda, que a redução do desperdício diminuiria a necessidade de aumentar a produção de alimentos em 60% até 2050 para atender a demanda global.



### Radis Adverte



## Lembrete necessário

Cerca de 500 índios, de setenta etnias, ocuparam (3/10) parte do prédio da Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA), em Brasília, na Mobilização Nacional em Defesa da Constituição Federal, convocada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib). Com o apoio de diversos movimentos sociais, eles foram à capital federal defender direitos constitucionais que parecem ter sido esquecidos, com a tramitação, desde 2000, da PEC 215, que propõe a retirada da atribuição exclusiva do Poder Executivo de homologar terras indígenas, e do projeto de lei complementar 227, de 2012, que prevê a exploração dessas terras em caso de relevante interesse público da União. “O Brasil está rasgando a Constituição e nós viemos



FOTO: WILSON DIAS / AGENCIA BRASIL

dar nosso recado de que isso não pode acontecer”, protestou o líder indígena Jurandir Xavante. Eles deixaram o local sem que fossem recebidos por algum diretor da CNA. Em compensação, seu protesto alcançou os quatro cantos do país. Se há quem esteja esquecendo os direitos dos povos indígenas, eles mesmos se encarregam de lembrar.

## Fora do galinheiro

A Comissão de Ética Pública da Presidência da República recomendou a destituição de Elano Figueiredo do cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ele pediu exoneração do cargo em 3/10. O processo fora aberto após reportagem do jornal *O Estado de S. Paulo* (3/8), publicada um dia depois de Elano tomar posse, informando que ele omitiu do currículo público a informação de

que havia trabalhado para a operadora de saúde Hapvida. O currículo, encaminhado pela Presidência da República ao Senado, é uma das referências dos senadores para avaliação do nome. Segundo a reportagem, Elano foi diretor da Hapvida e assinou dezenas de ações em defesa da empresa, contra a ANS. Foi a primeira vez que um diretor da ANS deixou o cargo sob questionamentos éticos. Menos uma raposa no galinheiro.

## Causa (nada) nobre

Seria cômico se não fosse trágico. A *Folha de S. Paulo* (23/9) trouxe a seguinte manchete de página: *Governadores se unem por reajuste menor do piso nacional do professor*. Em vez de discutir como pagar, os 27 estados do país estão unidos buscando formas de driblar a proposta do Ministério da Educação que aponta aumento de 19% nos salários em

2014. Os dirigentes condenam o modelo de reajuste adotado, que para eles é “insustentável e imprevisível”, e querem propor outro que resulta em reajuste de 7,7%. Os municípios também fazem coro.

O piso nacional dos professores, hoje, diz a matéria, é de R\$ 1.567, pouco mais que o dobro do salário mínimo, sendo que somente doze estados e o Distrito Federal pagam corretamente (muitos agregam gratificações e abonos para chegar a esse valor). Em tempos de manifestações nas ruas, a mobilização da sociedade que clama por mais respeito ao professor tem razão de ser, diante da vergonhosa falta de empenho dos dirigentes em favorecer uma categoria da qual dependem todas as demais.



FOTO: TOMAZ SILVA / AGENCIA BRASIL

## A banalização das CPIs

Chamou atenção reportagem da *Folha de S. Paulo* (21/9), *As CPIs que ninguém vê*. O texto mostra que as Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs), que tanta força e apelo já tiveram, hoje ficam engavetadas, correndo o risco de não sair do papel. Criadas muitas vezes no afã de produzir apelo midiático, as CPIs acabam não sendo levadas adiante, negligenciadas até por quem as propôs. “O instituto da CPI está desmoralizado”, comentou o deputado federal Chico Alencar (PSOL/RJ) na matéria. Entre as comissões que não vão para frente, estão algumas com temas relevantes como a CPI do Tráfico de Pessoas, de 2012, prorrogada na Câmara quatro vezes; a CPI da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, do mesmo ano, saindo do papel dois meses depois e ainda não concluída; a CPI da Violação do Direito Humano à Saúde, de 2013, há sete meses no papel; e a CPI do Trabalho Infantil, também deste ano, que aguarda indicação de integrantes pelos partidos.

## Prisão arbitrária

O pesquisador da Ensp/Fiocruz Paulo Bruno foi preso arbitrariamente (15/10) pela Polícia Militar, no Rio de Janeiro, enquanto registrava a manifestação de professores e a ação dos policiais. Ação conjunta por sua liberdade foi levada à frente pela presidência da Fiocruz, diretoria da Ensp e Sindicato dos Trabalhadores (Asfoc) e Paulo foi solto (18/10). Trabalhadores da Fiocruz fizeram ato público em repúdio à prisão do servidor.

## Pelos planos de saúde

O Conselho Nacional de Saúde (10/10) publicou recomendação na qual pede à presidenta Dilma Rousseff o veto do artigo 19 da Medida Provisória nº 619, de 1/10/2103, que cria o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos. O programa concede anistia a planos de saúde, possibilita que as operadoras deduzam da base de cálculo da contribuição para o PIS/Pasep e Cofins os custos assistenciais com clientes — redução de cerca de 80% — e livra as operadoras de um passivo de R\$ 4 bilhões com a Receita Federal. Na recomendação, o CNS frisa que o faturamento do mercado de planos de saúde quase dobrou entre 2003 e 2011, que a renúncia fiscal associada aos gastos com planos de saúde totalizou R\$ 15,8 bilhões, em 2011, e que o subsídio aos planos não se reflete em reajustes menores ou melhora da qualidade. “Essa medida contraria tudo o que a sociedade brasileira tem exigido das autoridades governamentais”, frisa a nota. 

# Há mé

*Profissionais do programa  
estão nas comunidades,  
para atenção à saúde d*

Bruno Dominguez

Fotos: Felipe Plauska

**N**a recepção da Unidade Básica de Saúde Jardim dos Ipês, Cleide Maria Ramos aguarda atendimento pelo médico Antonios Kasiaras, que chegou ao município de Aparecida de Goiânia, vizinho à capital de Goiás, no começo de outubro, pelo Programa Mais Médicos do Governo Federal, sancionado em 22 de outubro, depois de quatro meses de polêmica (ver matéria na pág. 17). “Ontem uma colega de serviço me contou que ele é muito atencioso, tem muito interesse nos problemas de saúde dos pacientes, então decidi vir hoje mesmo”, justificou Cleide, reclamando de dor persistente na base do estômago. Ela não foi a única a ouvir boas referências de Antonios, como destacou a recepcionista da unidade, Dulce Gleide:

Cleide, em consulta com o grego Antonios: “Uma colega me contou que ele é muito atencioso e decidi vir hoje mesmo”



# Médicos

*na do Governo Federal já  
mas solução permanente  
ainda merece discussão*

“Uma senhora ligou querendo agendar consulta com ele, sabia até o nome, mas expliquei que o doutor só atende os moradores do Jardim dos Ipês”.

A polêmica em torno do Mais Médicos, lançado pelo Ministério da Saúde em julho para levar médicos a regiões com escassez ou ausência desses profissionais, não ecoa entre os usuários dessa e de outras unidades de Aparecida de Goiânia. Ao contrário. A satisfação tem uma explicação simples: antes do Mais Médicos, 27 das 53 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município trabalhavam sem a figura do médico. “Todas essas vagas foram preenchidas pelo programa”, diz Érika Rocha, coordenadora da ESF. Dos 27 médicos destinados a Aparecida, 24 são brasileiros formados no país, dois são brasileiros formados no exterior e um é estrangeiro formado no exterior — o grego Antonios Kasiaras.



## OPORTUNIDADE

Aos 49 anos, Antonios vive no Brasil desde 1992, quando veio atraído por um programa que lembra o Mais Médicos: um curso de residência com vagas oferecidas a estrangeiros, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). Um tio que já estava estabelecido na cidade do interior de São Paulo foi o responsável pelo convite. “Vim para fazer a residência em Clínica Médica, depois a especialização em Reumatologia, mas gostei do Brasil e acabei ficando”, conta. Até 2012, quando venceu seu registro provisório para atuar no país, Antonios trabalhava como diretor clínico do Hospital Psiquiátrico João Marchesi (em Penápolis) e como reumatologista no Hospital Universitário da Famerp e no Ambulatório Médico de Especialidades do município de Promissão.

“Cheguei a pensar em retornar à Grécia, mas comecei a acompanhar articulações da presidenta Dilma para permitir o trabalho de estrangeiros no Brasil e esperei a oportunidade de continuar morando aqui e de dar prosseguimento a uma história que eu já estava construindo”, diz. A oportunidade

A médica brasileira Thaiz, atendendo em Nova Goiânia (GO): agenda lotada, fazendo o que gosta e perto da família



concreta seria o Mais Médicos, que permitiu a candidatura de estrangeiros às vagas do programa não preenchidas por brasileiros — foi dada prioridade aos brasileiros que se formaram no Brasil e, depois, aos brasileiros formados no exterior.

## EXIGÊNCIAS

As exigências para os estrangeiros eram ter conhecimento de língua portuguesa, diploma de formação em instituições autorizadas e reconhecidas, com diretrizes curriculares equivalentes às adotadas no Brasil, e registro de exercício profissional em países com proporção de médicos em relação à população maior que a do Brasil, de 1,8 mil médicos por mil habitantes — o que excluiu candidatos, por exemplo, de Bolívia e Paraguai.

Antonios se inscreveu no programa via internet em 26 de julho; em 25 de agosto já estava no Rio de Janeiro para participar do curso de formação, obrigatório para os estrangeiros. O curso, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (Uerj), teve duração de três semanas. Ele e uma turma de 80 colegas de Portugal, Espanha, Áustria, Holanda, Argentina, Venezuela, Uruguai, El Salvador e Colômbia tiveram aulas diárias, em tempo integral, de saúde pública, com foco na organização e no funcionamento do SUS, e de língua portuguesa (ver matéria na pág. 14). Ao final das 120 horas, os médicos aprovados receberam registro provisório do Conselho Regional de Medicina (CRM), com validade restrita à permanência no programa, o que os isentou de realizar o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, o Revalida — antes necessário para se obter registro no Brasil.

Durante os três anos de vínculo com o programa (período que pode ser renovado uma vez), os estrangeiros terão seu trabalho supervisionado por uma universidade pública e pelas secretarias de Saúde. Também está previsto que todos cursarão especialização em oito das 40 horas de sua carga horária semanal. Antonios atende na Unidade Básica do Jardim dos Ipês de segunda a quinta-feira das 8h às 15h, e às sextas-feiras de 8h ao meio-dia, desde 1º de outubro. “A adaptação tem sido muito boa. Estou satisfeito com o entrosamento com a equipe, com o trabalho com a comunidade e com a estrutura da unidade”, diz à *Radis*, em seu consultório, com duas mesas, cadeiras, maca e uma pequena pia.

## VÍNCULO

“Para que a unidade fica aberta se não tem médico?”, ouvia a recepcionista Dulce antes da chegada de Antonios, atrás do balcão que ela enfeita com desenhos recortados na espuma vinílica. A enfermeira Karen Patrícia Alencar tentava dar conta da demanda da comunidade: “Ajudava até onde eu podia, mas em algumas situações eu precisava encaminhar o paciente para o centro de especialidades, a 15 km daqui”. Um agravante: para ir ao Centro da cidade, é preciso pegar três ônibus, e um deles só passa de uma em uma hora no Jardim dos Ipês. “Agora melhorou muito, as pessoas ficam mais calmas sabendo que tem um médico por perto”, comenta Dulce.

Na manhã do dia 17 de outubro, o doutor



Érika (E), coordenadora de Saúde da Família: aumento de consultas nas unidades básicas; a enfermeira Karen: paciente encaminhado para centro de especialidades, a 15 quilômetros de distância

Antônios atendeu Maria Carolina Nunes, de 16 anos, que foi se queixar de espinhas no rosto; Eva Maria, que disse sentir inchaço depois de comer; Manoel Pereira de Abreu, de 60 anos, que estava com pressão alta e precisou ficar em observação, entre outros pacientes. “Ele me atendeu legal, é gente boa, e entendi tudo o que ele me disse”, opinou Manoel, mostrando que o grego fala corretamente o português, apenas com leve sotaque.

Também passou pelo consultório Josilene dos Anjos, de 24 anos, grávida de 8 meses de uma menina e mãe de um menino de 4 anos. Ela foi apresentar os resultados de exames pedidos anteriormente por Antônios, que assumiu o acompanhamento pré-natal de Josilene e de cerca de 15 gestantes do entorno. Um dos exames detectou leve anemia na paciente, que já estava ingerindo suplemento de ferro e, na consulta, recebeu indicação de outro suplemento. “Estou me alimentando bem e tomando sulfato ferroso e ácido fólico, mas vinha sentindo dores de cabeça e fraqueza”, relatou ela ao médico, desanimada com o resultado.

A unidade do Jardim dos Ipês atende em torno de 500 famílias, inclusive com visitas domiciliares. “O vínculo está começando a se estabelecer”, observa Antônios, para quem o Mais Médicos foi uma “coincidência feliz”, por permitir que continuasse no Brasil, trabalhando com Medicina Social. “A saúde não deveria ter sido mercantilizada. Em São Paulo, está muito contaminada pela ideia de que tudo se resolve com pedidos de exames. Se gasta muito em saúde, sem se ter saúde. Aqui, eu procuro valorizar o exame físico e ouvir o que o paciente tem a dizer”.

### AGENDA LOTADA

Dos 1.020 profissionais do Mais Médicos que estavam em atividade em outubro, 443 tinham diploma estrangeiro e 577 eram médicos formados no Brasil — todos recebem bolsa do Governo Federal no valor de R\$ 10 mil por mês mais ajuda de custo (ver matéria na pág. 20); os municípios são responsáveis por garantir alimentação e moradia. A Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, em Aparecida de Goiânia, recebeu duas brasileiras do programa, depois de ficar um ano sem médicos. “Minha agenda está lotada todo dia”, cita como consequência da falta de profissionais Thaiz Durães Silva, de 27 anos.

Thaiz morava em Aparecida, mas precisou deixar o município para se formar em Medicina,

em Araguari, Minas Gerais. “Achei que faria carreira em Minas, mas quando soube do Mais Médicos, com a possibilidade de atuar na área que eu gosto e ficar perto da família, logo fui me inscrever”, diz ela, antes de correr para atender uma paciente com crise de asma. Paola Souza Alves Pereira, também de 27 anos, teve a mesma motivação: a família é de Anápolis, mas ela foi cursar Medicina em Ipatinga, Minas Gerais, e voltou ao estado de origem graças ao Mais Médicos. “Eu gosto de trabalhar com ESF”, acrescenta.

“Era muito ruim o funcionamento da unidade sem médicos: precisávamos encaminhar os pacientes para um Centro de Assistência Integral à Saúde (Cais), que ficava lotado”, lembra a enfermeira Gráce Charles Chelala. “Tínhamos dificuldade de atrair médicos para o município, porque o déficit desses profissionais é um problema nacional, não só daqui”, explica a coordenadora da ESF, Érika Rocha. “Quanto menor o município, mais alto era o salário oferecido para contratar médicos”. O resultado do Mais Médicos, avalia ela, já pode ser sentido no cotidiano menos atropelado dos centros de urgência e emergência e no aumento de consultas marcadas em unidades básicas.

“A atuação desses profissionais começa a fazer diferença. Já temos relatos de cidades que conseguiram dobrar o atendimento com a chegada dos médicos do programa. A nossa expectativa é que o total de profissionais atendendo nas regiões que mais precisam aumente muito mais”, destacou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em balanço em 15 de outubro. Os 1.020 profissionais em atividade até a data cobriam 3,5 milhões de brasileiros — o número tem como base a média de cobertura da atenção básica, de 3.450 pessoas por equipe. A quantidade de médicos do programa iria aumentar com a emissão do registro de 237 estrangeiros do primeiro ciclo e com a convocação de 2.597 profissionais do segundo ciclo, totalizando 13,3 milhões de pessoas atingidas pelo programa.



Manoel Oliveira, sobre o atendimento do grego Antônios: “É gente boa, entendi tudo o que ele me disse”

# As expectativas e os sonhos por trás dos números

Cecília Lopes, Nayane Taniguchi e Nathália Gameiro \*

“O lá amigo [...], nestes dias eu estou fazendo o curso de formação de língua portuguesa e, além disso, sobre o sistema da saúde brasileiro em geral, e especialmente sobre as Unidades Básicas da Saúde (UBS) [...] onde os médicos intercambistas vamos a trabalhar, incorporando a equipe. Esta é a melhor maneira de aproximar campanhas de promoção e prevenção a população com menos recursos e que até agora não tem acesso a assistência médica por falta de profissionais e de infraestrutura. Daqui a pouco, essas pessoas em situação de alta vulnerabilidade terão direito à assistência que precisavam”.

O trecho acima foi retirado da carta escrita pelo médico espanhol Abraham García, 29 anos, como uma das atividades das aulas do Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos, ministrado pela primeira vez entre 26 de agosto e 13 de setembro, em oito capitais — Brasília, Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife e Fortaleza. A atividade recomendava aos médicos que relatassem suas primeiras impressões sobre o programa para os 672 participantes da segunda etapa, que chegariam ao Brasil no início de outubro.

García é um dos 682 médicos estrangeiros — formados em países como Cuba, Argentina, Espanha, Portugal e Venezuela — que participaram da primeira turma de profissionais designados a atuar, desde a última semana de setembro, na atenção básica em 237 municípios de todos os estados brasileiros, além de 13 distritos indígenas, segundo dados do Ministério da Saúde.

*Radis* acompanhou o dia a dia de alguns desses profissionais, que, durante três semanas, modificaram a rotina do prédio da Fiocruz Brasília, onde um dos treinamentos foi realizado — Brasília concentrou o maior

grupo de médicos da primeira etapa do programa. Para a maioria, trabalhar fora de seus países, em regiões com carência de recursos, não é novidade. E a expectativa de poder ajudar, expressa na carta de García, é também recorrente entre os participantes.

García, que soube do Mais Médicos pelos jornais, sempre atuou em atividades relacionadas aos direitos humanos. “Para a nossa profissão, é muito importante dar e sentir que estamos fazendo algo para quem necessita”, explica. O médico

já trabalhou na Itália, Espanha, Nepal e Bolívia, e optou por trabalhar em Manaus (AM). “Quero contribuir para o crescimento de uma população e mostrar que ela não está só, que tem um doutor e uma equipe de agentes e enfermeiras para cuidar da sua saúde. Vamos fazer mais médicos sociais, cuidando não apenas da patologia física”, propõe.

## ESTRUTURA

A falta de estrutura nas unidades de saúde por todo o país não impede um bom atendimento, atesta a peruana Roxana Alvarez, 29 anos, para quem mais de 80% dos problemas de saúde são resolvidos “com um médico e um estetoscópio”. Roxana afirma: “Não precisa de mais nada”. A diferença entre a formação dos brasileiros e dos mexicanos é que um dos sete anos do curso é dedicado à atenção em uma região carente. A gente aprende que não precisa de muita infraestrutura para fazer Medicina”, disse a médica formada pela Universidade de Monterrey.

Com mais de 28 anos de experiência como médico de família, Raul Jiménez, 52 anos, atendeu a mesma população durante 25 anos: cuidou de bebês que agora são adultos e já participou de programas similares ao Mais Médicos na Guatemala, Venezuela e Bolívia. Para trabalhar em Riacho de Santana, no Rio Grande do Norte (RN), deixou os filhos, de 28 e 25 anos, e um neto em Cuba. A esposa também é médica, mas não pôde participar do Mais Médicos por problemas de saúde. “Antes de partir, conversamos e decidimos que eu poderia vir. Nossa profissão nos prepara para realizar atividades como esta, porque conhecemos as dificuldades de outros países. Estamos sensibilizados”, ressalta.

## ANSIEDADE

Os médicos treinados em Brasília foram alocados em estados do Centro-Oeste e do norte do país, regiões com mais dificuldade de aporte de médicos brasileiros, segundo o Ministério da Saúde. Durante as três semanas de treinamento, os participantes compartilharam expectativas, ansiedade e inseguranças, nas salas de aula, corredores, alojamentos, durante o almoço e nos intervalos.

Sem esconder a ansiedade, a médica cubana Martha Muñoz, 48 anos, conta que em 24 anos de experiência já trabalhou na Venezuela e na Bolívia. “Estou muito contente de poder ajudar o povo brasileiro que mais precisa de saúde. O governo cubano chamou médicos com mais de 15 anos de experiência e que já atuaram com outras populações”, explica. Ao ser questionada sobre as expectativas de se mudar para o município de Portel (PA), para onde foi destinada, ela afirmou:

\* Da Fiocruz Brasília, especial para a Radis



FOTOS: ASCOM/FIOCRUZ BRASÍLIA



O espanhol Abraham (alto): “as pessoas em situação de vulnerabilidade terão direito à assistência”; o cubano Raul, há 28 anos médico de família: “Conhecemos as dificuldades de outros países”

“Daremos todo o carinho e amor para melhorar a saúde dos mais necessitados”.

Martha relatou estar acostumada a deixar a família em Cuba e trabalhar fora do país. “Eles têm assegurado saúde, educação e mais ainda, meu marido cuida muito bem dos nossos filhos. Sinto falta, mas desde que somos pequenos aprendemos valores como educação, a sermos humanistas. Eles estão agradecidos e sabem que há outras pessoas, outras crianças que precisam de solidariedade e de cura para suas enfermidades”, justifica.

Já para a brasileira Michelle Melo, 29 anos, formada na Espanha, o Mais Médicos representou a oportunidade de voltar a trabalhar em sua cidade natal, Rio Branco, no Acre (AC). Após oito anos na Espanha, Michelle, o marido, Stanley Bittar de Almeida, que também integra o programa, e o filho de três anos voltaram ao Brasil, mas a médica estava impedida de atuar, por falta de registro no país. Trabalhava, então, na coordenação de uma equipe. Agora, Michelle tem como expectativa aplicar os conceitos relacionados à saúde e ao SUS dados durante o curso. “Tudo que a gente escuta aqui a gente acha que deveria ser feito, mas vê que não é. A grande vontade, no meu caso, é mudar a realidade daqueles que eu conheço”, espera.

O goiano Rogério Oliveira, 32 anos, por sua vez, optou por trabalhar em Altamira (PA) e conta que não escolheu Goiânia porque quer atuar em regiões mais carentes, como o Norte e o Nordeste. “Conheço os problemas de saúde que a região de Altamira, Vitória do Xingu e Brasil Novo têm”, conta. Formado pela Universidade Adventista del Plata, na Argentina, o médico veio para o Brasil no início do semestre para fazer a prova do Revalida na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e também para atuar no Mais Médicos. Se for aprovado nas etapas do Revalida e receber o CRM definitivo, Oliveira diz que permanecerá no programa como médico brasileiro e não mais como médico intercambista, mas tudo dependerá dos próximos meses, “se o programa funcionar e se o curso de Especialização em Atenção Básica realmente acontecer”, ressalta.

## AJUDAR AS PESSOAS

Esta é a segunda missão internacional de que o casal de médicos Yusmel de Los Angeles e Lisset Lazo participa. Em 2005, eles atuaram no Paquistão, que à época solicitou ajuda para as vítimas do terremoto. “Lá, por exemplo, muitas pessoas nunca tinham visto um médico. Isso faz muita diferença, se você não conhece um médico, você praticamente não sabe o que é saúde”, relata Lisset. “Nesse momento eu pensava: se nós em Cuba ajudamos as pessoas, por que não ir a outros lugares e fazer essas coisas também?”, acrescenta Yusmel.

Em doze anos de profissão, eles contam que já viveram experiências semelhantes em locais com baixos índices de desenvolvimento humano e em más condições de trabalho. Segundo Yusmel, na Venezuela, em

2004, os médicos encontraram uma situação muito diferente de Cuba. “Existia muita carência e pobreza, mas eu me senti muito feliz porque lá eu podia fazer algo valioso para essas pessoas que não tinham nada nesse momento, principalmente relacionado à saúde”, explicou Yusmel, que foi com o marido para Garrafão do Norte (PA). As expectativas do casal ultrapassam a questão profissional, e eles não descartam ter um filho no Brasil.

O diretor nacional do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, Felipe Proenço, reforçou que, enquanto estiverem no país, os médicos bolsistas passam a ser segurados da Previdência Social, que garante cobertura em caso de acidente e licença-maternidade, por meio do INSS — além do direito a 30 dias de férias por ano, com passagens pagas pelo Brasil para os países de origem, e alimentação e moradia custeadas pelos municípios. Ao se mudarem, os médicos ainda receberam ajuda de custo, que variou de acordo com a região — o equivalente a três bolsas (R\$ 30 mil) aos destinados à Amazônia; a duas bolsas, para o Vale do Jequitinhonha, como exemplificou o diretor.

## ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO

Durante o treinamento, os médicos tiveram aulas de português e sobre o SUS, foram avaliados em relação ao domínio da língua portuguesa e fizeram visitas às Unidades Básicas de Saúde da região. No último dia de curso, foram submetidos a uma consulta médica simulada. O desempenho linguístico dos médicos foi acompanhado ao longo das três semanas pelos professores de português, por meio de duas avaliações: uma formativa, que se deu ao final da segunda semana; e uma final, realizada no último dia de curso. “Todas as avaliações tiveram caráter transdisciplinar e foram elaboradas por profissionais da área de Letras e de Medicina, numa parceria muito produtiva”, explicou o professor da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) Wilson Alves-Bezerra, integrante da coordenação político-pedagógica do Mais Médicos.

Para o cálculo de desempenho, foram



A brasileira Michelle, formada na Espanha: expectativa de aplicar os conceitos relacionados ao SUS, aprendidos no curso



Lisset e o marido Yusmel: de Cuba para Paquistão, Venezuela e, agora, a pequena Garrafão do Norte, no Pará

João, tutor do Mais Médicos: necessidade de aperfeiçoar programa do treinamento após a primeira experiência



considerados o conjunto de exercícios e atividades do módulo de avaliação (40%) e o teste final (60%). De acordo com Felipe Proenço, durante os três anos em que os médicos estiverem no programa, haverá um processo permanente de avaliação, que continua com o curso de Especialização em Atenção Básica. Dos 682 médicos da primeira turma, 11 ficaram em recuperação — quatro de Cuba, três da Venezuela, um da Bolívia, um da Argentina e um da Espanha. Um profissional, libanês, foi reprovado, retornando ao seu país.

O médico Rogério Oliveira criticou o formato do curso com aulas de português para os brasileiros. Para ele, o curso para os brasileiros formados no exterior deveria focar nas expressões médicas. “Existem alguns termos que se usa na Medicina em espanhol ou em outro idioma que em português mudam”, acrescenta.

Já para a maioria dos médicos estrangeiros que fizeram o curso em Brasília, as aulas de português não foram suficientes. “Poderiam enfatizar mais. Estamos mais preocupados com a comunicação, que é muito difícil”, considerou Martha Muñoz. Ela reconheceu que os cubanos entendem bem o português, mas têm dificuldades em falar o idioma.

## MELHORIAS

Tutor do Programa Mais Médicos em Brasília, o professor João Cavalcante Filho enumerou três pontos que poderiam ser melhorados no Módulo de Acolhimento: ampliar o contato com as equipes de saúde de forma mais prática para que os médicos pudessem vivenciar um pouco mais o cotidiano das equipes — no primeiro módulo foram apenas dois encontros; ampliar o curso de português, por exemplo, em relação ao preenchimento de prontuários e receituários, em vez de tratar das questões de saúde que são muito semelhantes entre os países; e ampliar o tempo para a resolução das questões individuais relacionadas à documentação. “Devemos rever a programação, pois essa foi a primeira experiência”, observou.

Entusiasmo e boas intenções à parte, muitos problemas permeiam a rotina dos médicos inscritos

no programa. Além de dar conta das atividades programadas pelo Ministério da Saúde, eles têm que lidar com a falta de informações precisas, problemas com pendências na documentação, dificuldade no repasse das bolsas e incerteza em relação ao deslocamento para os municípios aos quais se destinam, além da falta de detalhes sobre o início das atividades.

Michelle Melo conta que teve problemas com a documentação, e só foi informada que estava com pendências a uma semana do término do curso em Brasília. “Por que não me avisaram há dois meses para que as coisas pudessem ser feitas dentro do tempo adequado?”, questiona. Segundo ela, o Ministério da Saúde informou que a pessoa responsável pela análise da documentação não sabia que havia exigência de mais documentos, além dos que foram entregues. “Os brasileiros que estão aqui costumam dizer que o Mais Médicos está sendo feito do jeitinho brasileiro”.

Com Rogério Oliveira o problema foi de desencontro de informações quanto ao pagamento da bolsa. Ele diz que chegou a pensar em voltar para a Argentina, pois até o início da última semana do curso não havia recebido o pagamento. “As respostas foram falhas, passaram uma data para o pagamento e depois prorrogaram. Tive que pedir dinheiro emprestado para um amigo de Brasília. Esse jeitinho brasileiro é que me deixa indignado”, desabafa.

Michelle conta ainda que, a poucos dias do término do curso, muitos profissionais não sabiam para onde iriam. “Essas informações deveriam ser apresentadas em sala de aula”, considerou. Roxana Alvarez, por exemplo, havia sido informada pelos coordenadores do programa em Brasília que iria para a periferia do Rio de Janeiro. No entanto, segundo a lista oficial divulgada pelo Ministério da Saúde em 10 de setembro, a profissional havia sido alocada no Paraná, no município de Guarapuava.

Felipe Proenço explicou que foi necessário, em alguns casos, fazer a realocação de médicos, por conta da decisão de alguns municípios, inicialmente, de não aceitarem profissionais do programa sem que passassem pelo exame de revalidação do diploma. A prefeitura de Florianópolis chegou a publicar decreto nesse sentido, o que resultou na suspensão, em 6 de setembro, do programa no município pelo Ministério da Saúde. “Por isso, tivemos que remanejar alguns profissionais”, justificou.



A cubana Martha (acima), destinada ao município de Portel (PA); Roxana (ao lado): informação de última hora sobre mudança de cidade, do Rio para Guarapuava (PR)

FOTO: NATHÁLIA GAMBERO



# Mais polêmica

O programa Mais Médicos esteve cercado de polêmicas desde seu lançamento, em julho de 2013. Mas, debaixo da tão divulgada espuma de indignação por parte de entidades médicas, estavam críticas mais profundas e pouco visíveis feitas por sanitaristas. Em geral, reconheceu-se a importância de levar médicos a regiões com escassez desses profissionais, mas foram apontados problemas como os contratos temporários, sem concurso público.

“A necessidade de mais profissionais bem distribuídos geograficamente, inclusive médicos generalistas e especialistas, é real e premente. A decisão do Governo Federal de enfrentar o problema da má distribuição e da escassez de profissionais de saúde é um importante passo adiante”, apontou a nota assinada, em 24/7, pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rede Unida e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

“Superar os vazios de assistência à saúde da população brasileira, onde quer que ela esteja, é decisivo para a efetivação dos princípios do SUS que buscam garantir a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção, bem como a aplicação do preceito constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Há disparidades enormes na distribuição de médicos no nosso imenso território”, opinou também em nota o Conselho Deliberativo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Maior crítico do programa, o Conselho Federal de Medicina (CFM) argumentou que havia médicos em número suficiente no Brasil; a má distribuição seria decorrente de falta de infraestrutura e de uma carreira de Estado. “Os médicos querem ir para o interior se tiverem estrutura e carreira, assim como vão os juizes, os promotores e os militares. Se não há médico no interior, é porque não tem carreira de

Estado e estrutura. A culpa é da gestão incompetente e da falta de dinheiro”, afirmou o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Ávila, em agosto.

## EXAME NACIONAL

O órgão se opôs especialmente à vinda de médicos estrangeiros ao país e à derrubada da obrigatoriedade de esses serem aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida). A Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina chegaram a entrar com ação no Supremo Tribunal Federal (STF) para suspender o Mais Médicos. “A pretensão do Governo Federal não garante políticas públicas de qualidade e tem o condão de permitir o exercício irregular e ilegal da medicina no Brasil, eis que é sabido de todos que não existe revalidação”, apontaram.

“Nós não vamos permitir que a população brasileira seja atendida por médicos desqualificados e que não tiveram a sua competência avaliada”, disse, à época, Roberto d’Ávila. A frase mais emblemática do período, porém, veio do presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, João Batista Gomes: “Vou orientar meus médicos a não socorrerem erros dos colegas cubanos”. A afirmação apontava para omissão de socorro e afronta ao código de ética médica, como chegou a afirmar o ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Um mês depois da declaração, João Batista renunciou ao cargo, após a Justiça Federal determinar que o CRM-MG deveria conceder registros provisórios a médicos estrangeiros.

## XENOFOBIA

Os protestos das entidades atingiram o ápice durante a chegada de um grupo de médicos cubanos a Fortaleza, em agosto. Médicos brasileiros brancos, de jaleco, vaiavam e gritavam palavras

FOTO: AGÊNCIA BRASIL



O médico cubano Juan Delgado, entre a presidenta Dilma e o ministro Padilha: homenagem, depois da hostilidade sofrida na chegada ao Brasil



A chegada dos médicos estrangeiros, sobretudo cubanos, ao país foi rechaçada pelos conselhos de Medicina

como “escravos” e “incompetentes”, em uma espécie de corredor polonês. O fato ganhou as páginas dos jornais (ver pág. 24). “Não admitimos qualquer incitação ao preconceito e à xenofobia. Temos que receber de braços abertos médicos e médicas que aceitaram esse chamamento para vir atender à população brasileira que não tem médicos”, posicionou-se Alexandre Padilha, no mesmo dia. Principal vítima das agressões, o médico cubano Juan Delgado, foi homenageado, na cerimônia de sanção da Medida Provisória do programa, em 22 de outubro, pela presidenta Dilma Rousseff, que lhe pediu desculpas em nome do povo brasileiro.

A MP, que passa a ter efeito de lei (nº 12871) permite que o Ministério da Saúde emita registros para profissionais estrangeiros que ainda não obtiveram o documento por demora dos conselhos regionais de Medicina. Até então, somente os conselhos tinham o poder de emissão. O governo afirmou que, em alguns casos, os conselhos estavam exigindo mais documentos do que os habituais dos profissionais estrangeiros. Até 22 de outubro, 196 profissionais já haviam chegado às cidades nas quais se instalariam, mas estavam sem poder trabalhar por falta de registro.

### DISTORÇÕES HISTÓRICAS

À *Radis*, o diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão dos Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde e coordenador do Mais Médicos, Felipe Proenço, reforça que há uma série de evidências da escassez de médicos no Brasil: “A proporção de médicos por habitantes é de 1,8 por mil, enquanto em países vizinhos ou com sistemas universais de saúde esse número é muito superior, como na Argentina (3,2), em Portugal (3,9) e no Reino Unido (2,7)”.

Além da defasagem na comparação internacional, Proenço indica que a profissão vive momento de pleno emprego, com índice de desocupação variando entre 0,5 e 1,2. “Quando comparamos os dados do Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho, concluímos que grande parte dos egressos de Medicina já sai da faculdade com dois empregos”, informa. “É papel do Ministério da Saúde corrigir distorções históricas e suprir as carências de mais de 4 mil municípios”.

Entre os sanitaristas, preocupou a forma de contratação dos médicos [ver pág. 20]. “É um contrato ilegal e as condições de recrutamento parecem inventadas para *espantar* os eventuais candidatos”, avaliou o professor titular de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Gastão Wagner de Sousa Campos.

### CONDIÇÕES

Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Nelson Rodrigues dos Santos listou nove condições para a adesão/fixação de equipes

FOTO: ASCOM/ FIOCRUZ BRASÍLIA



Proenço: é papel do Ministério da Saúde corrigir distorções históricas e suprir carências de mais de 4 mil municípios

multiprofissionais de saúde no SUS: a existência de redes; condições de trabalho atrativas; ingresso por concurso e outros processos seletivos públicos, com carreira e remuneração justos e atrativos; vagas com perfil definido em cada município e região de saúde segundo as necessidades da população; educação permanente; autonomia gerencial e orçamentária, com participação dos trabalhadores; acesso às tecnologias; ordenamento estratégico das regiões de saúde; e vontade política governamental e compromisso junto à sociedade.

Felipe Proenço responde que o programa é “a solução necessária para este momento”, o que não inviabiliza o apoio à carreira com dedicação exclusiva no SUS, com participação de estados e municípios. Ele lembra que todas as ações que questionaram a legalidade do Mais Médicos na Justiça foram derrubadas. A forma de vinculação ao programa, diz, leva em conta a combinação ensino-pesquisa: “Os contratados são profissionais em aperfeiçoamento, cursando especialização, com acesso à Telessaúde, e ganham bolsa, têm direito a 30 dias de descanso anuais, previdência social e licença-maternidade”.

De acordo com balanço divulgado pelo Ministério da Saúde em 15 de outubro, além dos 1.020 profissionais já em atuação em 577 municípios, 2.597 estavam prontos para iniciar suas atividades. A previsão é que, até o final de março de 2014, 13 mil médicos brasileiros e formados em outros países estejam vinculados ao programa. (B.D.)

Médicos brasileiros não participantes do programa do governo realizaram protestos por todo o país

FOTO: AGÊNCIA BRASIL



# Contratação dos profissionais leva a debate sobre carreira

Liseane Morosini

Uma das principais críticas ao programa Mais Médicos recai sobre a forma de contratação dos profissionais estrangeiros — a bolsa, no valor de R\$ 10 mil mensais líquidos, concedida pelo governo brasileiro, mais ajuda de custo, conforme a região, para o profissional instalar-se no município, seguro de vida e previdência. No caso dos cubanos, o acordo de cooperação, ainda mais criticado, foi feito por meio da Organização Panamericana de Saúde (Opas) que recebe o dinheiro e repassa para o governo de Cuba. De acordo com o Ministério da Saúde, os convênios nos mesmos moldes efetuados por Cuba com outros países têm margem de retenção entre 25% a 40% do valor total destinado ao profissional, o que resulta em pagamento de R\$ 2,5 mil a R\$ 4 mil ao médico cubano.

O formato é questionado pelo diretor jurídico da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde (CNTS), Joaquim José da Silva Filho. Embora afirme que o programa é bem-vindo, ele considera que a contratação fere a Constituição e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). “É ilegal e inconstitucional. A legislação determina que se apliquem as mesmas regras para brasileiros ou estrangeiros que trabalhem em solo brasileiro”, diz ele. O advogado vê vínculo empregatício na proposta do governo, e, assim, além da remuneração, seria necessário prever encargos legais e benefícios como 13º salário, aviso prévio, hora-extra, adicional noturno e fundo de garantia, entre outros. “Os médicos não vão usufruir dos benefícios que qualquer trabalhador regido pela CLT usufruiria, e isso fere as leis trabalhistas que defendemos”, observa. No caso dos cubanos, em especial, ele entende que há uma “terceirização fraudulenta”, com regime “análogo ao da escravidão, de exploração”.

## PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

A presidenta do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Ana Costa, vê no programa Mais Médicos o mérito de ir de ao encontro de interesses corporativos até hoje enfrentados de forma pouco corajosa pelo governo. Os aspectos positivos estão, no entanto, ao lado de problemas na contratação dos profissionais a partir da precariedade do contrato

estabelecido, como observa. “Dada a urgência e a necessidade da população, hoje, é aceitável a contratação por bolsa. Mas será intolerável, inaceitável e irresponsável se o governo simultaneamente não tiver um plano de cargos e salários de profissionais do SUS”, diz. Segundo Ana Costa, a contratação sem garantia profissional, sem direitos trabalhistas e centralizada pode tornar o programa caótico e significar “um tiro no pé”.

A lei do Mais Médicos sancionada pela presidenta Dilma em 22 de outubro não traz grandes alterações ao texto original enviado para a Câmara dos Deputados, tendo sido mantida a permissão para que médicos formados no exterior possam atuar no Brasil por determinado período sem a revalidação do diploma. A principal mudança foi a transferência da responsabilidade pela emissão dos registros provisórios, antes dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e agora do Ministério da Saúde.

Os estrangeiros participantes do programa recebem do Ministério da Saúde o registro único, declaração provisória para exercer suas atividades nos municípios até que a carteira de registro fique pronta. Essa carteira funcionará como cédula de identidade médica elaborada especificamente para o programa e autoriza o exercício da Medicina exclusivamente na atenção básica.

Após os meses de embates entre governo e entidades médicas, o Conselho Federal de Medicina se disse favorável à aprovação da medida, já que os conselhos não terão mais a responsabilidade pela atuação dos médicos estrangeiros.

Durante a cerimônia de lançamento da Lei, em Brasília, a presidenta Dilma Rousseff declarou: “Mais médicos nos postos de saúde significa menos doentes nos grandes hospitais, menos filas, melhor atendimento e profissionais menos sobrecarregados”. Em relação à formação, a Lei do Mais Médicos estabelece que os graduados em Medicina terão de fazer de um a dois anos de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingressar nas demais especializações. Além disso, ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação deverão se dar na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS.

Vendo na importação de médicos uma medida “urgente, paliativa e precária, com tempo de vencimento curto”, Ana entende que a obrigatoriedade de residências e de interiorização dos médicos pode ser a alternativa para muitas cidades pequenas. Contudo, insiste que é o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários para os trabalhadores do SUS que vai garantir a estabilidade do profissional nos municípios. “Nós temos três anos para constituir a carreira, fazer concurso e colocar profissionais lá dentro”, diz Ana, referindo-se ao tempo de duração do Programa Mais Médicos. “Se o governo ampliar o programa por mais três anos, vai prorrogar o debate que o SUS deixou

Exercício da profissão remunerado por meio de bolsas concedidas pelo governo brasileiro é alvo de críticas



FOTO: FELIPE PLAUŠKA

de cumprir há 25 anos”, afirmou. “Queremos mais 10% para a saúde para que medidas estruturantes, como o plano de carreira, sejam adotadas rapidamente”, disse em referência ao Movimento Saúde + 10 que reivindica investimento de 10% das receitas brutas da União para a saúde (Radis 131). O Cebes defende a criação imediata da carreira nacional nos moldes do definido pela Mesa de Negociação Permanente do SUS e, em nota publicada em 26/07, pediu mudanças na Lei de Responsabilidade Fiscal “que limita a capacidade dos municípios e estados para a contratação de profissionais de saúde que preferencialmente devem estar vinculados institucionalmente aos municípios”.

Mesmo levando em conta que o Mais Médicos propicia a necessária interiorização desses profissionais, Joaquim José entende que há uma visão privatista avançando sobre o SUS. Ele cita a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como forma de privatização e intervenção no sistema universitário. Em São Paulo, aponta ainda, as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) também privatizam o atendimento, desvirtuando os princípios do SUS. Ele entende que a imposição do governo em relação ao Mais Médicos criou atritos que poderiam ter sido evitados se o Ministério tivesse consultado as entidades médicas e envolvidas com o SUS antes do lançamento do programa. “O governo perdeu o cavalo selado”, considera.

As condições de recrutamento dos médicos do programa do governo também foram criticadas pelo sanitarista Gastão Wagner, professor da Unicamp, que, em artigo no site do Cebes, em 19/7, pouco tempo após o anúncio do programa, apontou que as contratações precárias são um dos principais problemas do SUS. Apontando aspectos positivos e pontos críticos no Mais Médicos, Gastão louva o propósito do governo de apoiar os municípios para provimento de médicos, mas considera que este “dá um péssimo exemplo ao insistir em recrutar pessoal de maneira canhestra, à margem da lei, sem segurança ao profissional”. Para ele, as condições de recrutamento “parecem inventadas para espantar os eventuais candidatos”. E observa que o contrato provisório fará com que médicos deixem suas atividades “por algo que terminará e o deixará com uma mão à frente e outra atrás”.

Gastão sugere que seja criada uma carreira do SUS, com cofinanciamento da União, estados e municípios, concursos realizados por estado da federação e obrigatoriedade de permanência no posto por período determinado. “Depois, antes de outro concurso, ele poderia escolher outra localidade ou outro posto. Como ocorre com juizes e promotores, há município sem juiz?”, considerou no texto. “Já é hora de se criar uma política de pessoal decente para o SUS. Temos recursos e proposições factíveis que combinam a cobrança de responsabilidade sanitária, para médicos e outros profissionais, com autonomia profissional”, escreveu.

### ‘MAIS SUS’

A nota divulgada em 24/07 por entidades como Abrasco e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) reforçou a

preocupação dos sanitaristas em não se restringirem as ações no campo da saúde à contratação de médicos. De acordo com a nota, o SUS demanda “carreiras de Estado para os profissionais de saúde, em regime de dedicação exclusiva, inicialmente para a atenção básica, com condições de trabalho adequadas e educação permanente, assim como políticas para a formação de profissionais tecnicamente competentes, socialmente comprometidos e eticamente responsáveis”. Com o Mais Médicos, atenuam-se, provisoriamente, alguns dos problemas do SUS, aponta o texto. “A convocação de profissionais-bolsistas não é uma estratégia eficaz de fixação de profissionais e seu caráter inerentemente contingencial não deve adiar as tarefas de estabelecer carreiras para o SUS”.

As entidades defendem o que chamam de “Mais SUS”, com “outras iniciativas estruturantes, que enfrentem as debilidades das atuais formações profissionais, assim como as distorções de um mercado de trabalho conformado pelo fetiche das tecnologias e pela força econômica do setor privado de serviços de saúde e dos produtores e fornecedores de equipamentos e insumos”.

### AÇÃO EMERGENCIAL

Para a conselheira suplente do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo Bartíria Lima da Costa, presidente da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), o Mais Médicos é uma ação emergencial e, assim, sua forma de contratação não deve ser alvo de críticas. “O programa não fere as leis trabalhistas brasileiras”, considera. Diante da falta de médicos, diz, é preciso ter profissionais com urgência para atender nas periferias e no interior. “É uma questão emergencial e não definitiva. Por isso o processo tem de ser diferenciado. O que temos de fazer é garantir aos médicos condições de trabalho e que sejam tratados adequadamente”.

Bartíria explica que a importação de médicos já havia sido discutida no Conselho Nacional de Saúde (CNS). “Tratamos do assunto com muita tranquilidade. Isso fortalece o SUS e a assistência à saúde”, observa. Para Bartíria, o Brasil precisa de atenção básica e não de hospital. “É necessário que o médico esteja todo dia na unidade de saúde para atender a população”, diz.

Em 7/8, o CNS aprovou moção de apoio ao Mais Médicos, recomendando, ao mesmo tempo, tal como outras entidades, que se formule e consolide um plano de cargos, salários e carreiras para todas as profissões de saúde “como estratégia eficaz de provimento e fixação de profissionais de saúde em todo país, no SUS”.



FOTO: SERGIO EDUARDO OLIVEIRA



FOTO: ACESSORIA DE IMPRENSA - UNICAMP-SP

Ana Costa (alto): programa é aceitável, dada a urgência, mas intolerável, sem plano de cargos no SUS; Joaquim José: há vínculo empregatício na proposta do governo

# A complexa formação do futuro doutor

Elisa Batalha

O curso de Medicina foi o primeiro em nível superior a ser criado no país, ainda no período colonial. A carreira é uma das mais procuradas pelos estudantes, com forte competição por uma vaga nos cerca de 200 cursos de graduação oferecidos hoje, que formam mais de 16 mil alunos por ano. Com o lançamento do programa Mais Médicos, questões relacionadas à formação desse profissional, debatidas no âmbito da saúde pública, vieram à tona para a opinião pública. Enfatizar a atenção básica, tomar os aspectos humanos como foco, sintonizar-se com as diretrizes do SUS, atuar de forma intersetorial são demandas ainda não atendidas na formação médica, como apontam estudantes, professores e pesquisadores.

Para a pesquisadora Maria Helena Machado, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Recursos Humanos e Saúde, da Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), a Medicina requer formação rígida, forte, complexa, que deve ser avaliada e controlada muito bem. No entanto, a formação não deve passar somente pela técnica, observa, ressaltando que a principal deficiência existente hoje nos currículos de Medicina é a “insuficiência de uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do país”.

As diretrizes curriculares de Medicina, descritas na Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (CNE/CES), de 7 de novembro de 2001, apontam para isso. De acordo com o texto, a formação deve “incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania”. Uma abordagem sintonizada com os

preceitos do SUS, que, no entanto, ainda não passa plenamente a formação. “Há uma resistência por parte das escolas em adequar os currículos e aderir a uma formação voltada para o SUS. Elas tendem a formar o médico na crença de que ele vai se tornar um profissional liberal, mas o SUS é a principal alternativa de trabalho dos profissionais”, afirma a pesquisadora.

O pesquisador da Ensp Eduardo Stotz vê uma inadequação entre formação profissional e serviço, situação que ainda está longe de se modificar. Coordenador do Fórum de Articulação com os Movimentos Sociais, Stotz lembra que as primeiras turmas baseadas nas diretrizes curriculares de 2001, só começaram a se formar recentemente. “Os alunos que estudaram segundo o projeto político pedagógico sintonizado com o SUS começaram a se formar a partir de 2007”, lembrou, durante evento realizado em setembro sobre formação médica (*Radis* 133).

## ESPECIALIZAÇÃO PRECOCE

Para se formar médico, o estudante passa seis anos na graduação, em período integral. As atividades incluem estágio de pelo menos 2.700 horas, em regime de internato, durante o quinto e o sexto anos, em hospitais-escola ligados ao SUS. Preveem, ainda, treinamento em serviço em Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção (atenção básica, de média e de alta complexidade) em cada área. Após a formatura, para se especializar, os alunos procuram cursar mais dois anos de residência médica. Isso, no entanto, não é obrigatório.

Alunas na residência de Gastro: graduação inclui estágio de 2.700 horas em regime de internato, mas especialização não é obrigatória



“A tendência que se observa hoje é a de buscar precocemente a especialização”, diz Maria Helena, observando que há áreas que vêm sendo deixadas de lado pelos médicos. Ela defende que a formação médica se ajuste mais adequadamente à atenção básica, de extrema importância e que precisa ser mais valorizada. “É a atenção essencial, fundamental. Não há nada de mais alta complexidade do que fazer um bom diagnóstico. Atenção básica é alta complexidade”, considera.

Para Maria Helena, a solução para fixar profissionais na atenção básica não passa pela criação de novas escolas e tampouco por estimular as residências em Saúde da Família e Comunidade. “Todo médico bem formado já deveria sair da graduação preparado para ser médico da família e da comunidade. É o que fundamenta a assistência, não é uma especialidade. É um grande campo de atuação do médico generalista. Junto com a formação, deve vir a valorização de quem atua nesse campo, em termos de salário, carreira, e prestígio”, declara.

### VISÃO HUMANISTA

Joana Moraes de Rezende, aluna de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), está no internato (estágio curricular da graduação), atividade que desenvolve no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ). “Procuro compreender o ser humano de forma integral, mas faço um curso, fora da universidade, de Humanismo voltado para médicos como complementação da minha formação”. Para a estudante, esse lado da formação fica deficiente na grade curricular. Joana, que se recorda bem da disciplina Atenção Integral à Saúde, cursada no terceiro período, pensa em trabalhar no interior. “Acho que sou um pouco utópica”, considera. Isso não significa, no entanto, que a remuneração adequada não seja levada em conta por ela, seja trabalhando em um grande centro urbano, seja indo para uma cidade pequena. “Gostaria de uma certa margem de segurança para manter o padrão de vida”, espera Joana.

“O SUS não seria minha única opção”, diz Vanessa Areco, colega de turma de Joana e já formada em Biomedicina. “A falta de estrutura desmotiva o profissional”, considera, dando o exemplo de um tomógrafo que ficou quebrado por mais de 35 dias no Hospital Universitário, atrapalhando o andamento do atendimento e obrigando a utilizar exames mais caros, como a ressonância magnética, por falta do aparelho.

Para o gastroenterologista João Nametala, preceptor da residência em Gastroenterologia e docente da graduação em Medicina na UFRJ, o Hospital Universitário é a principal referência para os estudantes do funcionamento do SUS. “Aqui eles têm uma visão do que é o sistema”, considera para ressaltar: “Mas talvez tenham uma visão enviesada, porque temos mais

recursos do que outras unidades em geral”. Perguntado se os alunos saem da graduação com uma visão completa do que seja o SUS, afirma: “Não há essa compreensão ampla”.

O médico ginecologista Crisólogo Martinho Mendes, formado pela Escola Latino-americana de Medicina (de Cuba) em Guiné Bissau, contou, durante evento na Ensp/Fiocruz, em setembro, que prestou serviço em comunidades desassistidas de seu país, encarando isso de forma natural. “Trabalhei seis meses sem salário em um lugar onde o transporte público passava apenas uma vez por dia”, relatou ele, aluno do mestrado em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. “Fiz isso para retribuir o investimento feito na minha formação”, considerou.

### CELEIRO

“O SUS é o celeiro para a formação, para a práxis e para o mercado de trabalho”, observa Maria Helena, ressaltando que o sistema de saúde brasileiro é o principal empregador dos médicos e profissionais de saúde. Ela defende que o currículo de todas as profissões de saúde tenha abordagem política e que a formação se dê com maior diálogo entre serviço e academia. “O médico é um ser político. O SUS tem que interferir na formação”, afirma.

A exemplo da Faculdade de Medicina da UFRJ, a maior parte das escolas médicas está concentrada nos grandes centros urbanos, principalmente das regiões Sul e Sudeste. Segundo Maria Helena, o número de vagas ofertadas nas graduações e especializações deveria adequar-se à necessidade do SUS em determinadas localidades. “Os trabalhadores da saúde têm que ser tratados como bens públicos. Estamos longe de ter isso como política de Estado, que dê ao profissional um sentido de futuro, de que trabalhar no SUS é algo para sempre”, observa. “A política de Estado deve incorporar a manutenção do profissional no interior, e isso passa pela discussão de um plano de carreira”.



FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Maria Helena: resistência das escolas em adequar currículos e aderir a uma formação voltada para o SUS

No internato da UFRJ, Vanessa (E) considera que falta de estrutura desmotiva o profissional, enquanto Joana planeja trabalhar no interior



# Na mídia, condenação demais, debate de menos

Ana Cláudia Peres

No final de agosto, a cena de um médico cubano negro sendo hostilizado por um grupo de médicos cearenses foi parar na primeira página de jornais e no noticiário televisivo do Brasil inteiro. Aos gritos de “escravos”, “incompetentes” e “voltem para a senzala”, alguns médicos brasileiros protagonizaram um espetáculo grotesco que revelou o baixo nível do debate em torno do programa Mais Médicos e sua busca por garantir a atuação de médicos na atenção básica em municípios distantes dos grandes centros. A maioria das matérias jornalísticas, no entanto, não foi muito além do factual.

Desde que foi anunciado no início de julho, o Mais Médicos tem sido pauta recorrente na mídia comercial. No entanto, a cobertura oscila entre um jornalismo declaratório e outro que, para alguns analistas, soa manipulador e revela ausência de discussão sobre a saúde pública. Em comentário no site do Observatório da Imprensa (2/9), o jornalista Luciano Martins Costa elenca a fragilidade dessa cobertura. Num jogo de palavras, sugere “*Mais médicos, menos manipulação*”, no título de um dos textos, e aponta uma série de equívocos cometidos pelos jornais para demonstrar que há, na imprensa brasileira, tendência a desqualificar o programa.

Cena do médico cubano hostilizado ao chegar ao Brasil foi para a primeira página dos jornais no final de agosto



REPRODUÇÃO

Em sua análise, Luciano registra o caso emblemático da notícia alardeada em manchete pela *Folha de S. Paulo*: “Prefeitos demitirão médicos locais para receber os de Dilma” (30/8). A matéria não ouvia o Ministério da Saúde e afirmava que onze municípios incluídos no programa estavam demitindo médicos brasileiros para contratação de estrangeiros. A matéria não informava que as cidades que tentassem fazer a troca seriam excluídas do sistema já que esse tipo de manobra é textualmente proibido no termo de adesão e compromisso assinado entre prefeituras e governo. Além disso, dias antes, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, já havia se manifestado em audiência na Câmara dos Deputados (14/8) informando que os municípios não poderiam substituir médicos próprios pelos profissionais pagos pelo programa federal.

A notícia da *Folha de S. Paulo* era tão difícil de se sustentar que, no mesmo dia, no portal de notícias UOL, o jornal desmentiu a informação e, no domingo (1/9), o ombudsman da *Folha*, Suzana Singer, deu um leve puxão de orelhas na redação pela inconseqüência da matéria.

Outro exemplo da cobertura tendenciosa foi a matéria de *O Estado de S. Paulo* (23/9) com o resultado de uma pesquisa sobre a rejeição do Mais Médicos pela maioria da população. A consulta fora encomendada, informava o texto, pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade Industrial (ICTQ). Essa empresa, no entanto, tem apoio da indústria farmacêutica, informação omitida na matéria. “Trata-se, portanto, de uma daquelas artimanhas do jornalismo segundo a qual um suposto dado objetivo, como o resultado de uma pesquisa, é apresentado como fato comprovador de uma opinião preexistente, omitindo-se do leitor o contexto que lhe permitiria relativizar a informação — no caso, o interesse específico da indústria farmacêutica”, escreveu Luciano Martins Costa, em outro artigo no Observatório da Imprensa (23/8).

Em outubro, quatro meses depois do anúncio do programa federal, as manchetes continuavam a pautar-se pelo apelo fácil. “Médicos são orientados a pedir voto contra Dilma”, noticiou *O Globo* em 14/10, reproduzindo declarações do presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino Cardoso, entidade que insiste em atuar contra o trabalho de profissionais estrangeiros.

Sob o pretexto de discutir a cobertura que a mídia comercial vem fazendo do Mais Médicos, o jornalista Alberto Dines propôs o *Mais Humanidade*, no site do Observatório da Imprensa (27/08). Com a provocação, Dines queria sugerir o que chamou de “um projeto de renovação jornalística para a imprensa brasileira”. Para ele, o noticiário nacional embarcou de corpo e alma numa cruzada “egoísta” e “antissocial” contra o programa, exercendo um jornalismo que mais demoniza do que explica. 

# Um intérprete do Brasil

*Pioneiro na atenção à saúde dos indígenas e no combate da tuberculose, Noel Nutels pensou a sociedade brasileira em sua diversidade e trouxe à tona questões ainda atuais*

Adriano De Lavor

“**E**u não clínico, não tenho consultório. Fazia malária e agora faço tuberculose. Minha mania: o índio”. Em uma frase, Noel Nutels resumiu sua vocação e definiu os interesses que moviam seu espírito irrequieto e comprometido com a saúde coletiva. Como poucos, esse médico imigrante, nascido há cem anos na cidade russa de Ananiev (hoje, na Ucrânia), soube interpretar o país que o acolheu e suas contradições. Pioneiro na criação

de um serviço de assistência médica às populações indígenas, dedicou-se ao combate de doenças que atingiam com maior incidência as populações de baixa renda, como tuberculose e malária.

“Ele foi um dos médicos intérpretes do Brasil”, definiu a pesquisadora Nísia Trindade Lima, vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, durante o seminário *Epidemiologia, sanitário, povos indígenas e controle da tuberculose: a atualidade da agenda de Noel Nutels*, promovido pelo grupo de pesquisa em saúde indígena e o Centro de Referência Professor Hélio

O ucraniano naturalizado brasileiro Noel Nutels (de pé), documentava em vídeo o seu trabalho: “mania de índio” e luta para que os indígenas fossem alvo de políticas públicas



FOTO: ACERVO COC/FIOCRUZ

o sanitarista com claudio Villas-Bôas (E): formação do Parque Nacional do Xingu e visibilidade para o Brasil Central



FOTO: REPRODUÇÃO/FUNAI

Ações de saúde voltadas aos índios e às populações rurais de difícil acesso: linguagem acessível e sem imposição do saber médico

## DILEMAS E MAZELAS

Com a mudança da família para o Recife, nos anos 1920, o jovem Noel estudou Medicina e conviveu com intelectuais do porte do escritor capixaba Rubem Braga (1913/1990) e do compositor pernambucano Capiba (1904/1997), frequentadores da pensão que o pai Salomão instalara na rua Gervásio Pires, ao lado da sede do jornal *Diário de Pernambuco*, do grupo Diários Associados, de Assis Chateaubriand.

Em 1936, já médico, mudou-se para o Rio de Janeiro, então capital da República, onde se juntou a um grupo de intelectuais que incluía o jornalista paulista Samuel Wainer (1910/1980) e o pintor carioca Di Cavalcanti (1897/1976).

O grupo criou o periódico semanal *Diretrizes*, que discutia “dilemas e mazelas que estigmatizavam o nosso país”, como descreve Carlos Henrique. A experiência permitiu a Noel Nutels estreitar laços com escritores e pensadores que contribuíram para a conformação da identidade nordestina e brasileira — como o baiano Jorge Amado (1912/2001), o alagoano Graciliano Ramos (1892/1953), o paraibano José Lins do Rego (1901/1957), a cearense Rachel de Queiroz (1910/2003) e os pernambucanos Austregésilo de Athayde (1898/1993), Manuel Bandeira (1886/1968) e Gilberto Freyre (1900/1987), além do mineiro Afonso Arinos de Melo Franco (1905/1990) e do gaúcho Érico Veríssimo (1905/1975).

## MALÁRIA E SERTÕES

Em 1941, já naturalizado brasileiro, o médico mudou-se para Botucatu (SP) e uniu-se às equipes do Instituto Experimental Agrícola, naquela cidade, para depois dedicar-se ao combate da malária na Baixada Fluminense, trabalhando em um pequeno posto de saúde na estrada que ligava Rio de Janeiro a São Paulo. A experiência foi decisiva para que se engajasse, em 1943, na Expedição Roncador-Xingu — na qual atuou, como médico, ao lado dos sertanistas paulistas Orlando (1914/2002), Cláudio (1916/1998) e Leonardo Villas-Bôas (1918/1961) e do antropólogo mineiro Darcy Ribeiro (1922/1997), e contribuiu para a formação do Parque Nacional Indígena do Xingu. “Nessa época, ele já defendia que o Brasil Central não era despovoado”, relata Nísia Trindade, lembrando que a atuação do sanitarista contribuiu para dar maior visibilidade aos problemas da região e de seus habitantes, e condições, inclusive, para que a saúde indígena se tornasse alvo de política pública. Noel Nutels documentou seus trabalhos junto aos índios, com sua câmera 16 milímetros, realizando 34 filmes, que totalizaram aproximadamente cinco horas de documentário.

## SAÚDE INDÍGENA

A expedição também permitiu que Noel Nutels iniciasse seu trabalho de combate à tuberculose e fortalecesse sua formação de sanitarista. Em 1947, promoveu a primeira vacinação em massa contra a doença (BCG) do planeta em campos distantes das fronteiras da civilização, como registrou Carlos Henrique. Quando Noel começou a frequentar a

Fraga, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em abril de 2013. Por ter pensado a sociedade brasileira em sua diversidade étnica e racial e levantado questões ainda atuais, Noel Nutels é uma das personagens do livro que Nísia está organizando com o pesquisador Gilberto Hochman, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), sobre os médicos intérpretes do Brasil.

## PARAÍSO TROPICAL

Em 1921, o sanitarista desembarcou aos oito anos de idade no Recife (PE), a bordo do cargueiro Madeira, com a mãe Berta e uma tia. Vinham encontrar o pai, Salomão, que partira em 1912, rumo à América do Sul, e se estabelecera no povoado de Laje do Canhoto, em Alagoas. A família fugia dos violentos *pogrons* — massacres contra os judeus, que varriam a Rússia — e ansiava por nova vida no que imaginava ser um paraíso. “Aqui ele trocou o russo e o iídiche pelo português, a neve e o frio quase polar pelo calor sem pausas e, finalmente, o medo da perseguição milenar por uma certa visão idílica de nosso país”, narra o historiador Carlos Henrique Paiva, pesquisador da COC/Fiocruz, no artigo *A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels*, publicado em 2003 na revista *História, Ciências, Saúde*.

Carlos Henrique conta que, anos depois, Nutels teria dito que, antes de iniciar a viagem, o que ele imaginava sobre seu destino era “um paraíso situado numa região remota cujo nome, *Zudamérica*, significava avesso de *pogrom*, fome e pobreza”.

especialização em Tisiologia Social e Sanitária, em 1951, seu trabalho já era reconhecido em todo o país, conta o pesquisador.

Já sensibilizado pelas questões de saúde dos índios do alto Xingu e do Araguaia, Noel buscou criar uma infraestrutura de atendimento à saúde para essas populações. “Na região do Araguaia, um dos problemas de saúde mais sérios, entre os Carajás, era a tuberculose”, descreve a médica Dina Czeresnia Costa, pesquisadora da Ensp/Fiocruz, no artigo *Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas*, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, em 1987. Segundo Dina, Noel defendia a criação de uma “cortina sanitária” que isolasse os índios das doenças trazidas pelo contato e para as quais não tinham adquirido resistência. Além disso, propunha um programa simultâneo que atendesse as populações do entorno. Seus esforços renderam resultados. Ao fim do curso, Noel foi contratado pelo Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) e instituiu o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), que coordenou desde o início, em 1956, até sua morte, em 1973.

O objetivo do serviço, prestado com o apoio da Força Aérea Brasileira, era promover ações de saúde voltadas aos índios e às populações rurais de difícil acesso. Com apenas uma aeronave, a equipe formada por clínico geral, dentista, oftalmologista, operador de raios X, laboratorista e auxiliares contabilizou, de acordo com informações levantadas por Carlos Henrique em jornais da época, 33.474 atendimentos em apenas seis meses de funcionamento. “Nas visitas realizadas em localidades das regiões Norte e Nordeste, o Susa elaborou diversos cadastros torácicos, vacinações por BCG, antivaríola, antiamarilica e exames diversos de assistência dentária e oftalmológica”, enumera o historiador em seu artigo.

## LINGUAGEM ACESSÍVEL

A estratégia do Susa era driblar as dificuldades com criatividade, utilizando a literatura de cordel como material educativo e estimulando a adesão das pessoas por meio de shows de música, por exemplo. A postura refletia o perfil de Nutels, que usava linguagem acessível e não acreditava que medidas técnicas impostas pelo saber médico dessem resultado no esclarecimento de como se dava o contágio e o tratamento do “mal-dos-peitos”, como analisa Carlos Henrique.

A perspectiva de trabalho, articulada com o pensamento dos irmãos Villas-Bôas, também foi importante para que se articulasse a defesa de que os índios necessitavam, além de assistência médica, manter seus modos tradicionais de subsistência econômica, de modo a garantir sua sobrevivência, identidades étnicas e estilos de vida — justificativa que reforçou a proposta da criação do Parque Nacional do Xingu, efetivada em 1961.

Durante o seminário promovido pela Ensp, o historiador Antônio Carlos Souza Lima, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), chamou atenção para a aproximação que Noel Nutels promoveu da Saúde com outras áreas do conhecimento, refletidas nas ações de prevenção

que não privilegiavam a atenção às doenças tropicais, exigiam médicos mais sensíveis às questões antropológicas e a contratação de antropólogos e linguistas para integrarem as equipes do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que dirigiu no fim de 1963. “No momento em que a Saúde Pública tematiza a área indígena, aparecem os estudos antropológicos que tratam do contato interétnico”, situou.

## QUADROS ATUAIS

O médico Paulo Cesar Basta, pesquisador da Ensp/Fiocruz, reforçou a atualidade do pensamento de Noel Nutels. Ele esclareceu que os quadros descritos pelo sanitarista em relação à tuberculose entre indígenas continuam atuais. Estudos evidenciam uma contaminação maior do grupo em relação à população geral e indicam que o combate tem que considerar as causas estruturais. “É preciso entender que comprimidos não matam a fome; o trabalho termina e a vulnerabilidade continua”, alertou. Paulo Cesar. As circunstâncias de trabalho não são tão diferentes da época, afirmou, lembrando que é preciso ainda considerar a especificidade da experiência de adoecimento entre indígenas — que em alguns casos dissocia o fenômeno das razões médicas e científicas.

No que diz respeito ao enfrentamento dos problemas de saúde que acometem os indígenas, a médica Luiza Garnelo, pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia), também considerou atuais os ensinamentos de Noel Nutels, em especial, por já levarem em conta o que ela conceitua como “condições de vida”. Em sua avaliação, esse é um conceito operativo, por considerar hábitos e conjunto social. “Se os índios são muito diversificados, os serviços de saúde não são”, criticou.

Carlos Henrique resumiu o que a experiência de Noel Nutels traz de contribuições para o momento atual: criatividade para enfrentar a burocracia pública; acionamento das redes sociais; uso de novas tecnologias, tendo em vista fins públicos e sociais; união dos saberes científico e popular, e da prevenção com a reabilitação, além da articulação intersetorial. Pesquisador do grupo de saúde indígena da Ensp, o biólogo Carlos Coimbra reforçou: “Nutels soube usar a tecnologia com os pés no chão. Deveríamos aprender com ele”, recomendou. 

## SAIBA MAIS

*A majestade do Xingu* (Companhia das Letras). Moacyr Scliar

*O índio cor de rosa — Evocação de Noel Nutels* (Codecri). Origenes Lessa

*Noel Nutels: memórias e depoimentos* (José Olympio). Antonio Houaiss

*Política Indigenista e assistência à saúde — Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas*. [www.scielo.br/pdf/csp/v3n4/v3n4a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n4/v3n4a03.pdf)

*A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels*. [www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19302.pdf](http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19302.pdf)

Noel Nutels. [www.funai.gov.br/indios/personagens/nutels.htm](http://www.funai.gov.br/indios/personagens/nutels.htm)

Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, que Noel coordenou até sua morte: vacinação, exames e assistência dentária e oftalmológica

FOTO: ACERVO COC / FIOCRUZ



# A urgência do planeta ainda em segundo plano

*Resultado da 68ª Assembleia Geral da ONU mostra que definição da agenda do desenvolvimento pós-2015 ainda está mais nas intenções do que nas ações*

Eliane Bardanachvili

Quem vai fazer o quê? De que maneira? Com que recursos? Perguntas como essas continuam no ar, apesar dos bem-vindos compromissos reafirmados pelos 130 chefes de Estado reunidos na 68ª Assembleia Geral das Nações Unidas, de 23 a 25 de setembro, em Nova York (EUA), com um desenvolvimento sustentável para o planeta. Eles participaram, no dia 24, da primeira reunião do Fórum Político de Alto nível, constituído a partir da Rio+20, em 2012, para garantir o diálogo entre os países e o compromisso com a sustentabilidade, e, no dia 25, do Evento Especial (*Special Event*), convocado pelo presidente da assembleia geral, John Ashe, e do qual resultou um documento de três páginas. Na abertura do texto, ressaltam seu “senso de urgência e determinação, com menos de 850 dias restantes para se alcançarem os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs)”, referindo-se ao prazo de 2015, e a determinação em construir uma “forte agenda do desenvolvimento”, posterior, que será representada pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Desde 2001, os países pautam-se pelos oito ODMs estabelecidos em 2000 pelas Nações Unidas, com base na Declaração do Milênio, assinada por 191 chefes de Estado. No documento de setembro, eles registram sua preocupação com as dificuldades de

alguns países em alcançar esses objetivos e com “os imensos desafios que ainda restam” nesse sentido. Resolvem, ainda, que a agenda pós-2015 deverá “reafirmar o compromisso da comunidade internacional com a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável”. Essa nova agenda vem sendo discutida e gestada desde a Rio+20, quando se registrou grande frustração da sociedade civil (*Radis 121*) com o não imediatismo das propostas do documento final *O futuro que queremos*. Agora, a expectativa depositada no documento resultante da reunião do Fórum Político, na 68ª Assembleia Geral também não foi correspondida.

“A declaração é muito frágil”, considera o coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss, à frente do Grupo de Trabalho sobre Saúde e Ambiente, da Fiocruz, criado em fevereiro de 2012, para acompanhar os documentos preliminares da Rio+20 e trabalhar pela inserção da temática da saúde em seu sentido ampliado na Agenda de Desenvolvimento pós-2015. O GT vem publicando estudos e análises com propostas nesse sentido, de modo a oferecer subsídios à concretização de uma agenda que de fato promova as transformações no modelo de desenvolvimento predador em curso. “Não avançaram muito a não ser pelo fato de que reafirmaram os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio e os compromissos já estabelecidos. Isso é positivo, mas está aquém do que se esperava da

Erradicar a pobreza está no centro dos compromissos que chefes de Estado renovaram, mas encaminhamento não corresponde à urgência das demandas



primeira reunião desse fórum”, analisa, destacando, no entanto, a fala da presidenta Dilma Rousseff na abertura da Assembleia Geral (íntegra no site do Programa Radis), na qual, reportando-se à Rio+20, afirma a erradicação da pobreza extrema como orientação essencial dos ODSs (“O grande passo que demos no Rio de Janeiro foi colocar a pobreza no centro da agenda do desenvolvimento sustentável”, disse Dilma). Paulo alerta, no entanto, que o “caráter reiterativo dos chefes de Estado é pouco para as necessidades urgentes que temos”. Para Paulo, “no campo do ideário, pode-se dizer que está havendo mudanças, mas para a urgência de questões ambientais, como o câmbio climático, pobreza, concentração de renda, é um movimento muito aquém do necessário”.

## SEM METAS CLARAS

O documento final da 68ª Assembleia Geral das Nações Unidas, bem como a discussão sobre sustentabilidade e constituição da agenda pós-2015 ali travada deu-se a partir do relatório *Uma nova parceria global: Erradicar a pobreza e transformar economias por meio do desenvolvimento sustentável*, resultante do trabalho do Painel de Alto Nível formado por representantes de 27 países, nomeados pelo secretário geral das Nações Unidas, Ban Ki-moon, logo após a Rio+20 (o Brasil integrou o painel tendo como representante a ministra do Meio Ambiente, Izabella Teixeira). Esse relatório propôs uma agenda universal para erradicar a pobreza extrema no mundo até 2030, pregando a união de todos os países em favor de uma nova parceria global.

Entregue a Ban Ki-moon em maio deste ano, o documento estabeleceu para debate doze objetivos universais — erradicar a pobreza, promover a equidade de gêneros, prover educação de qualidade em caráter permanente, assegurar vidas saudáveis, assegurar nutrição e segurança alimentar, alcançar o acesso universal a água e saneamento, assegurar energia sustentável, assegurar trabalho decente, vidas sustentáveis e crescimento equânime, gerir os recursos naturais com vistas à sustentabilidade, assegurar boa governança, assegurar sociedades estáveis e pacíficas e criar um ambiente global propício, no que diz respeito também aos aspectos econômicos. Apesar de a Saúde estar presente em um dos objetivos (o de número 4 — assegurar vidas saudáveis), as metas em que este se desdobra pouco dão conta de sua abrangência.

Paulo Buss observa que, de forma geral, o documento do Painel de Alto Nível é pobre no estabelecimento de metas mensuráveis, com vistas a definir e cobrar responsabilidades, e traz formulações genéricas (“não deixar ninguém para trás, inserir o desenvolvimento sustentável no centro da agenda, transformar economias para criar emprego e crescimento inclusivo, construir a paz e instituições efetivas, abertas e responsáveis para todos e forjar uma nova aliança global”). “O todo do documento é melhor do que quando se traduz em metas. Tem ideário bom, mas tradução pobre, fica na retórica”, analisa Paulo. “Propõe erradicar a pobreza extrema, mas não faz menção, a não ser genericamente, à equidade, portanto, vamos continuar com uma sociedade de classes, com rendas muito diferentes; não toca de maneira objetiva em pontos importantes e

transformadores, como a mudança no padrão de produção e consumo; pouco mexe nas questões do comércio, nas transações financeiras internacionais, que tantos malefícios trouxeram para a questão da crise econômica, que reconhecidamente impactou na saúde da população em todos os países do mundo”, enumera. “Nada propõe que reduza as grandes desigualdades, que todos reconhecemos são importantes para manutenção do *status quo*”.

## SEM INTERSETORIALIDADE

Faltou, ainda, no relatório, considera Paulo, ênfase na importância de uma atuação intersetorial. “Não basta cada setor operar corretamente, se não houver diálogo entre eles. Afirma-se que vai-se reduzir a mortalidade, mas não se diz como. E é preciso dizer: pela segurança alimentar, pela governança, pela educação”, diz Paulo. “Cada setor atua segundo seus interesses, que acabam sendo os interesses do capital, que captura governos, principalmente os mais desenvolvidos, nos quais a essência do capital está localizada. E não avançamos”, observa.

A expectativa era que os chefes de Estado reunidos em setembro avançassem no conteúdo do relatório. No entanto, isso não ocorreu. “Foi um fato político, apenas”, diz Paulo. “Tudo foi transferido para 2015, o que é pouco para o tamanho da urgência que temos. Foi uma reiteração de compromissos, o que é muito bom, mas nada definido de imediato, com propostas”. Paulo lembra que houve postura semelhante durante a Rio+20, quando os países desenvolvidos, Canadá e Estados Unidos à frente, resistiram à ideia de criação de um fundo de 30 bilhões de dólares ao ano, para viabilizar o desenvolvimento sustentável (*Radis* 121).

## IMPOSIÇÃO

O trabalho para se chegar a consensos, no entanto, é meticuloso e complexo, considera o presidente do Centro Mundial para o Desenvolvimento Sustentável Rio+, o epidemiologista Rômulo Paes de Sousa, sobre o processo rumo ao estabelecimento da agenda pós-2015. “É preciso encontrar o ponto correto”, analisa Rômulo, à frente da entidade criada pela ministra Izabella Teixeira durante a Rio+20 e que começou a operar em junho deste ano, com vistas a promover o intercâmbio de conhecimentos e o debate internacional sobre o desenvolvimento sustentável econômico, social e ambiental. “É importante refletir até que ponto um conteúdo mais prescritivo na questão da governança pode implicar imposição para alguns países”, pondera. Rômulo lembra que os novos compromissos com os ODSs valerão para todos os países (os ODMs voltam-se à erradicação da pobreza em países em desenvolvimento), havendo, por isso “uma preocupação com o gradualismo”.

Ele observa que, desde a Rio+20, alguns países manifestaram desejo por mais assertividade nas definições. “Essa é a crítica que a sociedade

FOTO: VALTER CAMPANARO / AGÊNCIA BRASIL

FOTO: PETER ILLICREV / ICICI / FOCRUZ



Rômulo (alto): é preciso encontrar a melhor forma de construir consensos; Paulo: “Não está em questão a transformação, mas a acomodação”

## SAIBA MAIS

Relatório do Painel de Botswana sobre Saúde [www.worldwewant2015.org](http://www.worldwewant2015.org)

Report of the Global Thematic Consultation on Health (relatório com as contribuições sobre Saúde para o Painel de Alto Nível) [www.worldwewant2015.org/health](http://www.worldwewant2015.org/health)

Relatório do Painel de Alto Nível das Nações Unidas [www.un.org/sg/management/pdf/HLP\\_P2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf)

Evento Especial (Special Event on the MDGs) [www.un.org/es/sg/pdf/hlp\\_report\\_post2015\\_sg.pdf](http://www.un.org/es/sg/pdf/hlp_report_post2015_sg.pdf)

Revista *Radis* 110, 113, 118 e 121 [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)

Íntegra do discurso da presidenta Dilma Rousseff [www.onu.org.br/img/2013/09/Brasil-UNGA.pdf](http://www.onu.org.br/img/2013/09/Brasil-UNGA.pdf)

Site de participação na consulta global sobre os ODSs [www.worldwewant2015.org](http://www.worldwewant2015.org)

civil faz e cabe à sociedade civil fazer”, analisa. A edição 121 da *Radis* com cobertura da Rio+20, cuja matéria de capa teve como título *Menos que o mínimo*, apontou essa crítica. Rômulo expressa a necessidade de se levar em conta a complexidade dos debates. “Qual a melhor forma de construir consensos?”, indaga, ressaltando que é preciso levar em conta que os interesses podem ser distintos.

Ele lembra que, no caso da elaboração dos ODMs, houve momento especial de construção de consensos. “Isso agora é novamente colocado: metas que sejam amplas e graduais, respeitem o contexto atual, tenham representatividade e não desconheçam o que se alcançou e se deixou de alcançar com os ODMs”, resumiu. “Os ODM se constituíram em uma experiência positiva para que se pudesse forjar esse entendimento. E o que vem após 2015 tem a responsabilidade de buscar o mesmo grau de coesão, e requer uma atualização de agenda além da incorporação dos avanços alcançados do ponto de vista técnico e de gestão de políticas públicas”, enfatizou.

### COMPETITIVIDADE

Rômulo considera que os documentos mais recentes relacionados à agenda pós-2015 expressam a urgência em se estabelecerem modelos mais racionais de produção e consumo. “O que acontece é que há vários interesses envolvidos, e os países buscam encontrar o melhor momento de embarcar nessa política sem perder a competitividade”, analisa, observando que alguns setores da economia são muito ativos e querem ter a certeza de que não perderão competitividade em determinados encaminhamentos. “Nosso trabalho de convencimento é mostrar que adotar medidas mais racionais é bom, vale a pena. O debate político é absolutamente positivo”.

Ele observa que o processo de definição da agenda pós-2015 vem ocorrendo conforme o

esperado, respeitando-se o cronograma de eventos e de conclusão de documentos norteadores, rumo às negociações entre os países e a produção de entendimento. Nesse processo, ressalta, o Brasil é tido como liderança reconhecida. “Os países esperam participação ativa do Brasil, tanto no debate técnico, quanto no processo político”.

### TRANSFORMAÇÃO X ACOMODAÇÃO

“Não está em questão a transformação, mas a acomodação”, analisa Paulo Buss. “Uma coisa é pensar em transformar profundamente e outra é mitigar. São visões políticas diferentes”. Para Paulo, o Brasil tem feito um bom trabalho, embora pudesse ser mais veemente na indicação de caminhos e providências. “Mas o país não quer ficar com essa carga, uma vez que, na verdade, todos precisam se comprometer. O Brasil acaba dançando conforme a música”, observa, reconhecendo, no entanto, pelo discurso da presidenta Dilma, que ela tem noção da importância do desenvolvimento dirigido pelo Estado — não pelo capital. “Os ataques que o governo brasileiro vem sofrendo não são originários de outro lugar político que não o de se querer reduzir o papel do Estado na economia brasileira. As críticas ao tamanho das arrecadações, de que o serviço não fica à altura, isso tudo é resultado desse embate político sobre quem terá maior influência na gestão do desenvolvimento”, analisa.

### AGENDA E PRESSÃO

Até 2015, novos eventos se realizarão e novos documentos serão tirados, com vistas à definição dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que orientarão os países até 2030. Até lá, a sociedade civil deve estar mobilizada para influenciar gestores e governantes no encaminhamento dos trabalhos. Este mês, nos dias 18 e 19, realiza-se, na Cidade

## Os ODMs em questão

**A** concisão, objetividade e facilidade de comunicar realçadas como qualidades dos oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, constituídos em 2000 pelas Nações Unidas, também

representam seu maior problema, analisa a economista do desenvolvimento e professora de Relações Internacionais da New School University, Sakiko Fukuda-Parr. Em palestra ministrada na Ensp/Fiocruz em agosto, ela convidou a olhar com mais cuidado para os ODMs, tão elogiados nos documentos produzidos para orientar a próxima agenda pós-2015 e a construção

dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs).

“Os ODMs simplificam demais problemas complexos e deixam de lado especificidades dos diferentes países”, considerou a pesquisadora. “O problema dos ODMs é o slogan”, apontou, explicando que os objetivos deveriam ter pesos diferentes para cada país. “Por que um dos objetivos é *toda criança na escola*? Isso é importante para a Guiné Bissau, mas não é importante para o Brasil. Há um reducionismo, uma simplificação”, considerou, também percebendo que o debate sobre equidade não está no espectro dos ODMs.

Para ela, comunicar a partir de frases curtas a fim de mobilizar distorce as prioridades políticas, e usar o cumprimento dos objetivos como forma de definir se um país foi ou não bem sucedido em suas ações é injusto. “Quase todos os países africanos

estão progredindo independentemente de terem atingido os objetivos”, exemplifica.

Os indicadores para medir se os objetivos foram atingidos ou não também receberam críticas da pesquisadora. “Estar abaixo do peso não é um bom indicador de nutrição, uma vez que a pessoa pode estar no peso, mas ter alimentação calórica”, analisou.

Para Sakiko, a experiência com os ODMs foi bem sucedida no sentido de unificar esforços pelas prioridades globais, mas, na busca de se estabelecerem poucos objetivos, algumas questões importantes foram excluídas, tais como a violência contra a mulher, a participação feminina no mercado de trabalho, outros níveis de educação, além do primário, como a educação infantil e o ensino técnico. “Há uma sombra sobre esses temas, que ficaram negligenciados”. (E.B.)

FOTO: PETER LUCIERV/ICICT/FIOCRUZ

do Panamá, a Reunião Regional de Consulta, na qual representantes da sociedade civil da América Latina e Caribe discutirão a agenda pós-2015 em preparação para a da 15ª Sessão do Fórum Global de Grupos Principais e Atores Relevantes (GMGSF, da sigla em inglês), que debaterá o tema, em nível mundial, em junho de 2014. Em 2015, os chefes de Estado estarão reunidos em uma cúpula de alto nível, na qual os ODSs serão aprovados.

Além disso, segue em andamento uma consulta global via internet pelo site [www.worldwe-want2015.org](http://www.worldwe-want2015.org), na qual são propostos 16 temas para debate, para que sejam escolhidos seis como prioritários. A votação vai até o fim de 2014.

“Muito do que se terá na agenda pós-2015 vai depender da mobilização da sociedade civil”, ressalta Paulo Buss. “A academia pode ajudar, subsidiando

o entendimento dessas questões, com base em evidências, que demonstrem que não se trata apenas de movimentos ideológicos, mas que a saúde humana está prejudicada por todo o quadro atual. Isso é o que a ciência pode ajudar a fazer”, diz, observando que o foco principal das Nações Unidas é a manutenção da paz ou “manter a panela de pressão em níveis aceitáveis”. Todo o resto, diz, vem em segundo lugar. “No entanto, não há outro espaço político com a devida envergadura para tratar da temática do desenvolvimento sustentável no planeta”.



FOTO: BLOG DO PLANALTO

A presidenta Dilma, na 68ª Assembleia Geral: “O grande passo que demos foi colocar a pobreza no centro da agenda do desenvolvimento sustentável”

## Pela saúde em seu sentido ampliado

Levar para a agenda global do desenvolvimento pós-2015 a saúde entendida em seu sentido ampliado, englobando aspectos como cidadania e qualidade de vida, é uma conquista ainda a se concretizar. Vários passos vêm sendo dados nesse sentido. A mobilização, em 2012, de pesquisadores e formuladores do campo da Saúde fez com que o tema, ausente do *Rascunho Zero* da Rio+20, acabasse ganhando seção própria no documento final da Rio+20, *O futuro que queremos*. Em março de 2013 foi realizado o *Diálogo de alto nível sobre Saúde na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015*, em Gaborone, Botswana, para discutir o *Report of the Global Thematic Consultation on Health*, relatório resultante de ampla consulta global sobre Saúde, durante três meses, liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em colaboração com os governos da Suécia e da Botswana. Estiveram reunidos 50 participantes, incluindo ministros da Saúde e representantes do Painel de Alto Nível das Nações Unidas, além de líderes de instituições internacionais, representantes da sociedade civil, do setor privado e do meio acadêmico.

O encontro de Botswana definiu como objetivo-síntese “maximizar a saúde em todas as fases da vida”. Segundo o pesquisador da Ensp/Fiocruz Alberto Pellegrini, em seu artigo no site [www.dssbr.org](http://www.dssbr.org), apesar de o objetivo ter sido considerado “pouco concreto” e sujeito a ambiguidades, ficaram explícitos no encontro encaminhamentos fundamentais, como a necessidade do combate às iniquidades por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde (*Radis* 110 e 113) — também expressos no documento final da Rio+20. Os participantes concluíram que a saúde está no centro do desenvolvimento sustentável, como beneficiária, contribuidora e medida-chave de um desenvolvimento centrado nas pessoas, baseado em direitos, inclusivo e equitativo, como analisou Pellegrini.

O relatório do Painel de Alto Nível que orientou os debates da agenda pós-2015 na 68ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro, no entanto, não refletiu esses encaminhamentos. O objetivo número 4, *Garantir vidas saudáveis*, de

conotação ampla, foi reduzido a metas (Erradicar as mortes evitáveis infantis e de menores de cinco anos; aumentar a proporção de crianças, adolescentes, adultos em risco e idosos com esquema de vacinação; reduzir o índice de mortalidade materna; garantir o acesso universal aos direitos sexuais reprodutivos; e reduzir a carga de doença de HIV/aids, tuberculose, malária, doenças tropicais negligenciadas e doenças não transmissíveis prioritárias) “que não dão conta de sua abrangência e são definidas em termos de médias, sem menção à diminuição de diferenças entre grupos sociais, como seria adequado a um enfoque que leve em conta os determinantes”, explicou Pellegrini.

Ele observou ainda que a proposta do Painel de Alto Nível acabou se tornando uma repetição dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que são “falhos em capturar a dinâmica do desenvolvimento presente na *Declaração do Milênio*, que incluía direitos humanos, equidade, democracia e governança”.

A abordagem “biomédica” e não intersetorial da saúde, expressa nas metas do objetivo número 4, não deixa claro que a saúde depende de vários setores, considera Paulo Buss. Essa visão pontual é encampada pela Organização Mundial da Saúde, explica Paulo, que vê a área “de forma estreita”. Enquanto o Brasil vem defendendo a noção de sistemas de saúde, integrais, universais e equitativos para cuidar da população, a OMS aposta na garantia de cobertura universal, prestada por setor público ou privado, com seguro de saúde para as famílias, explica Paulo. “É uma visão conservadora, restrita, na qual o objetivo da saúde seria o de organizar bem a assistência aos doentes. Promoção e prevenção não ficaram claros até o momento. Significa dizer que obteremos saúde desde que tenhamos assistência médica. Nós entendemos que os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável devem basear-se na ideia de saúde como qualidade de vida para todos. Isso exige também água, energia limpa, ambiente limpo e todas as coisas que aparecem nos outros objetivos”, explica Paulo. “A saúde como produto social, e não só de caráter biológico, é uma tradução difícil de ser aceita por outros setores”. (E.B.)

# Saúde e desenvolvimento, articulação necessária

*Investimentos em políticas sociais impactam crescimento econômico de forma positiva e contribuem para reduzir desigualdades, avaliam estudiosos*

Elisa Batalha

“Gastar com saúde acelera o crescimento do PIB e reduz a desigualdade”, afirmou o economista Jorge Abrahão de Castro, durante o painel *Saúde, cidadania e desenvolvimento*, realizado no lançamento do livro de mesmo nome, em 20 de setembro, no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Autor de um dos artigos do livro, organizado pela pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec) Amélia Cohn, e publicado pelo Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, Jorge Abrahão foi enfático ao defender a destinação de recursos às políticas sociais. “Todo cidadão brasileiro passa pela política social, seja ele pobre, de classe média ou rico”, afirmou, reforçando o foco do evento, que abordou os impactos das políticas sociais no desenvolvimento econômico.

“Para um aumento do investimento em saúde de 1% do PIB, o resultado gerado é um crescimento econômico de 1,7% do PIB”, calculou Jorge Abrahão, analista do Ministério do Planejamento e doutor em Economia pela Unicamp. “Cerca de 3 mil municípios praticamente não têm renda e sobrevive do Benefício de Prestação Continuada [transferência mensal de um salário mínimo ao idoso e à pessoa com deficiência com impedimentos de longo prazo, do Bolsa Família, da verba da saúde e da educação. Se uma parte da verba da merenda escolar é usada para compra de alimentos de um fornecedor local, isso faz girar a economia naquele local”, exemplificou.

O livro reúne artigos de dez pesquisadores sobre a articulação entre saúde e desenvolvimento

econômico, mostrando que, sob vários aspectos, combater a desigualdade é um projeto para o desenvolvimento, tal como pregava o economista Celso Furtado, expoente intelectual e referência para o tema, morto em 2004. A obra é fruto de seminário homônimo realizado em maio de 2012 pelo Centro Internacional Celso Furtado. “Meu marido acreditava que o desenvolvimento deveria englobar todas as facetas e campos sociais, sem a concentração de renda”, lembrou a jornalista Rosa Furtado, viúva do economista e também presente ao debate.

Na abertura da mesa, a vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, Nísia Trindade Lima, ressaltou a importância da relação entre saúde e desenvolvimento e sugeriu novas parcerias com o centro. “A temática abordada no livro pode servir de pauta para outras colaborações entre as instituições”, afirmou.

## ENVELHECIMENTO

O pesquisador do Icict/Fiocruz José Carvalho de Noronha, diretor do Centro Brasileiro para Estudos da Saúde (Cebes) e também um dos autores do livro, expôs dados do Censo de 2010 que apontam para a tendência de envelhecimento da população brasileira. A mudança no perfil demográfico, conforme analisa, terá impacto crescente sobre os serviços de saúde. Em 2030, apontou, o país terá 38 milhões de pessoas com mais de 65 anos. O crescimento vem ocorrendo de maneira exponencial nos países em desenvolvimento. “A pirâmide demográfica passa a ter formato parecido com o de um losango, pois diminui o número de crianças e os adultos passam a ser maioria”. Com os adultos vivendo mais, o impacto sobre os

Jorge (E): mix de financiamentos de saúde é entrave na redução das desigualdades; Noronha: ponte para o futuro requer aproximar população deixada para trás



FOTOS: PETER ILLICIEV / ICICT / FIOCRUZ





Amélia Cohn (E): políticas de saúde funcionam a reboque de um projeto de crescimento; Rosa Furtado: não haverá desenvolvimento sem um projeto social subjacente

serviços de saúde é crescente, observou. “Apenas a mudança na estrutura geográfica, sem alterações tecnológicas ou epidemiológicas significativas, implicaria, em 20 anos, incremento de 37% nos gastos com atenção à saúde”.

Noronha apontou a existência de “um sistema de castas oculto”, analisando que o valor médio de cada episódio de internação de pacientes de planos de saúde é de cerca de R\$ 5 mil, enquanto o SUS gasta em média R\$ 1 mil. Enquanto na rede pública há 2,5 aparelhos de ressonância magnética por milhão de habitantes, no sistema privado há 17,5.

Segundo o pesquisador, o Brasil gastava em atendimento nos serviços de saúde 8,8% do PIB, em 2009, contra o índice de 17,7% dos Estados Unidos. “Para se construir uma ponte para o futuro, é preciso aproximar da linha de progresso a massa da população deixada à retaguarda pelos modelos de desenvolvimento atuais”, considerou.

### GASTO PÚBLICO BAIXO

A redução das desigualdades tem como entrave o mix de financiamento de saúde no país, de acordo com Jorge Abrahão. Em termos de organização, o sistema compõe-se de sua porção pública e universal, representada pelo SUS, e por vários subsistemas, incluindo-se planos e seguros de saúde e pagamentos particulares, além de subsistemas de funcionários civis e militares. Em 2009, o subsistema privado respondia por 56% do total de recursos destinados ao financiamento da saúde, e o SUS representava menos de 43%, ou 3,7% do PIB. “Não dá para ter sistema universal com esse mix”, avaliou. “O gasto público em saúde é muito baixo para que o país tenha, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Além disso, o financiamento público se estende aos outros subsistemas, por meio de renúncias fiscais, deduções no imposto de renda e desoneração tributária de medicamentos”, reforçou.

Para Abrahão, o mote do gasto em política social é a perspectiva de justiça social e o que esta gera na economia. Ele comparou investimentos em políticas sociais aos realizados em outras áreas. A conclusão é que programas como o Bolsa Família

e o investimento em saúde e em educação têm mais impacto positivo na economia e na redução de desigualdade do que recursos empregados em setores como construção civil e exportação de *commodities*. “Precisamos parar de olhar a política social com preconceito”, afirmou, considerando ainda distante o “padrão de serviços e bens que o povo brasileiro merece”.

Outro entrave para que a política social tenha maior eficácia, apontou o pesquisador, é o sistema tributário do país, altamente regressivo: quanto menos se ganha, mais se paga de imposto, proporcionalmente. “De cada R\$ 100 do Bolsa Família, R\$ 33 voltam para o Estado na forma de impostos”, exemplificou.

### DESENVOLVER E DISTRIBUIR

Para Amélia Cohn, as políticas de saúde e toda a área social estão “funcionando a reboque de um projeto de crescimento”, o que é um erro. “Desenvolvimento vai além de crescimento econômico”, afirmou Amélia, socióloga e professora aposentada da USP. “É importante aproximar os de dentro e os de fora da área econômica”, apontou ela, considerando que o tema do desenvolvimento está reemergindo entre pesquisadores.

“A dimensão republicana exige por princípio e definição que os direitos tenham distribuição para o conjunto da sociedade”, afirmou Amélia. “Não penso o desenvolvimento de forma setorizada, na oposição satisfação de demanda *versus* satisfação de necessidades”, disse. “A hora é de começarmos a nos pautar pela conjunção entre direitos e bem comum. Que sejamos capazes de olhar para os outros, para áreas setoriais, e encontrar efetivamente um projeto”, conclamou.

Rosa Furtado destacou o aniversário de 25 anos da promulgação da Constituição Federal, que instituiu o SUS. “O SUS merece ser celebrado”, disse Rosa, que compõe a diretoria do Centro que leva o nome do marido. A jornalista lembrou que Celso Furtado foi ministro da Cultura e tinha como foco de estudos também a dimensão cultural do subdesenvolvimento. “Não haverá desenvolvimento — diferente de crescimento que, no mais das vezes, é modernização das elites — sem um projeto social subjacente”, afirmou. 



## EVENTOS

**19º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**

Sob o tema geral *A Nova geração de idosos e os desafios contemporâneos*, o evento vai trazer à tona questões que impactam governos, famílias e a sociedade em geral e desafiam a responsabilidade individual e coletiva. A partir dos debates a proposta é pensar o envelhecimento ao longo da vida, em atitude preventiva e promotora da saúde, da independência e da autonomia. Hipertensão e outras doenças, sexualidade, dor, prevenção, reabilitação e medicamentos estão entre os temas a serem debatidos.

**Data** 29 de abril a 3 de maio de 2014

**Local** Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, Belém, PA

**Informações** (51) 3028-3878 e 3028-3879 (fax)

[www.cbagg2014.com.br](http://www.cbagg2014.com.br)

**12ª Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca**

Promovida pela Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ao lado de outras entidades, a conferência tem como tema geral *Saúde Rural: uma necessidade emergente* e põe em evidência a situação de saúde de populações residentes em áreas remotas, assim como questões relativas à iniquidade no acesso a recursos de saúde. O evento reunirá palestrantes nacionais e internacionais e oferecerá, além dos debates, workshops, apresentação de experiências e pesquisas e visitas a serviços de saúde locais.



**Data** 21 a 25 de maio de 2014

**Local** Gramado, RS

**Informações** (21) 2524-8321  
[medicinarural@sbfmc.org.br](mailto:medicinarural@sbfmc.org.br)

[www.sbfmc.org.br/woncarural](http://www.sbfmc.org.br/woncarural)

## PERIÓDICO

**Vigilância sanitária**

O terceiro número do primeiro volume da revista *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia* traz artigos sobre novas tecnologias no processo de trabalho



e em pesquisa, saneamento e ambiente, cianobactérias, ensaio de potência do hormônio alfaepoetina, irregularidades sanitárias e risco à saúde e vigilância sanitária em município do Recôncavo Baiano, entre outros temas. Na seção *Debate*, artigo em inglês trata de novas substâncias análogas à talidomida. A edição traz ainda, na seção *Relato*, o texto *Diálogos de aprendizagem com gestores da vigilância sanitária: percepções do facilitador*. No editorial, os organizadores abordam ampliação dos registros científicos em vigilância sanitária. O periódico está disponível na íntegra em [www.visaemdebate.incqz.fiocruz.br](http://www.visaemdebate.incqz.fiocruz.br).

## LIVROS

**Preconceito e exclusão**

*Estigma e saúde*, organizado por Simone Monteiro e Wilza Villela (Fiocruz), discute as questões relacionadas à estigmatização e ao preconceito e seus efeitos sobre a saúde coletiva.



O livro reúne onze artigos de autores brasileiros e americanos de campos disciplinares como Ciências Sociais, Psicologia e Epidemiologia. Os textos põem em debate a exclusão social de indivíduos e grupos decorrente do estigma e da discriminação geradores de processos de marginalização social, que dificultam o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde. A partir de dados empíricos, os autores alertam sobre os meandros da estigmatização e indicam formas de eliminá-la.

**Reforma psiquiátrica**

*Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*, de Simone Paulon e Rosane Neves (Sulina), reúne textos que contribuem para os avanços nos movimentos das reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras.



O livro está estruturado em duas partes: na primeira, encontram-se textos de autores que pesquisam a saúde mental na atenção básica em diferentes contextos nacionais, situando o estado da arte do movimento de desinstitucionalização; a segunda apresenta, de forma detalhada, o percurso de uma pesquisa-intervenção realizada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o modo como lidam com demandas de saúde mental em seu cotidiano de trabalho, possibilitando ao leitor acompanhar as diferentes etapas e procedimentos de um processo de investigação que se debruçou sobre essa mesma temática.

**Ciência e sabedoria popular****Terapia Comunitária Integrativa - Uma construção coletiva do conhecimento**

organizado por Dres Maria de Oliveira Ferreira Filha, Rolando Lazarte e Maria Djair Dias (Editora UFPB), é o primeiro livro a reunir estudos e pesquisas acadêmicas em terapia comunitária integrativa (TCI) no país, apresentando essa prática a partir de perspectivas diversas. O livro destina-se a terapeutas comunitários, estudantes de graduação e pós-graduação e demais profissionais interessados em lidar com essa nova forma de ser e existir em sociedade, representada pela TCI. A proposta dessa terapia é levar o indivíduo a descobrir o quanto há em si mesmo de comunitário, considerando-se que ele somente se resgata em redes relacionais e comunitárias.

**Saneamento****Política pública e gestão de serviços de saneamento**

organizado por Léo Heller e José Esteban Castro (Fiocruz), trata da redução do número de pessoas sem acesso a saneamento e da forma como essa conquista pode ser alcançada, trazendo reflexões para a superação dos obstáculos referentes à universalização e democratização dos serviços. O livro traz, ainda, um debate sobre a interação entre os setores público e privado e a função da gestão e do financiamento públicos como requisito para o êxito no atendimento das populações. A obra apresenta análise histórica do desenvolvimento da área de saneamento na Europa e América do Norte e nos países do Sul, enfatizando a realidade brasileira. 

## ENDEREÇOS

**Sulina**

(51) 3311-4082 e 3264-4194 (fax)  
[sulina@editorasulina.com.br](mailto:sulina@editorasulina.com.br)  
[www.editorasulina.com.br](http://www.editorasulina.com.br)

**Editora UFPB**

(83) 3216-7147  
[editora.universitaria.ufpb@gmail.com](mailto:editora.universitaria.ufpb@gmail.com)  
[www.editora.ufpb.br](http://www.editora.ufpb.br)

**Editora Fiocruz**

(21) 3882-9039 e 3882-9006  
[editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)  
[www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

# Carta do Recife



## Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Recife – 2 a 4 de setembro de 2013

Nordeste

**N**ós, participantes da 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste, reunidos na cidade do Recife, de 2 a 4 de setembro de 2013,

### Inspirados

Pela Constituição Federal do Brasil, segundo a qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”,

### Reconhecemos

Que o Nordeste apresenta grandes diferenças injustas e evitáveis nas condições de saúde, de vida e de trabalho entre indivíduos e grupos de sua população, cujos determinantes se ancoram no tripé racismo, sexismo e classe;

Que a diminuição dessas diferenças em decorrência de políticas públicas e da mobilização de seus cidadãos devem ser reforçadas.

### Recomendamos

- Que as três esferas de governo fortaleçam seus esforços para o estabelecimento de políticas e programas promotores da equidade baseadas em uma estreita cooperação entre os diversos setores da administração pública, em sólidas evidências científicas e em ampla participação social para sua definição, implantação e avaliação;

- Que a equidade nas condições de vida da população seja reconhecida como elemento fundamental do desenvolvimento regional sustentável e responsabilidade de todas as esferas e setores do governo;

- Que a seca seja enfrentada a partir desses elementos de políticas de desenvolvimento regional;

- Que as políticas de combate às iniquidades adotem novas formas de interação entre o governo, as organizações sociais e os cidadãos, assegurando processos transparentes e participativos de tomada de decisão sobre estas políticas;

- Que se criem e fortaleçam espaços e oportunidades de participação democrática para que as populações sem voz frente ao Estado e à sociedade possam lutar pela garantia de seus direitos;

- Que sejam repudiadas todas as formas de racismo e discriminação;

- Que o trabalho em saúde seja valorizado como essencial no processo de garantia do direito à saúde;

- Que as recomendações desta Conferência sobre problemas que afetam grandes parcelas da população nordestina como acesso a água e saneamento, violência e uso de drogas nocivas à saúde, acesso a serviços de saúde de qualidade, segurança alimentar e nutricional, impactos negativos de grandes projetos de infraestrutura à saúde, ambiente e bem estar, entre outros, sejam implementadas através de políticas públicas;

- Que, devido às altas taxas de mortalidade por homicídio da juventude negra no Brasil, e de forma alarmante no Nordeste, urge a implementação de políticas públicas integradas de enfrentamento deste grave problema de saúde pública;

- Que se proceda a uma radical inversão do padrão de investimento público para o Nordeste na promoção da equidade entre as regiões brasileiras;

- Que as políticas de promoção de direitos sejam consideradas como diretrizes estratégicas para as políticas públicas na Região;

- Que se proceda a uma reforma política que favoreça o enfrentamento de problemas estruturais que impedem uma distribuição mais equitativa do poder e da riqueza;

- Que o monitoramento e a prestação de contas de políticas e programas de ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde sejam uma prática permanente baseada em indicadores adequados a cada contexto social e que as informações sejam acessíveis a todos interessados;

- Que sejam fomentados estudos regulares de avaliação da efetividade e eficiência das diversas intervenções sobre os DSS.

### E comprometemo-nos

A seguir atuando em todos os setores de atividade onde estamos engajados para que as recomendações desta Conferência sejam efetivamente implementadas em prol de uma sociedade mais justa e solidária para todos os nordestinos. 📄

*Documento final da 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste, Recife, 2 a 4 de setembro de 2013.*



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde



# Comunicação e Informação audiovisual fortalecendo o SUS



[www.fiocruz.br/videosaude](http://www.fiocruz.br/videosaude)  
[videosaude@icict.fiocruz.br](mailto:videosaude@icict.fiocruz.br)  
(21) 3882-9109 | 9111



**FIOCRUZ**

Estamos também nas redes sociais:

-  [www.facebook.com/videosaudefiocruz](http://www.facebook.com/videosaudefiocruz)
-  [www.youtube.com/videosaudefio](http://www.youtube.com/videosaudefio)
-  [www.twitter.com/videosaude](http://www.twitter.com/videosaude) ou @videosaude