

RADIS



Saúde mais Humana

Congresso de Ciências Sociais defende ênfase nas pessoas, não nas estatísticas



Trabalhador da saúde
Público e privado em debate no 3º Fórum Global de RH

Dívida pública
Auditoria cidadã busca desvendar natureza do endividamento do país

Ritmo brasileiro no combate ao Chagas

Campanha da OMS que busca dar visibilidade à doença tem samba como música-tema

Elisa Batalha

“**T**er o Chagas não é o fim de tudo”. Assim começa o samba *A vida pode ser melhor*, que está sendo difundido mundialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte do *Projeto de sensibilização e visibilização das pessoas afetadas pela doença de Chagas* (Prosevicha). A ideia é utilizar a música como ferramenta de sensibilização nas áreas do mundo onde a doença está presente.

Integram o projeto o Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas, da OMS, e outras organizações como a Federação Internacional de Associações de Pessoas Afetadas pela Doença de Chagas, o Instituto Catalão de Saúde, o Conselho Nacional de Pesquisa Técnica e Científica da Argentina e o Ambulatório de Doença de Chagas da Universidade Federal de Pernambuco.

O samba foi composto e gravado pela cantora mineira Luna Cohen, que vive há 14 anos em Barcelona. Ao receber o convite para participar do projeto com uma música, Luna considerou o tema delicado e pediu conselho à família. “Conversei com minha mãe, que é pediatra, e com uma prima estudante de Medicina. Venho de uma família de médicos”, conta. A principal recomendação foi ser otimista, e assim Luna escreveu e gravou *A vida pode ser melhor*, que na sua definição é “uma mensagem de esperança, que trata do tema a partir da alegria”. Para ela, o projeto foi a oportunidade de realizar um antigo desejo: “Sempre pensei em associar arte e saúde”.

Faz parte da campanha também um vídeo que conta a história real de um paciente de 85 anos infectado pelo parasita da doença. Apesar de esforços no seu combate, a doença de Chagas, transmitida pelo

barbeiro infectado com *Trypanosoma cruzi*, ainda continua vitimando milhões de pessoas (Radis 81 e 85). Estima-se que apenas 10% dos infectados foram diagnosticados. Por isso, educar as pessoas que vivem em áreas com risco de infecção é muito importante, assim como alertar para a necessidade de tratamento integral (biomédico e psicossocial).

A doença de Chagas apresenta-se comumente de forma assintomática. Em 30% dos casos pode afetar o sistema cardiovascular com diferentes graus de gravidade e provocar morte súbita. De acordo com estudos recentes, muitas pessoas com suspeita de estar infectadas evitam confirmar o diagnóstico por medo da doença, tida como letal. “É importante combater o estigma e a exclusão que acompanham a doença e desmistificar ativamente a visão fatalista do Chagas para promover o acesso a tratamento e qualidade de vida ao paciente”, diz o texto oficial do projeto.

Para ajudar a combater a desinformação e o medo que envolvem a doença, Luna conta que, ao compor a música, não fugiu dos ritmos com os quais trabalha normalmente. “É mais samba do que qualquer outra coisa”, explica ela, que não desconhecida o Chagas. No bairro onde a cantora mora, fica um centro especializado em Medicina Tropical, e a cantora já havia participado de atividades artísticas comunitárias ali com o seu grupo de bossa nova e partido alto.

“Em Barcelona vivem muitos imigrantes brasileiros, bolivianos e de outros países onde a doença é endêmica, e os casos de Chagas são comuns”, conta Luna, informando que está prevista a composição de outra música em castelhano. A cantora, que buscou divulgar seu trabalho no Brasil, está feliz com a repercussão do samba. “Uma rádio de Belo Horizonte já tocou”, relata.



Ouçã Luna Cohen cantando *A vida pode ser melhor* em <http://goo.gl/w3QWqO>

A vida pode ser melhor

**Ter o Chagas não é o fim de tudo
Pois saiba que a vida da gente
Pode ser melhor
A esperança é o motor
Que move o mundo
Saúde é o mais importante
Pode acreditar
E existe um lugar
Que alguém pode te ajudar
Vamos juntos sem medo que tem**

**Muito chão pra caminhar
O medo não, não pode não
O medo não vai te dar a vida
Seu coração batendo são
Que você merece ser feliz
O medo não
Não pode não
O medo não vai te dar a vida
Seu coração batendo são
Que você merece ser feliz**

Imagem desfocada

É necessário resgatar o aspecto humano da saúde. A pertinência da mensagem geral do 6º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, tema de nossa matéria de capa, evidencia-se tanto nos debates das diversas mesas do evento, quanto nos demais conteúdos desta edição. “Participamos de simpósios, congressos, mas outros atores, com outros interesses, é que têm o poder de definir a agenda da saúde”, resumiu a presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, no congresso.

Nuances, que às vezes escapam à primeira vista, precisam ser levadas em conta, quando se trata de preservar direitos humanos e garantir o direito à saúde. Como decidir, por exemplo, que grupos populacionais serão testados em uma pesquisa sobre HIV/Aids sem se criar um dilema ético?, indagou em uma das mesas a pesquisadora Jeannie Shoveller, do Canadá. Da mesma forma um inesperado debate sobre fundamentalismo — à primeira vista estranho em um congresso de saúde, como apontou o presidente do evento Kenneth Camargo (IMS/Uerj) — mostrou quão danosos são os dogmatismos religiosos e o pensamento conservador crescente.

O alerta para que se tragam as pessoas para o foco esteve presente também no lançamento, durante o congresso, da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária, que pretende registrar e esclarecer a repressão política aos trabalhadores da saúde durante a ditadura militar.

Dois outros eventos trazidos às páginas desta *Radis* também ecoam o clamor para que não se perca de vista a dimensão humana. O 3º Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, que reuniu

representantes de 93 países, ajudou a lembrar que quem cuida e quem é cuidado precisa de atenção integral. “Não tem mínimo e não tem teto”, defendeu do alto de seus 91 anos a ministra da Saúde de El Salvador, uma das vozes a realçar a importância e as responsabilidades do Estado, em um evento pouco crítico ao aumento do protagonismo do setor privado na estrutura dos sistemas de saúde dos diversos países, na busca da cobertura universal.

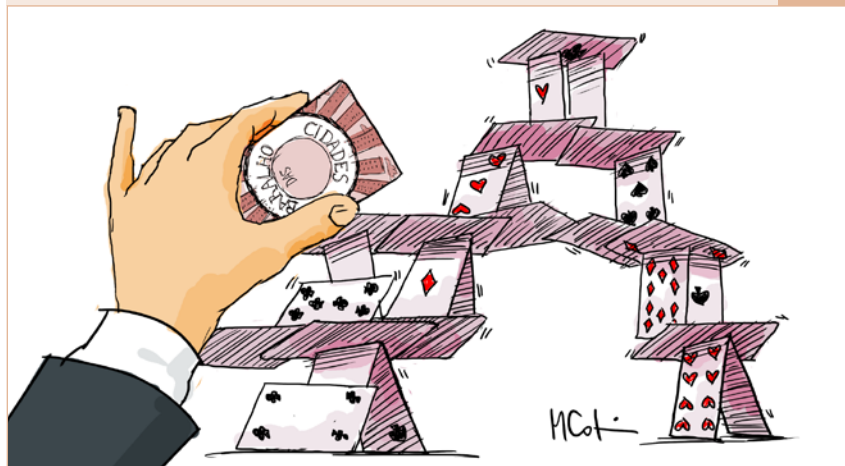
Já na 5ª Conferência Nacional das Cidades, a ênfase nas pessoas e no bem comum expressou-se no brado dos participantes por “reforma urbana já!” e na defesa do Sistema Nacional de Desenvolvimento Urbano (SDU), há muito criado, mas até hoje sem operar. Por meio do sistema, a cidade pode ser pensada de forma integral, com a garantia de participação e controle social. Moradia digna, mobilidade, saneamento, planejamento urbano são itens indispensáveis na definição das políticas públicas, em prol da qualidade de vida dos cidadãos.

Deixa, ainda, os sujeitos desfocados a enigmática dívida pública brasileira, que representou 40% do gasto público federal de 2013, como mostra o gráfico que ilustra a reportagem sobre o tema. Os mais de R\$ 7 bilhões consumidos pela dívida seriam recursos para a construção de unidades básicas de saúde, salas de aula, casas e hospitais. A formação da Auditoria Cidadã da Dívida Pública para investigar a natureza do endividamento mostra que a sociedade civil mantém-se mobilizada. Afinal, é preciso ajustar o foco. Boa leitura!

Eliane Bardanachvili

Editora da revista *Radis*

CARTUM



Expressões e Experiências

• Ritmo brasileiro no combate ao Chagas 2

Editorial

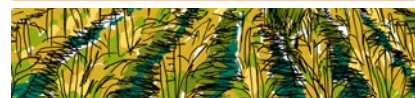
• Imagem desfocada 3

Cartum

3

Voz do leitor

4



Súmula

5

Radis Adverte

8

Toques da Redação

9

Capa

• Foco nos sujeitos 10

• Transtornos e sintomas: o que é ser normal 14

• Fundamentalismo: uma ameaça à cidadania 16

• Registro, justiça, reparação 17

• A voz rouca das ruas 18

• Democratização da comunicação, uma pauta da Saúde 19

Conferência Nacional das Cidades

• Reforma urbana já! 20

3º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde

• A força de trabalho na garantia de saúde para todos 24

Dívida pública

• A caixa preta da dívida 31

Serviço

34

Pós-Tudo

• A tortura como método de investigação 35

Foto da capa Radilson Gomes
Gráficos Felipe Plauska
Ilustrações Marina Cotrim (M.C.)

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



Desastres naturais

Gostaria de parabenizar a repórter Liseane Morosini pela excelente matéria sobre desastres naturais na revista 135 (dezembro de 2013). Realmente ficou bem abrangente, tratando diversos lados e fontes. O texto mostrou que a gestão do risco de desastres deve ser levada a sério em nosso país. Ressalto a importância da mídia na divulgação das ações positivas (que a reportagem mostrou muito bem, inclusive indicando os desafios e dificuldades) e na formação de uma cultura de prevenção em que todos devem entender seus papéis. Grande abraço.

• Marcelo Abelheira, Defesa Civil, Rio de Janeiro, RJ

Li toda a edição 135 e adorei. Parabéns a todos que contribuíram com esse número. Gostei muito de ver que, na matéria de capa, sobre desastres naturais, a equipe soube transitar por uma questão que é bastante



complexa e envolve tantos atores diferentes. O texto procurou dar rosto e voz ao tema, informando ao mesmo tempo (tarefa difícil). Já postei no Facebook do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) e vou divulgar bastante, bem como usar em cursos e tantas outras atividades. Gostei também do editorial assinado por Rogério Lannes, direto e bastante equilibrado. Um grande abraço.

• Carlos Machado de Freitas, coordenador do Cepedes/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ

Saúde bucal

Sou assinante da *Radis* há mais de cinco anos e, como leitora, parabeno a revista pela qualidade de conteúdo e gráfica. Leio a revista assim que ela chega, mas sinto falta de temas específicos sobre

Odontologia. Acho que este é um assunto muito interessante, pois a boca manifesta transtornos sistêmicos e influencia a saúde de uma maneira geral.

• Wanuzza Mascarenhas, Feira de Santana, BA

Gostaria de parabenizar a revista *Radis* pela qualidade do conteúdo. Sou estudante de Odontologia e soube da revista através do meu professor de educação em saúde bucal. Gostaria de sugerir como tema o índice de abordagem de saúde bucal, especialmente o índice do CPOD, referente a dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados. Esse índice é muito importante para todos e principalmente para alunos e professores dessa área.

• Francisco Vilanel, estudante de Odontologia, São Paulo, SP

R: Caros Francisco e Wanuzza, agradecemos suas mensagens. Esclarecemos que na edição nº 114 publicamos matéria sobre saúde bucal. A coleção completa da *Radis*, em pdf, no site do Programa *Radis* (www.ensp.fiocruz/radis), tem outras edições que abordam este tema. Abraços!

Na pauta

Sou estudante de Biomedicina e assinante da *Radis* há quase um ano. Adorei todas as edições e gostaria de sugerir matéria sobre anemia em gestantes, tema da minha monografia. Acredito que esse seja um assunto que mereça atenção, pois muitas gestantes não conhecem as consequências dessa doença. Um abraço!

• Danielli Luahra Novak, Canoinhas, SC

Gostaria de agradecer a equipe *Radis* por receber todos os meses na minha casa esse importante instrumento de conhecimento e de análise da realidade. Sou estudante de Serviço Social e a revista me ajuda bastante nessa trajetória de estudos. Atualmente estou estagiando na ESF, e gostaria de pedir uma matéria sobre o Projeto original do ESF e como esse projeto se

constitui na atualidade da saúde pública brasileira. Mais uma vez agradeço e parabeno a revista pela qualidade e comprometimento para consolidação da saúde pública gratuita e de qualidade. Obrigada.

• Christina Kênia Paulo Marques, estudante de Serviço Social, Juarez Távora, PB

Olá, quero agradecer a toda equipe da *Radis* pelo magnífico trabalho. Obrigados por me enviarem mensalmente as edições. Gostaria de saber se existe matéria sobre a esquistossomose em comunidades quilombolas, ou então sugerir o tema. Abraços!

• Jadielson da Silva, Taquarana, AL

R: Prezados Danielli, Christina e Jadielson, agradecemos pelas palavras. As sugestões estão anotadas. Abraços!

No Facebook

Parabéns a toda a equipe *Radis*. Recebi minha revista e confesso que adorei todos os temas abordados. Revista de alta qualidade, priorizando sempre a informação a todos públicos. Obrigada pela atenção! Sucesso, sempre.

• Hágara Menezes, Maranguape, CE

Conheci *Radis* quando fui ao Rio fazer a especialização em Entomologia Médica na Fiocruz e me tornei assinante! Muitos dos meus artigos no meu blog Vetores Patogênicos transcrevem partes ou integralmente os mais variados assuntos que envolvem a saúde pública! Costumo compartilhar com muitos amigos médicos, enfermeiros e professores... E viro *uma onça* quando meu exemplar não chega.

• Beatriz Lopes, Rondonópolis, MT

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**

Editor-chefe e coordenador do *Radis*
Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora **Justa Helena Franco**

Edição **Eliane Bardanachvili**
Reportagem **Adriano De Lavor** (subedição),
Bruno Dominguez (subedição interina), **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 **Oswaldo José Filho** (Informática)
Estágio supervisionado **Marina Cotrim** (Arte), **Maycon Soares Pereira** (Administração) e **Raquel Ribeiro** (Reportagem)

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro) **Periodicidade mensal** | Tiragem **82.600** exemplares | Impressão Minister

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118 | (21) 3882-9119
• E-mail radis@ensp.fiocruz.br
• Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

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.

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





Saúde terá R\$ 106 bi em 2014

O *Diário Oficial da União* publicou, no final de dezembro, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que estabelece os parâmetros para o Orçamento da União de 2014. O valor total destinado aos gastos do Governo Federal no ano é de R\$ 2,488 trilhões. Desse montante, R\$ 654,7 bilhões serão destinados ao refinanciamento da dívida pública. O restante, R\$ 1,834 trilhão, está reservado para o orçamento fiscal, da seguridade social e para investimento das empresas estatais (R\$ 105,6 bilhões).

A previsão para o Ministério da Saúde é de R\$ 106 bilhões. A Saúde foi a pasta com maior aumento orçamentário, devido ao maior número de emendas dos parlamentares, seguindo as regras do orçamento impositivo propostas no projeto da LDO para 2014. Em relação a 2013, a verba do ministério cresceu em R\$ 5,16 bilhões, sendo R\$ 4,48 bi vindos das emendas individuais. Para a educação, serão destinados R\$ 82,3 bilhões, R\$ 25,4 bilhões a mais que o valor previsto na Constituição para a área.

A LDO recebeu 13 vetos da presidenta Dilma Rousseff. A maior expectativa era sobre a decisão da presidenta em relação ao orçamento impositivo, que acabou mantido após acordo com o Congresso. Esse mecanismo obriga o governo a executar as emendas parlamentares. Entre os vetos, estão o que destina recursos para a reconstrução da Estação Comandante Ferraz, no Polo Sul, além de dotações que colocariam em risco as metas fiscais.

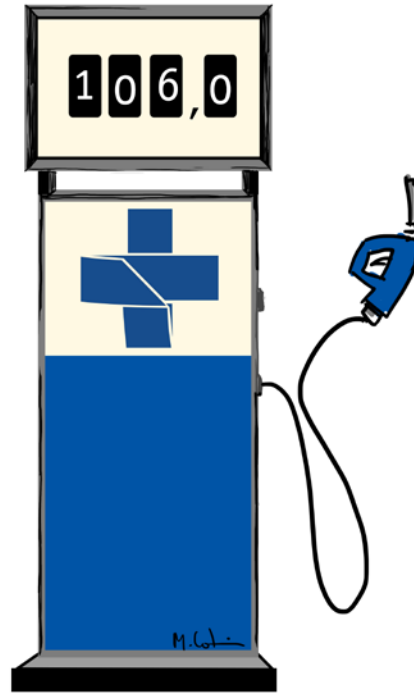
Esse orçamento poderia ser maior, já que o governo brasileiro vai deixar de arrecadar R\$ 323,17 bilhões este ano com desonerações tributárias e subsídios, informou o *Estadão* (30/12). De acordo

com os economistas Érica Diniz e José Roberto Afonso, do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (Ibre/FGV), o valor é maior do que a verba destinada aos ministérios da Educação e da Saúde juntos, de R\$ 192,74 bilhões.

Esses benefícios fiscais são considerados gastos públicos (*Radis* 131), que o Estado injeta na economia de forma indireta. Isso ocorre, por exemplo, quando o governo abre mão de arrecadar tributos, como fez com montadoras ou com a desoneração da folha salarial. Ou quando deixa de cobrar integralmente os juros pelos empréstimos que concede, e cobre ele mesmo a diferença entre o que recebe pelo financiamento e o que paga para captar os recursos, criando assim um subsídio.

Entre 2011 e 2014, a desoneração cresceu 38,68% acima da inflação. Um dos problemas, apontaram os pesquisadores, é o fato de essa conta não aparecer no Orçamento federal, ao contrário do que ocorre com gastos com obras, pagamento de funcionários e de benefícios previdenciários, entre outros. Para os economistas, a decisão desses "gastos atípicos" ocorre com pouca discussão com a sociedade.

"Os problemas são inúmeros. O primeiro é a opacidade. Essa despesa não aparece no Orçamento, então escapa ao processo normal de controle", avaliou Afonso. Outras questões apontadas por ele são a ineficiência ("não impulsionam a economia") e a iniquidade (os benefícios atendem a poucos) da desoneração.



Brasil teve 30 mil casos de hanseníase em 2013

O Brasil registrou entre 30 mil e 33 mil casos de hanseníase em 2013, segundo estimativa do Ministério da Saúde. Em 2012, houve 33.303 casos; em 2011, 30.298; e, em 2010, 34.894. Mato Grosso, Tocantins e Maranhão foram os três estados com maior incidência da doença no país, informou o G1 (14/1). Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo tiveram os menores índices. A média nacional é de 1,5 caso para cada 10 mil habitantes; a meta é reduzir esse número a um caso para cada 10 mil habitantes.

A hanseníase é causada por um bacilo denominado *Mycobacterium leprae*. Além do aparecimento de manchas brancas ou avermelhadas na pele, outros sintomas devem ser observados, como o surgimento de caroços, placas, perda de sensibilidade ao calor, frio, dor e tato. Doença infecto-contagiosa, é transmitida por secreções das vias respiratórias como gotículas eliminadas

pelo espirro, tosse ou fala. O tempo entre o contágio e o aparecimento de sintomas é de dois a cinco anos. Se não tratada precocemente, a doença pode causar deformidades no corpo e incapacidades.

Segundo o secretário nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, a incidência da hanseníase tem "reduzido bastante" no país nos últimos anos. "O combate [à doença] precisa ser aprimorado, sem nenhuma dúvida. O que a gente vem obtendo em resultado de redução, eu acho que demonstra que a gente tem que fazer com muito mais velocidade", afirmou.

As ações de prevenção estão concentradas nas áreas metropolitanas e nas cidades com mais de 100 mil habitantes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além da Baixada Fluminense, regiões metropolitanas de São Paulo e Belo Horizonte e da região norte de Minas Gerais.

Sobrepeso aumenta no mundo

O número de adultos acima do peso ideal ou obesos nos países em desenvolvimento quase quadruplicou desde 1980, indicou pesquisa do Overseas Development Institute, um dos principais centros de estudo sobre desenvolvimento internacional da Grã-Bretanha. Quase um bilhão de pessoas vivendo em nações como China, Índia, Indonésia, Egito e Brasil estão acima do peso (*Folha de S. Paulo*, 3/1).

Globalmente, o percentual de adultos que apresentavam obesidade ou sobrepeso (com Índice de Massa Corporal superior a 25) cresceu de 23% para 34% entre 1980 e 2008. Em números absolutos, isso representa um aumento de 250 milhões de pessoas em 1980 para 904 milhões em 2008. Na América Latina, o percentual de pessoas acima do peso recomendado era de 30% em 1980 e de quase 60% em 2008.

Novo teste de HIV disponível no SUS e em farmácias

O SUS começa a oferecer, a partir de março, um teste rápido de diagnóstico do vírus HIV por meio de fluidos orais (retirados da gengiva e da mucosa da bochecha). A nova tecnologia é um autoexame, semelhante a um teste rápido de gravidez, e funciona como uma forma de triagem, precisando de confirmação posterior. O teste, oferecido na rede pública, depende de um furo no dedo, da presença de um profissional de saúde e de estrutura laboratorial.

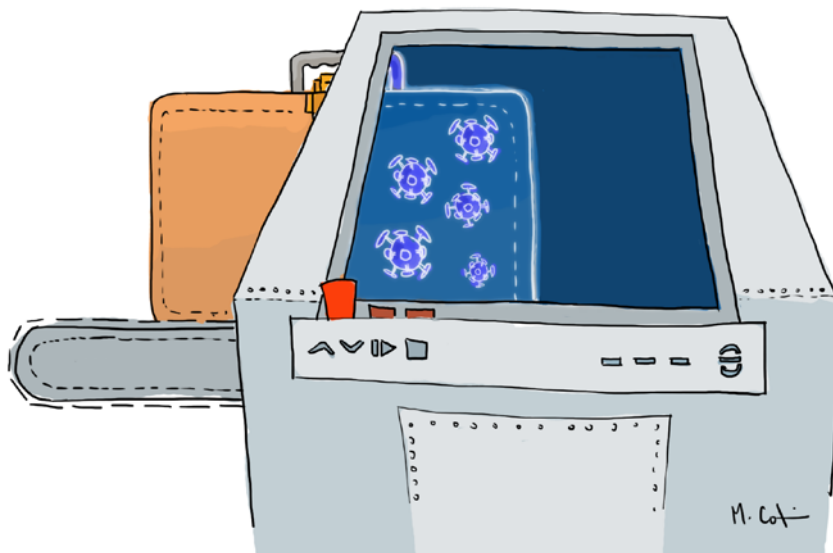
Inicialmente, apenas as ONGs parceiras do departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde realizarão o teste, e as populações que apresentam maior vulnerabilidade ao HIV terão prioridade, informou o jornal *O Globo* (19/12). Nesse grupo estão: homens que fazem sexo com homens, gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas em presídios e moradores de rua.

No segundo semestre, o teste estará disponível para a maior parte da população nos serviços do SUS que atendem a populações vulneráveis, nas farmácias da rede pública e também em farmácias da rede privada. "O diagnóstico estará disponível para todas as pessoas que quiserem realizá-lo, inclusive como autoexame. A grande vantagem é a segurança e a confiabilidade, além de não necessitar de infraestrutura laboratorial", explicou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

A bula dos testes vendidos em farmácias será detalhada para que não haja dúvidas na hora do uso e conterà orientação para que o usuário procure o serviço de saúde, em caso positivo para o vírus. "As pessoas que, eventualmente, não se sintam à vontade para ir a um centro de saúde ou laboratório poderão fazer o teste com privacidade, em sua casa, no horário e da forma que quiserem", ressaltou o ministro.

O kit para o exame é produzido pelo laboratório Bio-Manguinhos, da Fiocruz.

Para a realização do teste, a pessoa deve ficar 30 minutos sem comer, beber, fumar e escovar os dentes, além de ter que retirar a maquiagem. O fluido a ser examinado deve ser extraído da gengiva e do começo da mucosa da bochecha com o auxílio de uma haste coletora. Depois de 30 minutos, se uma linha vermelha aparecer, significa que não é reagente. Caso apareçam duas linhas vermelhas, é sinal de que há anticorpos HIV naquela amostra, sendo assim, o resultado é positivo.



Transexualidade fora da lista de doenças mentais da OMS

Se ainda hoje a transexualidade é considerada uma espécie de distúrbio mental pela Organização Mundial da Saúde (OMS), essa realidade está prestes a ser alterada. Como informou a *Folha de S. Paulo* (1º/12), a próxima edição da CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) – lista de doenças que orienta a saúde em todo o mundo – vai deixar de tachar como transtornos vários comportamentos relacionados à identidade de gênero.

Pela nova proposta do manual, prevista para entrar em vigor em 2015, os transexuais podem ganhar um capítulo próprio que irá reunir outras "condições relativas à sexualidade" e nada tem a ver com as demais doenças. Nessa categoria, devem entrar outras condições sexuais ainda não definidas pela OMS. Já o sadomasoquismo e o travestismo fetichista, devem ser eliminados da CID-11.

À reportagem da *Folha*, o diretor

de saúde mental da OMS, Geoffrey Reed, disse que se trata de "despatologizar" o sexo e que "comportamentos sexuais inteiramente privados ou consensuais e que não resultem em danos às outras pessoas não devem ser considerados uma condição de saúde".

A notícia, bem recebida por alguns, promete causar polêmica. Isso porque, ao deixarem de ser classificados como doença, esses comportamentos podem ficar fora da cobertura dos sistemas de saúde. Hoje, no Brasil, por exemplo, o Sistema Único de Saúde garante cirurgias de mudança de sexo e outras terapias aos transgêneros. A psiquiatra Denise Vieira, uma das coordenadoras brasileiras da revisão da CID na área de saúde sexual, garantiu à *Folha* que o impacto da mudança de diagnóstico nas leis está sendo criteriosamente analisado "para evitar qualquer eventual prejuízo ao acesso a serviços de saúde".

Vacina contra HPV para pré-adolescentes

A vacina contra o papiloma vírus humano (HPV), principal causador do câncer de colo de útero, será distribuída pela primeira vez pelo SUS, durante campanha de vacinação. A partir de março, meninas de 11 a 13 anos serão imunizadas, informou o *Estado* (10/1). Estima-se que cinco milhões de pré-adolescentes sejam protegidas contra a doença, o que equivale a 80% da população nessa faixa etária. Serão distribuídas 15 milhões de doses, em um investimento de R\$ 465 milhões.

Na rede privada, cada uma das três doses da vacina custa entre R\$ 300 e R\$ 400. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, informou que a vacinação deverá ser feita prioritariamente em escolas e dependerá da autorização dos pais ou responsáveis. A produção de anticorpos contra o vírus é maior quando o organismo ainda é jovem. Em 2015, a oferta se amplia e atende também as meninas de 9 e 10 anos.

Pesquisadores pedem rigor na liberação de transgênicos



O pedido para a liberação de sementes transgênicas de soja e milho resistentes ao herbicida 2,4-D esquentou o debate sobre a regulamentação de plantas geneticamente modificadas e agrotóxicos na agricultura brasileira. Em dezembro, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), responsável por examinar pedidos de vendas de transgênicos, recebeu solicitação do Ministério Público Federal (MPF) e de pesquisadores para que suspendesse os trâmites para a autorização das sementes tolerantes ao 2,4-D, um herbicida contra ervas daninhas que é nocivo à saúde, informou o Portal G1 (10/1).

Utilizado para limpar terrenos antes do cultivo, o 2,4-D é hoje vendido livremente no Brasil, apesar de estudos terem-no associado a mutações genéticas, distúrbios hormonais e câncer, entre outros problemas ambientais e de saúde.

O 2,4-D é um dos componentes do agente laranja, usado como desfolhante pelos Estados Unidos na Guerra do Vietnã.

Por isso, o MPF pediu à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que acelere seus estudos de reavaliação da licença comercial do 2,4-D. O órgão quer que o resultado da reavaliação da Anvisa, iniciada em 2006, embase a decisão da CTNBio. A Dow AgroSciences, que fabrica o agrotóxico, afirma que o produto é seguro e foi aprovado em mais de 70 países.

O MPF e os pesquisadores acreditam que a liberação desses transgênicos poderá ampliar de maneira preocupante o uso do 2,4-D no Brasil. Eles pediram maior rigor dos órgãos reguladores na liberação de agrotóxicos e transgênicos. O Brasil é o maior consumidor global de agrotóxicos, tendo um dos maiores mercados de transgênicos do mundo.

35% das farmácias sem farmacêutico em tempo integral

No Brasil, 4.852 farmácias e drogas, ou 6% do total, não contam com a presença de farmacêutico. Já 35% não têm esse profissional em período integral, o que significa que, em determinados períodos do dia ou da semana, o atendimento ao público é feito sem presença do profissional responsável. Os dados são do Censo Demográfico Farmacêutico, realizado pelo Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação do Mercado Farmacêutico (ICTQ), coletados junto aos conselhos regionais de farmácia do país entre agosto e dezembro de 2013 (G1, 20/1). De acordo com o levantamento, o país tem 76.483 farmácias e drogas.

Os estados de Alagoas e de Sergipe são os mais deficientes quanto à presença dos farmacêuticos: 97% dos estabelecimentos não têm farmacêutico em período integral. No Pará e no Piauí, essa deficiência é de 95%. Por lei, o técnico farmacêutico responsável deve estar presente nas farmácias e drogas durante todo horário de funcionamento. É sua função conferir a receita do médico, orientar o consumidor e prescrever remédios que não exijam receita médica.

“A fiscalização é deficiente e faltam muitos farmacêuticos. Tem estado que não tem nem metade dos profissionais que deveria ter”, disse Marcus Vinicius Andrade, diretor de pesquisa do ICTQ, ao G1. O Conselho Federal de Farmácia (CFF), porém, questiona os dados do levantamento. Para o presidente do CFF, Walter da Silva Jorge João, o resultado da pesquisa não é compatível com os números coletados pelo conselho, que registra a existência de 91 mil farmácias e drogas em todo o país, em vez de 76.483. Segundo ele, a análise também erra ao não levar em consideração o fato de que, principalmente no interior dos estados, são feitos acordos com o Ministério Público estabelecendo prazos para cumprir a exigência da presença do farmacêutico em período integral.

Nesses casos, o acordo estabelece, por exemplo, que se contrate um farmacêutico por quatro horas diárias no primeiro ano, por oito horas no segundo ano e em período integral no terceiro ano. A parcela de estabelecimentos sem nenhum farmacêutico corresponde às farmácias irregulares e clandestinas, apontou. “O conselho atua sobre elas atuando e encaminhando para as vigilâncias municipais.”

Álcool mata 80 mil por ano nas Américas

O Brasil é o quinto país na relação de óbitos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas nas Américas, indicou estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A pesquisa, publicada na revista científica *Addiction* (14/1), investigou todos os óbitos ligados ao álcool em 16 países da América do Norte e da América Latina entre 2007 e 2009 e mostrou que, sem o consumo de álcool, aproximadamente 79.456 mortes poderiam ter sido evitadas anualmente.

As taxas de mortalidade mais altas são as de El Salvador (média de 27,4 em 100 mil mortes por ano), seguidas pelas de Guatemala (22,3), Nicarágua (21,3), México (17,8) e Brasil (12,2). Em países

como Colômbia, Argentina, Venezuela, Equador, Costa Rica e Canadá, as taxas variam de 1,8 a 5,9.

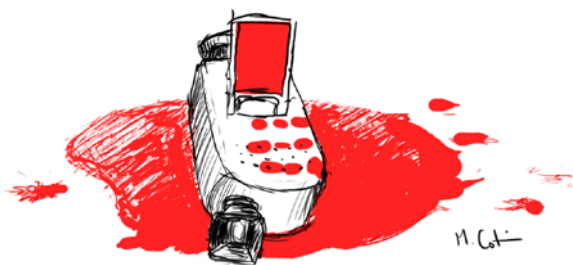
No Brasil, no Equador e na Venezuela, as maiores taxas de mortalidade foram entre pessoas com idade entre 40 e 49 anos. Já Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Paraguai e Estados Unidos registraram mais mortes no grupo de pessoas entre 50 e 69 anos. A pesquisa revelou que 84% dos mortos eram homens.

Para os autores do estudo, as mortes ligadas ao consumo de álcool podem ser prevenidas com políticas e intervenções que diminuam a ingestão de bebida, como por exemplo o controle no mercado e na publicidade e o aumento de preço do produto (*Radis* 132).

Violência em presídios no Maranhão

Vídeo produzido por presos do Centro de Detenção Provisória de Pedrinhas, em São Luís, no Maranhão, espalhou imagens da barbárie vivida no sistema prisional do estado. A gravação, encaminhada à imprensa pelo Sindicato dos Servidores do Sistema Penitenciário do Estado do Maranhão e divulgada pela *Folha de S. Paulo* (7/1), mostra presos amotinados se divertindo com os corpos de três rivais decapitados. Os cadáveres de Diego Michael Mendes Coelho, 21, Manoel Laércio Santos Ribeiro, 46, e Irismar Pereira, 34, apresentavam ainda sinais de tortura. O vídeo, com duração de dois minutos e 32 segundos, foi gravado em 17 de dezembro de 2013.

No mesmo presídio, 62 presos foram mortos desde o ano passado. A onda de violência não foi contida. Em 21 de janeiro, mais um preso se somou a esse cálculo: Jó de Sousa Nojosa foi encontrado morto por enforcamento, conforme noticiou o portal Uol (21/1). E, em 22/1, novo assassinato, de Cledilson de Jesus Cunha, 37 anos, desta vez, na penitenciária de Santa Inês, a 300 km de São Luís, informou *O Globo* (23/1). Segundo o governo do Maranhão, que não quis comentar o vídeo, as três mortes foram resultado de uma briga entre membros da mesma facção criminosa. A maior rivalidade no complexo, porém, se dá entre presos da capital e presos do interior do Estado, ainda de acordo com a reportagem. Eles formariam duas facções.



Essa rivalidade é citada em relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que conclui que o governo tem sido incapaz de coibir a violência. Foi de dentro do complexo que saíram as ordens para os atentados ocorridos no fim de semana anterior (3 e 4 de janeiro), que resultaram na morte de uma menina de 6 anos e em quatro feridos durante incêndio de quatro ônibus na região metropolitana de São Luís.

O relatório do Sindicato indica que há superlotação em Pedrinhas (que tem 1,7 mil vagas mas abriga 2,2 mil presos) e relata casos de estupros de mulheres que entram no presídio para visitas íntimas.

A divulgação do vídeo repercutiu internacionalmente. Conforme publicou o jornal *Brasil de Fato* (8/1), o Alto Comissariado da Organização das Nações Unidas para os Direitos Humanos pediu em nota ação imediata para reestabelecer a ordem no estado, e recomendou a redução da superlotação dos presídios brasileiros — não só no Maranhão — e o

provimento de condições dignas aos detentos.

“Pedimos que as autoridades brasileiras conduzam investigações imediatas, imparciais e efetivas sobre esses eventos, processem os responsáveis e tomem as medidas apropriadas para colocar em vigor o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura promulgado no ano passado”, declarou o Alto Comissariado.

No dia 7 de janeiro, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) divulgou nota repudiando a violência no Maranhão. Na mesma semana, o Ministério Público do Maranhão defendeu que o governo do estado solicitasse reforço de forças federais para controlar a situação, enquanto o procurador-geral da República, Rodrigo Janot, avaliava a necessidade de pedir intervenção do Governo Federal nos presídios. Após o agravamento da crise, a organização não governamental Anistia Internacional também manifestou preocupação.


Conforme noticiou o jornal *O Estado de São Paulo* (10/1), o Governo Federal e o governo do Maranhão estariam elaborando “pacote anticrise” para reduzir a possibilidade de uma intervenção federal. A ministra dos Direitos Humanos, Maria do Rosário, foi a única a responsabilizar o governo do Maranhão pela “barbárie” e a dizer que cabe ao Estado a retomada do controle da situação.

Saúde tem nova política de atenção a presos

Portaria publicada no *Diário Oficial da União* no dia 15 de janeiro pôs em vigor a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Segundo o Portal Brasil (15/1), a PNAISP consiste em uma nova estratégia para o Sistema Único de Saúde prestar serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas a pessoas com transtorno mental e privadas de liberdade. A Portaria

Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, também trata do atendimento pelo SUS a pacientes que estejam sob liberdade condicional.

Esses novos serviços serão elaborados e coordenados por uma equipe de avaliação e acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Pelo novo texto, a EAP coordenará a ação entre os órgãos de justiça,

as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania. O objetivo é garantir a oferta de um acompanhamento integral, resolutivo e contínuo a essa população. 

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

Radis Adverte

AUDITORIA DA DÍVIDA PÚBLICA FAZ BEM À SAÚDE DO BRASIL



Rolezinho e o 'apartheid brasileiro'

A entrada de jovens da periferia, em sua maioria negros, em espaços frequentados por pessoas de alta renda, chamada de *rolezinhos*, pautou as discussões de janeiro no país. A intransigência autoritária de proprietários de shoppings, a violência policial e o incômodo dos clientes habituais trouxeram à tona a discriminação racial e socioeconômica a que esse grupo está historicamente submetido.

Desde que 6 mil pessoas, com idade entre 14 e 17 anos, se encontraram no Shopping Metrô Itaquera (SP), em 7 de dezembro, para se divertir e ouvir funk ostentação, shoppings pelo país recorreram a um aparato para impedir que a juventude da periferia frequentasse esses espaços: liminares, triagem de clientes, presença de

policiais militares, bombas de efeito moral. Alguns, como o Shopping Leblon, no Rio de Janeiro, preferiram fechar as portas (19/1).

O ex-secretário nacional de Justiça e coordenador do site Avaaz, que organiza petições online, Pedro Abramovay, classificou como "apartheid brasileiro" a seleção de quem poderia entrar e quem deveria ficar fora do shopping JK Iguatemi (SP), com aval da Justiça — os excluídos eram aqueles cuja aparência parecia remeter aos provenientes da periferia, ou seja, pardos ou negros. A Lei 7.716, de 1989, não deixa dúvidas: é crime "recusar ou impedir acesso a estabelecimento comercial, negando-se a servir, atender ou receber cliente ou comprador "por motivo de discriminação de raça ou de cor".

Canal aberto

Ao participar da entrevista da *Radis* com Arlindo Gómez de Sousa (*Radis* 136), a superintendente do Canal Saúde (Fiocruz) Marcia Correa e Castro fez um alerta: "A sustentabilidade do Canal Saúde hoje depende do convencimento do setor Saúde sobre a importância da comunicação. Só vamos virar uma emissora dentro do sistema digital brasileiro se houver no setor Saúde um entendimento de que esse investimento é relevante. Por que a gente não está no canal aberto? Por que um canal público, mantido com recursos públicos, não tem espaço no espectro radioelétrico que vem sendo ocupado por empresas privadas? São parte de nossos desafios e lutas", observou.

Banco Mundial, SUS e mídia: a arte da manipulação

A manchete da primeira página da *Folha de S. Paulo* de 9 de dezembro de 2013 alardeava: "Ineficiência marca gestão do SUS, diz Banco Mundial". O texto da matéria falava em desorganização crônica, financiamento insuficiente, deficiências estruturais, falta de racionalidade do gasto, baixa eficiência da rede hospitalar, subutilização de leitos e salas cirúrgicas, taxa média de ocupação reduzida, superlotação de hospitais de referência, internações que poderiam ser feitas em ambulatórios, falta de investimentos em capacitação, criação de protocolos e regulação de demanda, entre outras.

Omitiu, no entanto, a conclusão a que chegara o relatório do Banco, como bem notou o professor do Instituto de Economia da Unicamp e coordenador da rede Plataforma Política Social, Eduardo Fagnani. "Nos últimos 20 anos, o Brasil tem obtido melhorias impressionantes nas condições de saúde, com reduções dramáticas da mortalidade infantil e o aumento na expectativa de vida", informava o texto. "Existem boas razões para se acreditar que o SUS teve importante papel nessas mudanças. A rápida expansão da atenção básica contribuiu para a mudança nos padrões de utilização dos serviços de saúde com uma participação crescente de atendimentos que ocorrem nos centros de saúde e em outras instalações de cuidados primários", dizia ainda. As críticas publicadas pelo jornal eram, no texto original, "desafios a serem enfrentados no futuro", visando ao aperfeiçoamento do SUS.

Leia o comentário de Eduardo Fagnani no site do Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis).

Mapa de ação afirmativa

O site do Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (Iesp/Uerj) atualizou o mapa interativo contendo a distribuição das universidades federais e estaduais com ações afirmativas, a partir das mudanças introduzidas pela Lei 12.711, que tornou obrigatória a adoção de cotas pelas universidades federais. No guia para acadêmicos, estudantes e candidatos ao ensino superior, o usuário pode consultar políticas afirmativas por região, unidade federativa, tipo de universidade, tipo de ação e beneficiários. Acesse em <http://gemaa.iesp.uerj.br/dados/mapa-das-acoes-afirmativas.html>.



Portal lembra mortos e desaparecidos políticos



Está online desde novembro mais um instrumento para que a sociedade conheça a história de brasileiros que lutaram contra a ditadura militar, o portal da Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos, em cemdp.sdh.gov.br. O conteúdo inicial foi construído a partir de informações atualizadas do livro *Direito à Memória e à Verdade*, editado em 2007 pela Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos (CEMDP), da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), responsável pelo reconhecimento e reparação desses casos. Uma das grandes novidades do portal é a identificação virtual dos "Lugares de Memória", termo que remete aos locais, espaços ou estruturas nos quais se cometeram graves violações contra os direitos humanos ou onde se resistiram ou se enfrentaram essas violações. Também está disponível a lista oficial completa dos mortos e desaparecidos políticos reconhecidos pela Lei nº 9.140/95 (136 casos) e pela CEMDP (226 casos), com a biografia de cada um dos militantes, além da situação dos procedimentos administrativos que envolvem o referido nome.

Agrado natalino

Em 19 de dezembro, último dia antes do recesso judicial, a Corte Especial do Tribunal Regional Federal da 1ª Região autorizou o retorno das atividades nos canteiros de obras da usina hidrelétrica de Belo Monte, menos de 72 horas após decisão da 5ª Turma que determinou a paralisação do empreendimento por irregularidades no licenciamento. No apagar das luzes do ano jurídico.

Foco nos sujeitos

Evento instiga Saúde a considerar pessoas no lugar de números

Ana Cláudia Peres, Bruno Dominguez e Elisa Batalha

O 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde pretendia, já no tema, promover *Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva*. Da circulação e dos diálogos travados em palestras, mesas redondas e grandes debates na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), entre 13 e 17 de novembro, o que emergiu foi a necessidade de recolocar os sujeitos no centro de políticas, pesquisas e ações de saúde.

Para além de metodologias, estatísticas, ferramentas teóricas, planos de governo e metas do milênio, os 1,6 mil participantes do congresso buscaram resgatar o aspecto humano da ciência e da saúde. Esse entendimento já começaria a se difundir na abertura do evento, quando a vice-presidente do congresso, Roseni Pinheiro, propôs pensar compartilhadamente a ciência como empreendimento humano e a saúde como um direito dos homens.

No mesmo tom, a presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Maria do Socorro de Souza, falou da urgência de os sanitaristas se mobilizarem para alcançar a saúde que os brasileiros querem e precisam. “Somos militantes, mas cada um no seu lugar, e nem sempre vencedores da grande luta que é afirmar o SUS nos preceitos da Reforma Sanitária, como direito humano. Participamos de simpósios, congressos, mas outros atores, com outros interesses, é que têm o poder de definir a agenda da saúde”, observou.

O presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Gadelha, indicou que as ciências sociais e humanas são, justamente, o espaço privilegiado para articular visões tão diversas da saúde: “São capazes de alargar campos e objetos de estudo, de modo a conseguir responder às demandas de cada conjuntura”.

(DES)ENCONTROS

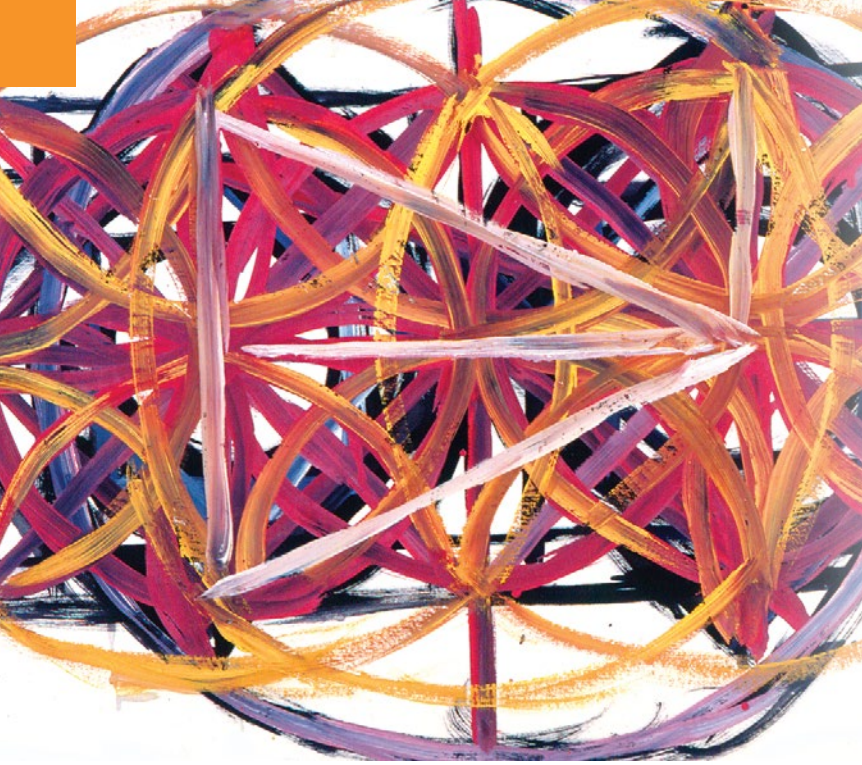
O foco nos sujeitos seria reforçado na conferência de Madel Therezinha Luz, professora da Uerj e pesquisadora colaboradora da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em que lembrou que “a saúde, como a felicidade das pessoas, é socialmente forjada no encontro ou no desencontro”, superando a visão epidemiológica e partindo da abordagem das ciências sociais e humanas. Em sua fala, intitulada *Pequenas destruições, danos irreparáveis: comentários aos modos sociais de vida no capitalismo contemporâneo — implicações na saúde coletiva*, ela discorreu sobre os efeitos na saúde da tendência individual e individualizadora do modo de vida atual.

Madel tratou especialmente da pletera de sons e imagens que nos invadem por olhos e ouvidos a partir do que denominou de “tecnoveículos” — celulares, leitores de mp3, rádios de automóveis, TVs. “Os tecnoveículos criam obstáculos à comunicação, atrapalham o interesse pelo que está a nossa volta, esgarçando



FOTO: RADILSON GOMES





Logomarca do congresso foi inspirada nas mandalas do artista plástico Fernando Diniz: o técnico, o científico e o cultural reunidos na Saúde

o tecido social e gerando uma insatisfação coletiva marcada por estresse, impaciência e agressividade". Dessa dessocialização, disse, resulta uma multidão triste, de fisionomia fechada, desfilando pelas ruas.

Na avaliação dela, esses artefatos intervêm no nosso existir sem nos darmos conta, atingem nossas atitudes, nosso modo de agir como sujeitos e atuam na sociedade como um todo provocando danos à sociabilidade. "Os tecnoveículos não são neutros, criam sentidos e geram mensagens, em geral, para o consumo. Estão longe de construir sujeitos: reforçam os indivíduos como consumidores".

A destruição do tecido social pode ser constatada, mesmo que ainda não haja instrumentos para medir os prejuízos gerados pelas pequenas destruições diárias do vínculo primário entre as pessoas, disse Madel. "Os humanos somos animais sociais, tendemos a nos reunir em bandos, é a percepção de pertencimento a um todo que nos aglutina. O que pode acontecer a uma civilização quando esta se isola em átomos que se distinguem entre si por preço e exclusividade do objeto consumido, pela mercadoria transformada em fetiche?", questionou.

Segundo Madel, a sobrevivência foi garantida até aqui porque a sociedade estabeleceu como princípio a solidariedade, o apoio mútuo, o socorro aos mais vulneráveis, a partir da percepção de que todos, em algum momento, poderiam precisar de ajuda, afirmou ela. "O fato de nos distanciarmos, de incentivarmos a desconfiança, o medo do outro, causa dano irreparável no tecido social", reforçou, admitindo que organizações, instituições, firmas e agentes que controlam o capital ganham com isso.

"Estamos sendo levados à competição no trabalho e pelo trabalho, muitas vezes destituída de compromissos éticos. O jogo do 'cada um por si' a qualquer preço é causador de muitos prejuízos". Para Madel, toda essa mutação não seria tão preocupante se instituições pilares não tivessem se corrompido, como a justiça — em referência não ao poder judiciário, mas à dimensão social presente nos três princípios que originaram o Estado

republicano: liberdade, igualdade e fraternidade. "Sem justiça não há esperança de vida saudável. Não creio que haja dano maior a uma sociedade do que a perda de esperança na justiça. Cidadãos perdem a condição de cidadãos, tornado-se uma multidão de indivíduos soltos", comentou.

Essa multidão tende a se aglutinar para conseguir o que precisa, torcer, comemorar, protestar, manifestar sua raiva destruindo, ressaltou Madel — que trata a multidão como sujeito, como novo ator social e político. "O sistema maltrata a multidão sem entender que sua revolta é fruto de necessidades profundas sem resposta. Estigmatiza. Precisamos nós, das ciências sociais, pensando a vida e a saúde atuais, nos ocupar desses fatos preocupantes. Precisamos tentar vê-los como questão urgente da saúde coletiva, da nossa saúde como cidadãos também e construir uma sociedade mais justa e mais sadia", conclamou.

O esgarçamento do tecido social traz riscos ao desenvolvimento do SUS. A professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Ligia Bahia alertou que "vivemos um embaralhamento moral preocupante", em que predomina a visão de que é preciso haver ilhas de excelência em saúde em vez de acesso igualitário. "A perspectiva igualitária está fora de moda e é vista como nivelar por baixo. A perspectiva do SUS não é a perspectiva da excelência, mas da mudança social, da saúde como direito", declarou a sanitarista, na mesa redonda "Produção do conhecimento e interesses conflitantes na relação entre público e privado na Saúde Coletiva".

ALTERIDADE VERSUS ESTIGMATIZAÇÃO

A dimensão humana também foi olhada mais de perto na mesa-redonda *Direitos humanos, estigma e enfrentamento de vulnerabilidades no contexto da saúde pública brasileira: dilemas atuais*, que destacou o conceito de alteridade — concepção que parte do pressuposto de que todo homem interage e depende do outro.

A psicóloga Vera Paiva, da Universidade de São Paulo (USP), trouxe para o debate a noção de estigmatização, ou seja, a carga simbólica que determinada condição traz para o sujeito e o leva a ser discriminado. "Estigmatização é um processo social que sustenta a desigualdade", definiu. Por conta do estigma que os envolvem, pessoas com o vírus HIV, usuários de drogas ilícitas, prostitutas, indígenas e mulheres grávidas, no momento do parto, sofrem risco de receber tratamentos degradantes. "Violar direitos é aumentar a chance de as pessoas adoecerem", resumiu.

Para ela, o fundamentalismo tem provocado retrocessos nas políticas; por exemplo, nas ligadas às experiências de sexualidade. "Existe uma atuação intencional contra as políticas de direitos humanos por parte das bancadas fundamentalistas. O Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o SUS são regidos pelo Estado laico, mas 70% das câmaras municipais são ocupadas por fundamentalistas. A própria noção de direitos humanos também foi estigmatizada como *direitos para bandido*. O fundamentalismo transforma *pecador* em *bandido sem direito*".

Esses grupos se opõem à abordagem de direitos humanos na saúde, que apresenta sinais

de eficácia, como no combate à epidemia de HIV/aids no país. “Na perspectiva de direitos humanos, começamos por considerar cada pessoa como sujeito de direitos. Levamos em conta a vulnerabilidade social implicada no processo saúde/doença”, explicou Marcos Roberto Vieira Garcia, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O pesquisador tratou de um caso específico de estigmatização, o dos usuários de crack. Segundo ele, o estigma é a causa pela qual a política de redução de danos (*Radis 136*) não tem conseguido ser bem assimilada. “Redução de danos é um tema no qual existe um fosso entre a política e a opinião pública. O senso comum é a política baseada na internação”, declarou, apresentando dados que mostram que a maioria dos brasileiros aprova a internação compulsória de usuários da droga. “É preciso alertar para os cuidados com a alteridade”.

CRIMINALIZAÇÃO DE SUJEITOS

Na palestra *As boas intenções da saúde pública: examinando a ética de direcionamento a subgrupos populacionais socialmente definidos para a promoção da saúde*, os dilemas éticos e os direitos humanos também foram abordados, desta vez por Jeannie Shoveller, da Universidade de British Columbia, no Canadá. Jeannie indicou que cidadãos com HIV são criminalizados em seu país por transmitirem o vírus para outros: “Há pessoas na cadeia [por terem transmitido HIV] e isso é quebra de direitos humanos. É uma grande vergonha para o meu país”.

Ela também provocou a reflexão sobre os sujeitos que são alvo de ações de promoção da saúde: como decidir, por exemplo, que grupos populacionais serão testados em uma pesquisa sobre HIV sem se criar um dilema ético? “Quantas e quais pessoas precisam ser testadas para termos informações epidemiológicas suficientes para políticas de saúde eficazes? A quem se deve oferecer a testagem e como se deve abordar a pessoa?”, são algumas das questões que surgem. Mais uma vez, o congresso estava pensando nas pessoas por trás dos números.

Em pesquisas que buscam testar caminhoneiros, gays ou jovens, por exemplo, é comum que os sujeitos da pesquisa (se) perguntem: “Por que querem me testar?”, observou Jeannie. O convite para participar, por si, pode passar mensagem estigmatizante para o indivíduo que pesquisadores e profissionais de saúde encaixam em um grupo, mesmo quando há a opção de negar o exame — o *opt out*, considerou. “É preciso entender os subgrupos vulneráveis como altamente heterogêneos e não como homogêneos”, frisou Jeannie.

Kenneth Rochel Camargo Jr., pesquisador do Instituto de Medicina Social da Uerj e presidente do congresso, criticou iniciativas brasileiras de testagem para HIV em grandes eventos, como no *Rock in Rio*. “A testagem indiscriminada não se justifica”. Na avaliação de Jeannie, o modo com que a saúde e a ciência vêm lidando com as pessoas não é o mais adequado, mesmo em centros de excelência, como a universidade canadense a qual está vinculada. “Não necessariamente todas as questões éticas e de viabilidade são observadas”, admitiu.



FOTOS: CAROLINA NIEMEYER

Madel: tendência individualizadora do modo de vida contemporâneo esgarça tecido social e afeta saúde



Vera: estigmatização sustenta a desigualdade, aumentando o risco de tratamento degradante a grupos vulneráveis



Jeannie: saúde e ciência não vêm lidando com as pessoas de maneira adequada, mesmo em centros de excelência

Transtornos e sintomas: o que é ser normal?

Como a saúde deve encarar a heterogeneidade humana? Como separar interações pessoais e processos subjetivos de transtornos e sintomas passíveis de serem tratados com medicamentos? Essas preocupações sobre a condição humana também foram tema de debates no congresso.

A controversa quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) esteve na pauta de grupos de trabalho, comunicações orais e mesas redondas. Atualizado em maio de 2013, o documento — que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA) — tem recebido críticas da comunidade científica.

MANUAL 'NORMATIZADOR' E 'LIMITADO'

Para muitos estudiosos, o manual continua reproduzindo um modelo de atenção psiquiátrica de viés biológico e normatizador que traz como consequência a medicalização excessiva. Segundo o pesquisador canadense Laurence Kirmayer, da Universidade de McGill, no Canadá, havia a promessa de que, em sua nova versão, o manual levasse em conta as interações pessoais e os processos subjetivos — e não apenas síndromes e sintomas clínicos. “Mas essa promessa não foi cumprida”, lamentou.

Ele avaliou que o novo documento é limitado e conservador e que não provocou quase nenhum impacto na prática psiquiátrica. “Apenas na retórica”, fez questão de acrescentar. “É preciso valorizar os contextos e os processos sociais e escutar a linguagem do paciente. É isso que pode introduzir ferramentas mais sofisticadas para os clínicos”.

Intitulada *O DSM-V e suas implicações*, a mesa trouxe inúmeras provocações ao debate. A pesquisadora Sandra Caponi, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), reforçou as críticas de Laurence e disse que o manual está longe de poder ser considerado a “bíblia da psiquiatria” ou de representar a natureza das patologias com uma linguagem comum e universal. “Por se tratar de uma lista de sintomas sem sustentação científica sólida, o DSM-V não poderá ser usado como marco de referência das pesquisas científicas”, argumentou, tendo o uso meramente administrativo e burocrático do manual.

Publicado originalmente em 1952, o DSM apontava 106 categorias de desordens mentais. A cada nova edição, categorias são excluídas enquanto outras são renomeadas, reorganizadas, adicionadas. O DSM-III, de 1980, com 494 páginas e uma lista de 265 categorias, foi considerado uma revolução na prática psiquiátrica. Para Jane Russo, do Instituto de Medicina Social da Uerj, o DSM-III transformou-se em um marco por romper com a objetificação e a lógica classificatória.

Desde então, as revisões são sempre acompanhadas de muita expectativa. Jane ponderou que, apesar de todas as críticas pertinentes ao DSM-V, a revisão do manual tem o mérito de lançar luzes sobre o tema com uma preocupação de desafiar o reducionismo biológico. A plateia atenta envolveu-se no debate, tentando relacionar o relatório às discussões atuais sobre direitos humanos.

A PALAVRA É 'FARMACOLOGIZAÇÃO'

Já há uma palavra para representar o fenômeno contemporâneo que transforma uma condição ou capacidade humana em oportunidade para intervenção da indústria farmacêutica: *farmacologização* — do inglês *pharmaceuticalization*. O termo, tema de palestra de Jonathan Gabe, da Universidade Royal Holloway, de Londres, inclui o uso de fármacos com objetivos não medicinais, como um “estilo de vida” entre pessoas saudáveis. E estende-se, segundo o pesquisador, além do alcance estritamente médico: “Pode haver farmacologização sem medicalização”.

“A obesidade, por exemplo, é tratada cada vez mais com medicamentos, e muitas vezes por meio de compras diretas pela internet”, explicou Gabe, para quem a relação direta da indústria com os consumidores é um dos principais aspectos da farmacologização. “Remédios são vistos no imaginário como pilulas mágicas”, resumiu.

Gabe propôs lançar um “olhar antropológico” sobre o fenômeno. Sem deixar de ressaltar que medicamentos podem de fato salvar vidas de pessoas que têm problemas de saúde, o pesquisador esmiuçou novos hábitos de consumidores e estratégias da indústria. Uma delas é “vender a ideia de doença”, ou seja, redefinir o que são problemas de saúde a partir do que tem uma solução farmacêutica. O que inclui renomear problemas pessoais ou as possibilidades e riscos de falhas: ansiedade social, síndrome das pernas inquietas e disfunção erétil foram alguns exemplos listados pelo estudioso.

“Vender a doença envolve também mudar as formas de governança, com a aprovação cada vez mais rápida de novas drogas para o mercado. As agências reguladoras passam a ser agentes da inovação, e não guardiãs da saúde pública”, disse ele, que considera aspecto essencial para a indústria farmacêutica alcançar a retirada dos obstáculos à livre oferta de seus produtos ao consumidor.

O palestrante apontou também o uso crescente de remédios para fins não médicos. Segundo ele, esse tipo de utilização tem três objetivos: a normalização, ou seja, tornar-se “normal” ou ajustado a um padrão; o reparo, como no caso de tratamento da calvície; ou ainda o aumento da performance em determinada atividade, quando o medicamento é utilizado por pessoas saudáveis. “Isso já vem sendo feito na ausência de qualquer



envolvimento médico, como no caso de estudantes e executivos que tomam o estimulante metilfenidato, a chamada ritalina (estimulante indicado para pessoas com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade)", observou. O uso crescente de antidepressivos, ansiolíticos e indutores do sono também foi mencionado por ele.

Para Gabe, a mídia desempenha importante papel na mediação da relação entre indústria e consumidores de medicamentos. Mas a sua atuação não é, na opinião do pesquisador, tão direta e maniqueísta como o da propaganda propriamente dita: a mídia pode atuar como uma "ferramenta de marketing mascarada de educação". Sobre o lançamento de novos medicamentos, por exemplo, Gabe afirmou que "a imprensa oscila entre a idealização e a condenação".

Ele chamou a atenção para os anúncios e as oportunidades de compra direta de medicamentos por meio das novas mídias: "Há um fenômeno de banalização, domesticação, no sentido de tornar-se uma ação doméstica, corriqueira, cotidiana". Gabe disse ver a procura de novos canais e suportes para a farmacologização.

O pesquisador lembrou ainda que as associações de pacientes de doenças raras ou crônicas têm um potencial de ativismo para regular a entrada de novas drogas no mercado, e essa característica é explorada pela indústria: "Os pacientes e familiares são grupos de consumidores informados, tratados pela indústria como parceiros". Na análise dele, essa relação pode ser tanto boa quanto ruim para a saúde coletiva. "O poder do ativismo pode levar à resistência ou, ao contrário, ajudar a indústria farmacêutica. Vai depender se os grupos estão cooptados ou mesmo formando uma barreira para defender-se dela", ponderou.

GOVERNANÇA GLOBAL E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Em outra mesa, "Medicamentos e saúde global", o historiador Jeremy Greene, do Johns Hopkins Institute, nos Estados Unidos, reforçou a importância de se compreender a força e as ações da indústria farmacêutica. O autor dos livros *Will to live*, sobre a epidemia de aids, e *The Republic of Therapy*, afirmou que a saúde vem sendo *reconceitualizada* em termos farmacêuticos.

Greene, que se declarou "um estudioso do que significa ser normal ou anormal, saudável ou doente", defendeu que o conceito de saúde é construído culturalmente e historicamente. "Precisamos ter uma sensibilidade histórica para o conceito de saúde global. O desenvolvimento tecnológico não é suficiente para explicar o redirecionamento conceitual na direção das drogas, dos fármacos", disse. Para ele, está em curso uma *comoditização* da saúde e dos corpos: "Em termos globais, há um excesso de consumo de medicamentos no Norte e um subconsumo no Sul", explicou.

O pesquisador discutiu o contexto político e histórico da criação da Lista de Medicamentos Essenciais e de suas alterações posteriores. O documento, publicado em 1977 e atualmente na sua 17ª versão, é utilizado como modelo para a maioria das relações de medicamentos essenciais nacionais.



FOTOS: FELIPE PLAUSSKA

Gabe: farmacologização redefine problemas de saúde e transforma o uso de medicamentos em 'estilo de vida'



Greene: 'comoditização' da saúde e dos corpos, com excesso de consumo de medicamentos no Norte e subconsumo no Sul

A pergunta que a lista tenta responder é, segundo ele: "As pessoas têm direito aos fármacos?".

"As listas de medicamentos essenciais nos países da África até poucos anos atrás eram uma total farsa porque não incluíam medicamentos contra a aids", comentou Greene. Ao mostrar um mapa com dados sobre a gravidade da epidemia da doença no continente, ele afirmou que o estado de coisas apresentado evidencia a "falta de viabilidade moral" das políticas globais de saúde. "As listas se compõem de medicamentos que não são mais o de primeira escolha. A indústria se utiliza do argumento 'drogas velhas para um mundo pobre', e as empresas se articulam de maneira a não ver a ameaçada a propriedade intelectual".

Sobraram críticas também para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições internacionais, que, segundo o palestrante, não conseguem ter eficácia normativa para defender que as listas de medicamentos essenciais sejam atualizadas e adequadas aos Estados. "A OMS está desabando. Não é o conceito de drogas essenciais, mas a OMS que está desabando. A ideia da lista é muito válida e a OMS deve ser a guardiã".

Fundamentalismo: uma ameaça à cidadania

Brasil é um país de Estado laico, ou seja, não possui uma religião oficial definida, não apóia nem discrimina nenhum credo. No entanto, na prática, não é bem assim. Apesar de a liberdade de crença e cultos divergentes ser garantida no artigo 5º da Constituição Federal, a intolerância religiosa tem sido responsável por casos de perseguição e violência em todo o território nacional.

“Quem acha estranho um assunto como esse num congresso de saúde, tem que saber que a saúde é a principal área a sofrer com a força dos dogmatismos religiosos e o crescimento de um pensamento conservador”, alertou Kenneth Rochel Camargo Jr., do IMS/Uerj, na abertura da mesa intitulada *Teocracia e fundamentalismos na contemporaneidade: ameaças à cidadania e ao Estado laico*. Kenneth fez questão de listar algumas polêmicas que demonstram o tamanho do problema, como o projeto legislativo conhecido como “cura gay” (que permite aos psicólogos promover tratamentos com o objetivo de curar a homossexualidade), o Estatuto do Nascituro e censuras a campanhas de HIV/aids e de visibilidade às prostitutas. “Direitos humanos e civis são parte integral do direito à saúde”, provocou.

Para Sonia Correa, co-coordenadora no Brasil do Observatório de Sexualidade e Política ligado à Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (SPW/Abia), o dogmatismo é um problema global contemporâneo que reflete o embate entre a plena realização dos direitos sexuais e reprodutivos e o campo religioso. A pesquisadora chamou a atenção para o abismo que existe entre aquilo que as comunidades religiosas dizem e os discursos de seus representantes. “O problema não é a religião, mas os discursos. A voz religiosa não é só a voz dos dogmáticos. É preciso ouvir as comunidades”, pontuou. “E mais do que isso é preciso investigar sistematicamente como e por que essas vozes mais

extremadas têm conseguido emplacar dogmas com tamanha facilidade”.

O deputado federal Jean Wyllys (Psol-RJ) avaliou a conjuntura nacional a partir dos conflitos legislativos que colocam, de um lado, os parlamentares que defendem projetos de viés conservador e, de outro, aqueles que reconhecem a diversidade de práticas religiosas. “Mas não é um debate simples. A nossa cultura e nossas subjetividades estão impregnadas de uma moral cristã. A própria noção de direitos humanos que a gente evoca tem o seu fundamento no cristianismo”, disse, acrescentando que a intenção não é banir da esfera pública o ponto de vista religioso. “Mas é essencial que ele seja plural”.

Entre os projetos em tramitação no Congresso que ferem a laicidade do Estado brasileiro, Jean Wyllys fez questão de citar a PEC da Teocracia — como o deputado vem chamando a Proposta de Emenda Constitucional nº 99, que possibilita que entidades religiosas questionem a constitucionalidade de leis no Supremo Tribunal Federal. Segundo o deputado, a proposta é mais um instrumento para abortar leis ou atos normativos que estendam a cidadania a homossexuais ou procurem preservar a dignidade humana. Jean Wyllys citou ainda como exemplo de desrespeito às crenças religiosas o projeto de lei que proíbe o uso e o sacrifício de animais em práticas de rituais religiosos. Para ele, essa é mais uma ofensiva às religiões de matriz africana.

Por outro lado, de acordo com o deputado, da forma como o debate vem acontecendo hoje no Congresso Nacional, fica cada vez mais difícil aprovar projetos que reconheçam a diversidade de práticas religiosas, como os projetos de lei de identidade de gênero, legalização do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo ou criminalização da homofobia. “Atualmente, como está configurado o Congresso Nacional, vamos avançar muito pouco para garantir os direitos das mulheres ou da população LGBT”, lamentou. “O máximo que vamos conseguir é lançar mão de artifícios para impedir que os projetos de natureza fundamentalista avancem. Mas aprovar os nossos, eu não acredito que aconteça”.

Participando do debate estava ainda o juiz do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Roger Raupp, que alertou para os perigos de se elevarem valores da fé a pressupostos políticos. “Se o debate público é preenchido por argumentos de fé, alguém vai sair perdendo porque terá que ser submetido à fé alheia”, disse. “Isso pode trazer graves consequências, inclusive para as pesquisas científicas”. O magistrado citou como exemplo argumentos religiosos colocados de forma direta contra pesquisas com células tronco ou cirurgias de mudança de sexo. “A distorção do conceito de laicidade e a apropriação indevida desse conceito podem deixar a porta aberta para que projetos políticos reacionários ganhem espaço”.

Jean Wyllys (E):
fundamentalismo barra
projetos que reconhecem
a diversidade; Kenneth
Camargo: saúde é a
área mais ameaçada



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

Registro, justiça, reparação

“Para que tenhamos entendido a nossa história; a história das viúvas e dos órfãos do *talvez, quem sabe*”. A frase, dita pelo advogado e ex-deputado federal Antonio Modesto da Silveira, de 86 anos, emocionou os presentes ao lançamento da Comissão da Verdade da Reforma Sanitária (CVRS). Modesto se referia aos *desaparecidos* — na realidade, aqueles que foram perseguidos, torturados e assassinados pela ditadura militar — e a seus familiares. Ele foi responsável por defender centenas de presos e perseguidos políticos e, como parlamentar, encaminhou a votação da Lei da Anistia.

A CVRS é o braço, no campo da Saúde, da Comissão da Verdade, instaurada em âmbito nacional pela Lei 12598, de 2011, com o objetivo de examinar e esclarecer as violações de direitos humanos praticadas pelos agentes do Estado entre 1964 e 1985. A proposta da criação da comissão da Saúde foi formulada por Anamaria Tambellini, professora aposentada da Ensp e da UFRJ. A sugestão foi aprovada por unanimidade no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em novembro de 2012, em Porto Alegre.

A intenção é registrar e esclarecer a repressão política aos trabalhadores da saúde durante a ditadura militar no país, por meio de um sistema de informações *online*. As pessoas que sofreram violações de direitos humanos ou que conhecem histórias de violação poderão se expressar ali, conforme explicou à *Radis* o presidente da Abrasco, Luis Eugenio Portela. Uma vez feita a denúncia, os membros da comissão irão apurá-la e propor as medidas cabíveis, tanto em termos de registro e publicização das informações, quanto em termos de busca da reparação. Esse processo envolverá pesquisa documental e testemunhos.

Uma dos tristes episódios protagonizados pela ditadura militar que afetaram a Saúde foi o Massacre de Manguinhos, em 1970, que calou e suspendeu os direitos políticos de pesquisadores da Fiocruz (*Radis* 120).

O resgate daqueles que tiveram seus destinos interrompidos requer mobilização da comunidade da Saúde Coletiva. “Vale dizer que a comissão também apurará casos em que profissionais da

saúde tenham sido não as vítimas, mas os algozes”, declarou Luis Eugenio. Ele acredita que os esclarecimentos e a discussão sobre violação de direitos durante o período da ditadura militar podem contribuir para o aprofundamento do projeto do SUS e sua consolidação. “Não devemos esquecer que a Reforma Sanitária tinha como orientador da sua luta, nos anos 70 e 80, o lema *Democracia e Saúde*. A restauração da verdade e a reparação das violações são essenciais para a garantia da paz, da justiça e da democracia”, afirmou.

Para o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, uma das diversas dimensões da comissão é a de “refletir sobre a violência de Estado, uma marca muito forte da ditadura brasileira, que deixou como consequência, ainda nos dias atuais, uma cultura de violência e uma rede de impunidade”. Segundo ele, a comissão poderá aclarar situações que têm efeito direto na vida das pessoas, em suas trajetórias pessoais e profissionais. Gadelha reafirmou que a Fiocruz está associada à comissão e dá apoio logístico e documental, além de incentivar a pesquisa a respeito daquele momento do país. “O campo da saúde esteve à frente do processo de redemocratização, e não poderia deixar de estar presente na Comissão da Verdade”, considerou.

Além das narrativas individuais, acrescentou Gadelha, a comissão tem o potencial de reacender o debate sobre rumos e projetos de futuro em relação a muitas experiências significativas em saúde, que não seguiram adiante devido à repressão da época. “A Reforma Sanitária trouxe uma visão de Estado. Espero que o espírito da Comissão contamine a pesquisa e também o campo da Comunicação e da ação política, para que o tema seja permanentemente pautado”.

A Comissão é composta por Ana Maria Costa, presidente do Cebes; Danilo Costa, da USP; Fermin Roland Schramm, da Ensp; Heleno Correa, da UnB; Hermano Castro, diretor da Ensp; José Rubem de Alcantara Bonfim, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Larissa Mendes, do Cebes/Pará; Letícia Rodrigues da Silva, da UFPR e da Anvisa; Lia Giraldo da Silva Augusto, da UFPE; Luis Eugenio Portela, presidente da Abrasco; Umberto Trigueiros, diretor do Ictit; e Waldir Bertulio, da UFMT e da Andes.

Cassados de Manguinhos em seu retorno à Fiocruz, em 1979: desmobilização de equipes de pesquisa que atuavam desde os anos 1930

FOTO: CID SAVIÃO / FIOCRUZ



A voz rouca das ruas

Manifestações. Gás lacrimogêneo. Spray de pimenta. Prisões. Transporte público. Black Blocs. Vandalismo. O debate *A reemergência da mobilização social no Brasil e o lugar da saúde na agenda de reivindicações* buscou fazer uma síntese dos protestos que tomaram as ruas em 2013, e de suas relações com as políticas de saúde.

Participou da mesa o pesquisador da Fiocruz Paulo Roberto de Abreu Bruno, que chegou a ficar preso por três dias ao acompanhar os eventos no Rio de Janeiro como parte do seu trabalho no Fórum de Articulação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) com Movimentos Sociais. Para ele, o descontentamento da população vinha sendo demonstrado desde muito antes do mês de junho, quando culminaram as manifestações.

A partir de antecedentes históricos, como a desocupação da Aldeia Maracanã, no Rio de Janeiro, em março de 2013, e do bairro Pinheirinho, em São José dos Campos, São Paulo, em janeiro de 2012, houve, segundo ele, uma exacerbação tanto da revolta popular quanto da repressão policial.

Traçando uma linha do tempo, Paulo listou ainda diferentes mobilizações por serviços públicos de qualidade e contra os aumentos de tarifas de água e transporte coletivo em muitas capitais brasileiras, desde o início da década de 2000, até o Dia Mundial dos Impactados Ambientais, em 6 de junho de 2013, quando pipocaram manifestações em diversas cidades brasileiras.

Daquele momento em diante, conforme rememorou, uma onda mais forte sacudiu o país, com multidões carregando um profusão de faixas e cartazes. “Até o início de junho de 2013, era um movimento sem liderança”, disse ele, contando que fez um trabalho etnográfico e “quase de infiltrado” nesses protestos. “Participei para conhecer”, declarou. Entre as palavras de ordem, a saúde aparecia na forma de demandas e slogans como “Hospitais/saúde padrão Fifa”, “Saúde não é mercadoria” e “Da Copa eu abro mão, quero dinheiro para saúde e educação”.

A falta de mobilidade urbana e as remoções de dezenas de milhares de pessoas por conta de grandes eventos e em nome do desenvolvimento urbano, em pauta nos protestos, têm como consequências um desenraizamento que afeta profundamente a saúde, alertou. “Tudo isso faz parte de uma estratégia de desmobilização. A terceirização do trabalho na saúde também faz parte desse processo de dominação”.

A intensa polêmica gerada pelo uso massivo de bombas de gás e armas de efeito “moral” por parte da polícia, pelos cercos e perseguição a manifestantes, e também as depredações de carros, lojas e agências bancárias, e as prisões em larga escala foram também relembradas. Após jornalistas e fotógrafos saírem feridos e o tema ganhar repercussão internacional, houve uma virada na cobertura jornalística da imprensa comercial. O momento histórico ganhou alguns nomes, como “A revolta do gás lacrimogêneo”, conforme publicou o jornal *o Estado de São Paulo* em série especial sobre o tema.

Se a repressão aos atos foi violenta nas ruas, por outro lado, advogados, profissionais de saúde e



FOTO: FELIPE PLAUSSKA

Luis Eugenio: manifestações puseram a saúde na pauta das centrais sindicais e na agenda do governo

cidadãos tiveram que se organizar em uma rede de solidariedade. “No início vi estudantes de Enfermagem e Medicina socorrendo manifestantes, depois, voluntários que estavam ali especificamente para isso, e mais tarde, profissionais se organizaram para dar atendimento durante os protestos”, contou Paulo. “A ação de socorristas e a articulação para criação de um coletivo de psicólogos para quem passou pela experiência de ser levado para o presídio foram novidades no *front*”, indicou.

O cientista político Paulo Fábio Dantas Neto, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e o presidente da Abrasco, Luis Eugenio Portela, apresentaram também suas análises de conjuntura. “Reemergência da mobilização social é um termo feliz”, disse Paulo Fábio, para quem a revolta popular é justa e legítima. “O mundo público precisa cada vez mais de política”, afirmou.

Paulo Fábio comparou as manifestações de junho com o movimento de transição democrática da década de 1980. Para ele, há “elos, não abismos” entre os dois momentos históricos, uma vez que ambos seriam legados vitoriosos da redemocratização. Mas, segundo ele, há um perigo iminente quando se observam autoridades buscando negociar diretamente com manifestantes quando estes estão “sem organização nem liderança”. “É uma estratégia fascista”.

“A saúde teve um saldo positivo, porque entrou na pauta de luta, inclusive das centrais sindicais e na agenda do núcleo duro do governo”, comentou Luis Eugenio. Daqui para frente, segundo ele, a mobilização deveria se dar para “gerar saldo organizativo”. Isso, em sua visão, inclui a busca de uma reforma política para repetir os êxitos da década de 1980. “O movimento da Reforma Sanitária foi bem sucedido em sintonizar a bandeira política com a da saúde, respondendo aos anseios da população. Hoje, a Reforma Sanitária deve se incluir na pauta da *republicanização* do Estado”.



Democratização da comunicação, uma pauta da Saúde

“Democratização da comunicação: o que a saúde tem a ver com isso?” Mais do que responder objetivamente a essa pergunta, os participantes do debate promovido pelo Laboratório de Comunicação e Saúde (Laces) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) queriam provocar a plateia sobre um tema antes considerado marginal e que agora ocupa cada vez mais espaço na agenda política do país: o direito à comunicação — que, ficou claro para quem assistiu à discussão naquela manhã, está irremediavelmente ligado ao direito à saúde.

“Não é possível haver saúde sem democracia, nem democracia sem comunicação”, disse Rogério Lannes, coordenador do Programa Radis durante o debate. Para ele, o direito à comunicação é essencial para que se alcance o direito à saúde. “No entanto, o tipo de cobertura praticado hoje tem colocado a mídia como um adversário do direito à saúde”, ponderou Rogério.

Nas palavras da pesquisadora do Icict/Fiocruz Áurea Maria da Rocha Pitta, há uma matriz discursiva hegemônica em países latino-americanos que coloca os modelos de saúde deslocados da realidade e define o que é saúde e o que é doença de forma muito limitada. “Para dar visibilidade a outras questões e quebrar essa matriz, a democratização da comunicação é fundamental”, defendeu.

O pano de fundo do debate foi o Projeto de Lei de Iniciativa Popular da Mídia Democrática (*Radis* 131), que propõe a regulamentação da

comunicação no Brasil, com o fim dos monopólios, a democratização dos setores de rádio e TV e o Marco Civil da Internet, entre outras diretrizes que garantem o direito à comunicação expresso na Constituição Federal Brasileira. “Nosso marco regulatório atual é arcaico e a legislação, fragmentada e incoerente”, apontou Orlando Guilhon, superintendente de Rádio da Empresa Brasil de Comunicação (EBC) e integrante do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC).

Guilhon fez uma retrospectiva da luta pela democratização da comunicação no Brasil e dos últimos passos da campanha “Para Expressar a Liberdade”, que vem desenvolvendo ações e coleta de assinaturas para o projeto. Para que possa tramitar na Câmara como vontade popular, é necessário um número de 1,3 milhão de adesões. “Todos os países civilizados têm órgãos que restringem à manipulação da mídia”, disse, reforçando que é necessário pôr um fim à lenga-lenga de que o projeto pretende impor censura aos meios de comunicação. “É exatamente o oposto. O que queremos é diversificar as fontes de informação”.

A conversa, em tom informal, teve início com a exibição do vídeo *Levante sua voz*, produzido pelo Coletivo Intervezes, que faz um retrato da concentração dos meios de comunicação no Brasil. “Esse filme deveria ser exibido na Rede Globo”, brincou o mediador do debate, Umberto Trigueiros, diretor do Icict.

SAIBA MAIS

Projeto de Lei de Iniciativa Popular para uma Mídia Democrática
www.paraexpressaraliberdade.org.br

Vídeo *Levante sua voz*
<http://goo.gl/DiSx4R>

Comissão da Verdade da Reforma Sanitária
<http://cvrs.icict.fiocruz.br/>

Comissão Nacional da Verdade
www.cnv.gov.br/

Nas manifestações de junho, a regulamentação da mídia apareceu como bandeira de luta: não há democracia sem comunicação



Reforma u

Conferência discute sistema para coordenar



Liseane Morosini

“**Q**uem muda a cidade somos nós. Reforma urbana já!” foi o grito dos 3 mil participantes da 5ª Conferência Nacional das Cidades, realizada em Brasília, entre 21 e 24 de novembro. Delegados, convidados e ouvintes indicaram que a reforma urbana é urgente para todos os que vivem nas cidades, a fim de transformar o cenário real em cenário desejável — com moradia digna, mobilidade, saneamento e planejamento urbano. Divididos em oito grupos de trabalho, eles debateram em sessões plenárias as políticas públicas que impactam o presente e o futuro das cidades. Não apenas

das grandes, nas quais vivem 84% da população brasileira, mas também dos pequenos municípios.

Os participantes partiram da constatação de que as cidades brasileiras vêm sendo construídas sem um ordenamento capaz de assegurar qualidade de vida para os cidadãos e sustentabilidade para seu crescimento. A reversão desse quadro, apontaram, exige a coordenação das ações governamentais de forma a assumir a política urbana como estratégica para o país, a universalização do acesso às políticas urbanas e a superação da cultura de fragmentação da gestão — que separa habitação de saneamento ambiental, por exemplo, gerando desperdício de recursos, ineficiência e reprodução das desigualdades.

A solução para pensar as cidades de forma

urbana já!

ações de desenvolvimento nas cidades



integral, concordaram, é o Sistema Nacional de Desenvolvimento Urbano (SNDU), ao qual deveria caber a coordenação das ações de diferentes esferas de governo e o envolvimento dos cidadãos na sua fiscalização. A criação do SNDU foi aprovada na 2ª Conferência das Cidades, em 2005, mas o sistema não foi instituído no âmbito federal. O Conselho Nacional das Cidades chegou a elaborar uma proposta de projeto de lei para a criação e o funcionamento do SNDU, ainda não encaminhada ao Congresso Nacional. Alguns estados implementaram conselhos das cidades, mas a maioria não está funcionando efetivamente ou apresenta baixa capacidade deliberativa. Nos municípios, o número de conselhos das cidades é pequeno.

CONSTRUINDO CIDADES

Os debates da conferência giraram em torno de estratégias para institucionalizar o SNDU. O sistema foi tratado fundamentalmente sob os eixos da participação e controle social; dos instrumentos e políticas de integração intersetorial e territorial; do Fundo Nacional de Desenvolvimento Urbano (FNDU); e das políticas de incentivo à concepção de instrumentos de promoção da função social da propriedade. Para Miguel Lobato da Silva, coordenador do Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN), o SNDU tem capacidade de abandonar o “discurso” e a “falácia”, partindo para a efetividade. “Mais do que construir habitação, é preciso construir cidades”, comentou.



FOTOS: FELIPE PLAUSKA

Expedito Solaney: “A cidade deve ser para todos e não um grande terreno para a especulação imobiliária”

Na avaliação de Miguel, os planos diretores das cidades são muito bons, mas falta dinheiro carimbado para pô-los em prática: “O cano do esgoto não brota da terra. Alguém tem que ir lá cavar. E para cavar custa dinheiro”. Daí a importância do Fundo Nacional de Desenvolvimento Urbano, que deve ser criado para oferecer suporte financeiro às ações da União, de estados e de municípios para atender aos objetivos da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, com rubricas específicas para as áreas de habitação, saneamento ambiental, mobilidade e programas urbanos estratégicos.

De acordo com o secretário nacional de Políticas Sociais da Central Única dos Trabalhadores, Expedito Solaney, o fundo não vai financiar a ação do governo, mas sustentar o sistema: “Vai garantir que o município acesse esses recursos para financiar projetos amplos de desenvolvimento urbano que estejam no contexto de toda a cidade. Não é um financiamento pontual”. Ele reforçou que “a cidade deve ser para todos e não um grande terreno para a especulação imobiliária”.

Já o coordenador da Frente Nacional dos Vereadores pela Reforma Urbana, Carlos Comasseto, disse acreditar que os municípios não vão conseguir resolver todas as demandas. Por isso, para ele, é preciso construir pactos em torno do desenvolvimento urbano. “Até porque o passivo da urbanidade é grande”, opinou. Carlos defendeu total controle na aplicação dos recursos e ressaltou a importância da integração das políticas. “Não dá para ter uma política de transporte ou de saneamento na capital e outras nas cidades do entorno”.

O professor do Instituto de Pesquisa e Planejamento Regional (IPPUR) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Orlando Júnior, pesquisador do Observatório das Metrópoles, espera que a partir do SNDU as políticas de intervenção considerem a diversidade do país, entendendo as especificidades de cada município. “Os municípios terão muito a ganhar”, disse.



Orlando Júnior: sistema de desenvolvimento urbano deve considerar diversidade do país e especificidades dos municípios

CRÍTICAS À ‘OFICIALIDADE’

Na abertura da conferência, a presidenta Dilma Rouseff anunciou a contratação de dois milhões de moradias e a construção de 1,4 milhão pelo programa Minha Casa, Minha Vida. Até o fim deste ano, ainda serão contratadas outras 750 mil casas e apartamentos. Dilma afirmou que a continuidade do programa está sendo planejada, deixando para anunciar futuramente o tamanho do desafio da terceira fase do Minha Casa, Minha Vida. A presidenta ainda falou sobre o aumento do investimento do Governo Federal em saneamento básico. Entre 2005 e 2006, o país investiu R\$ 500 milhões no setor, montante equivalente a 0,5% do que é aplicado hoje. Dilma prometeu se empenhar para buscar soluções para os conflitos fundiários urbanos. “Junto com essa conferência vamos construir um formato de lei para prevenção de conflitos fundiários, em especial em áreas de patrimônio da União”.

Apesar dos anúncios, o governo não foi poupado de críticas. Mércia Alves, ativista da reforma urbana e ligada à organização SOS Corpo, viu pouco comprometimento do poder público na condução do evento; para ela, até a presença da presidenta fez parte do critério da “oficialidade”. Seu principal alvo foi o fato de o Ministério das Cidades não gerir recursos relacionados à política urbana: “Quem tem dinheiro é quem manda, quem decide. Hoje, a maior parte de recursos destinados à habitação vem do Minha casa, Minha Vida, que é um programa da Casa Civil”.

Secretário-executivo da conferência, Carlos Dias, por outro lado, viu na ampla mobilização o sucesso do evento. “Essa foi a maior conferência já realizada”, ressaltou. Em entrevista à *Radis*, ele afirmou que 240 mil pessoas estiveram envolvidas anteriormente em conferências municipais realizadas em 2,8 mil municípios e que, pela primeira vez, houve maior participação de municípios pequenos (abaixo de 20 mil habitantes). “A conferência deseja que as políticas públicas voltadas para a cidade converjam para um eixo comum e que haja sinergia entre elas”, disse. Outro ganho apontado por ele



Mércia Alves: Ministério das Cidades deveria gerir recursos relacionados à política urbana, hoje concentrados na Casa Civil

Carlos Dias: políticas públicas voltadas às cidades devem convergir para eixo comum

foi a instalação do grupo de trabalho interministerial que tratará da elaboração da proposta de lei para a criação do SNDU, sob coordenação do Ministério das Cidades.

Mesmo considerando que a conferência representou um avanço na discussão do SNDU, o professor Orlando Júnior observou a “falta de conflitos no evento, onde o antagonismo não se expôs”. Ele se referia à ausência de setores mais conservadores, de líderes empresariais e dos governos — do Governo Federal, em especial. “Sem contradições, não há avanços”, opinou. Para ele, esse cenário diminui a capacidade decisória da conferência, principalmente em questões cruciais, como a propriedade da terra. “É um nó. Temos que desmercantilizar a propriedade

e os serviços urbanos: moradia, água, saneamento ambiental e mobilidade não podem ser mercadorias”.

Assim, na avaliação de Orlando, a conferência expressou mais as posições dos movimentos populares do que uma negociação da qual participaram diversos atores sociais. E isso leva a um ciclo vicioso no qual os delegados “cumprem tabela”, já que as decisões do evento são recomendações — ou seja, podem ou não ser implementadas. “Conselhos e conferências foram uma briga dos movimentos sociais, para exercitarmos a co-gestão participativa, só que nesses espaços a gente vive um momento de estrangulamento pela não obrigatoriedade legal de se cumprir o que decidimos. Mas ainda prefiro assim a voltar ao que era antes”.

Alagados, na periferia de Salvador, exemplo de área degradada à espera de moradia digna, mobilidade, saneamento e planejamento urbano



FOTO: LÍSEANE MOROSINI

Agentes comunitários de Ananindeua (PA) em ação: centralidade dos trabalhadores na efetivação do direito à saúde



A força de trabalho na garantia de saúde para todos

Evento reafirma papel central dos profissionais de saúde para alcançar a cobertura universal e traz à tona o peso dos setores público e privado nesse processo

Eliane Bardanachvili

Faltam no mundo, hoje, 7,2 milhões de profissionais de saúde, e esse número pode chegar a 12 milhões, em 2035. Os dados são da Organização Mundial da Saúde (OMS) e foram apresentados no 3º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, realizado de 10 a 13 de novembro no Recife. Mais de 2 mil participantes de 93 estados-membros da OMS (o maior evento já realizado na área de recursos humanos em saúde, de acordo com os organizadores) reuniram-se em torno do tema geral, *Recursos Humanos para a Saúde: base para a cobertura universal e agenda de desenvolvimento pós-2015*, que, ao mesmo tempo, apontou para a centralidade da força de trabalho na garantia de saúde de qualidade para todos, e indicou a cobertura universal como o grande objetivo a ser alcançado pelos países. O conceito de cobertura universal, defendido pela OMS, é, no entanto, alvo de críticas (*Radis* 134 e 136), uma vez que, na busca de cobertura para todos, e não de sistemas universais, abre-se espaço para planos de saúde privados e para uma fragmentação dos sistemas de saúde.

Os debates do fórum foram norteados pelo relatório *Uma verdade universal: não há saúde sem força de trabalho* (*A universal truth: no health without a workforce*), assinado pelos organizadores do evento, a OMS e a Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA, da sigla em inglês), que reúne governos, representantes da sociedade civil, agências internacionais, instituições financeiras, pesquisadores e associações profissionais. O relatório apresentou o cenário da saúde de 36 países de todos os pontos do planeta, para nortear um debate sobre como manter, sustentar e acelerar os progressos rumo à cobertura universal, conforme está indicado na apresentação. “Este fórum é um dos eventos mais significativos do ponto de vista político. Agora que os líderes do mundo abraçam a

cobertura universal, torna-se crítica a questão dos trabalhadores da saúde”, disse Marie-Paule Kieny, diretora assistente de sistemas e Inovação em Saúde da OMS. “Há quem ache cobertura universal um objetivo ambicioso”.

De acordo com a OMS, são necessários, no mínimo, 22,8 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes e 34,5 para cada 10 mil para universalizar a cobertura. O relatório aponta 83 países com índice inferior ao mínimo, a maioria concentrada na África Subsaariana (a Etiópia, por exemplo, tem 0,3 médicos por 10 mil habitantes). No Brasil a relação é de 31,4 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes, mais do que o mínimo recomendado pela OMS, mas menos do que o necessário para atingir a cobertura universal. Cuba conta com 134,6 profissionais para cada 10 mil habitantes e Venezuela, com 67,4.

PÚBLICO E PRIVADO

A discussão sobre a força de trabalho em saúde com vistas à cobertura universal trouxe à tona os pesos dos setores público e privado nos diferentes sistemas de saúde em todo o mundo. “A noção de cobertura universal varia muito entre os países, assim como a noção de direito à saúde como responsabilidade do Estado é estranha para alguns deles”, observou Mariângela Simão, diretora para questões de gênero, direitos e mobilização comunitária do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UnAids), referindo-se, em especial, aos países africanos, onde 40% do atendimento voltado ao HIV/aids se dá por organizações católicas ligadas à Igreja. “A responsabilização do governo pela saúde de seus habitantes é algo novo no continente africano. Na América Latina e Europa, essa noção é mais clara”, disse. “De qualquer maneira, o fato de os governos trazerem para a agenda a ideia de que todos têm de ter acesso a uma saúde de qualidade é muito inovador e positivo”, considerou.

“Quando o assunto é saúde, os governos de



FOTOS: CAROLINA NIEMEYER

Marie-Paule (E): cobertura universal ainda é objetivo ambicioso; Mariângela: países estranham direito à saúde como responsabilidade do Estado; Odile: organismos internacionais abrem porta ao setor privado

países de baixa renda, bem como as pessoas que neles vivem estão dispostos a pagar o que for preciso. E o setor privado quer capturar isso”, apontou Odile Frank, da Public Services International, federação de sindicatos que representa 20 milhões de trabalhadores e leva serviços públicos a 150 países. “Organismos internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional buscam abrir a porta para a penetração do setor privado na saúde”.

Para o representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) no Brasil, Joaquín Molina, a ideia de sistemas universais em contraposição à de cobertura universal não está em debate. “Não há antagonismo. O desafio é como financiar a saúde em sistemas fragmentados”, observou. “O Brasil deu passo de gigante com uma estrutura única de prestação de serviço. Mas ainda não conseguiu ser totalmente único. Há essa dicotomia nos sistemas únicos: o que se tem e o que se aspira ter”, considerou.

Para Molina, a proposta de cobertura universal quer mexer com uma “realidade que choca”, na qual países não têm sistemas públicos, nem saúde gratuita. “Como fazer com esses países para não aprofundar diferenças? Isso é o que a cobertura universal quer trabalhar”, afirmou.

“A participação do setor privado pode se dar por tempo limitado, sem fazer os países ficarem vulneráveis a eles”, analisou o pesquisador Ronald Labonté, do Instituto de Saúde da População, no Canadá, e professor do Departamento de Epidemiologia e Medicina Comunitária da Universidade de Ottawa. “Sou cético em relação a contratos de longo prazo com companhias privadas”, disse, em entrevista à *Radis*, defendendo que não é preciso abrir espaço na estrutura dos países para que o privado se instale. “Investidores querem fazer investimentos, sem correr riscos”.

VANGUARDA

Se as edições anteriores do fórum (em Kampala, Uganda, em 2008, e Bangkok, Tailândia, em 2011) tiveram como foco a prestação do cuidado, esta terceira buscou tratar das condições profissionais e de vida daqueles que prestam esse cuidado — o trabalhador de saúde, considerado como “vanguarda da cobertura universal”, como definiu Carissa Etienne, diretora da Opas, na mesa de abertura. “Estamos aqui hoje para ver os profissionais de saúde para além do aspecto utilitário de sua função, como seres humanos que

vão se engajar nas mudanças pelo bem de todos”, considerou.

Crise financeira global, acelerada transição demográfica e epidemiológica (incluindo-se aí o envelhecimento da população, a migração e o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis), bem como os avanços tecnológicos e ainda o crescimento do papel do setor privado na saúde são, segundo o relatório da OMS/GHWA, algumas características do cenário no qual o trabalhador de saúde torna-se imprescindível. “O investimento em recursos humanos em saúde continua baixo; existem discrepâncias entre a oferta e a demanda de trabalhadores; o planejamento em recursos humanos em saúde é frequentemente enfraquecido por intervenções não coordenadas em questões isoladas, focando numa situação ou doenças específicas e não na prevenção”, disse Carissa.

EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Também na mesa de abertura, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, apresentou a experiência brasileira com o Sistema Único de Saúde e ações do governo, com ênfase no programa Mais Médicos (*Radis* 134). “Nunca ninguém me perguntou se eu achava estranho um país exportar bombas, armas, produtos que afetam o meio ambiente. Mas muitos fazem isso em relação ao fato de Cuba exportar médicos que ajudam o Brasil a construir seu sistema de saúde”, observou. O ministro lembrou que cinco estados brasileiros têm menos de um médico por mil habitantes e que, nos últimos dez anos, o governo gerou 147 mil postos de primeiro emprego para médicos no país, mas formaram-se apenas 93 mil profissionais. De acordo com o ministro, o Brasil precisa de mais 13 mil médicos e 3,6 mil já estão em atividade para suprir essa lacuna, via Mais Médicos. “A meta deverá ser atingida em março deste ano”, disse.

O ministro ressaltou também a importância da abordagem multiprofissional na saúde e as conquistas alcançadas pelo país, como a redução dos índices de mortalidade infantil (“mais do que os países de renda média elevada”) e melhoria da saúde materna, redução de 50% dos índices de malária e o alcance, em 2013, dois anos antes do prazo, do Objetivo do Milênio referente aos índices de tuberculose. “Para isso, foi decisiva a abordagem multiprofissional. Sabíamos que só com médicos não mudaríamos o cenário. Lideranças comunitárias, caciques, padres fizeram diagnóstico e tratamento inicial”.



EMBATES

O evento foi estruturado em quatro mesas redondas de alto nível que abriam os trabalhos de manhã e à tarde, nas quais gestores de governos e de organizações debateram os desafios da saúde e de sua força de trabalho, e 20 sessões de debates — quatro organizadas pelo Banco Mundial, três pelo governo brasileiro, sete pela OMS (sozinha ou em parcerias) e, as demais, por outros organismos e instituições —, em que foi possível conhecer características dos sistemas de saúde dos diversos países, bem como a forma com que lidam com os setores público e privado.

“Os problemas de mão de obra em saúde não se aplicam a Cuba, que tem a maior reserva de trabalhadores de saúde do mundo”, disse o ministro da Saúde cubano, Roberto Morales, apresentando dados sobre o país: não há instalações particulares em Cuba, a principal causa de morte são as doenças crônicas não transmissíveis, mortes por doenças transmissíveis atingem 1% da população, o índice de mortalidade infantil é de 0,4%, há um médico para cada 137 habitantes. Ele se referiu também às Brigadas Médicas Cubanas, que atuam em países com carência de profissionais, como Haiti e Venezuela. “A formação de recursos humanos e o setor de saúde pública são prioridade no país, há 54 anos”, ressaltou Morales. “Mas não formamos para Cuba apenas, formamos para o mundo. É nosso compromisso compartilhar o que temos”.

O ministro explicou, ainda, que em Cuba os cursos superiores de formação médica, as universidades médicas, estão vinculados ao ministério da Saúde, não ao da Educação — e são todos públicos. “Assim, temos oportunidade de planejar os recursos humanos, prepará-los de acordo com a necessidade do país”.

Hussein Mwinyi, ministro da Saúde e Bem Estar Social da Tanzânia, explicou como vem levando à frente as ações de saúde em seu país. Em 2007, o ministério, em parceria com entidades privadas, fez a revisão de políticas de saúde e introduziu um programa de cuidados primários, prevendo um dispensário em cada vilarejo para assistência médica e fornecimento de medicamentos, e atendimento distrital em hospitais, e, ainda, intensificando compromissos internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. “Isso exigiu plano estratégico de recursos humanos. São necessários dez anos para se chegar às metas estabelecidas”, calculou. “Aumentar o número de trabalhadores

vai envolver também o Ministério das Finanças do país”, disse, acrescentando que a Tanzânia estabeleceu parcerias setoriais com países como Tailândia, Cuba e Brasil. “Estamos ouvindo todas as experiências para melhorar nosso plano de trabalho. Estamos prontos para absorver experiências e customizá-las”.

O ministro de Finanças, Planejamento e Desenvolvimento Econômico de Uganda, Fred Jachan Omach, relatou que, no país, estão reservados hoje 10% do orçamento para garantir seguros de saúde à população, buscando-se atingir os 15%. “Temos plano de cinco anos para garantir que a população de Uganda seja saudável”, disse, explicando que levantamento realizado no país em 2010 apontou que somente 56% dos trabalhadores de saúde estavam em suas funções. “Fizemos atualização do sistema, localizando esses trabalhadores e buscando trazê-los de volta”, contou.

‘COMMODITY’

“Os países que tiveram sucesso foram os que se deram conta de que os trabalhadores em um mercado global são uma *commodity* rara”, avaliou a diretora de Desenvolvimento Humano do Banco de Desenvolvimento Africano, Agnes Soucat, para quem a lógica do mercado, a lei da oferta e da procura, deve orientar as ações de saúde nos países. “Há um mercado global”, considerou. “Temos que desenvolver orientação para produzir pessoal de saúde na área rural. Se Cuba exporta, é porque produz para o mercado mundial, quando os outros países não o fizeram”, apontou. “As universidades privadas do Congo formam mão de obra para exportar”.

Para Agnes, um sistema de saúde eficiente “não é contraditório com a indústria capitalista” e pode ser desenvolvido com arranjo público-privado. “Há sistemas financiados pelo setor privado e histórias de sucesso pelo mundo”, disse, à *Radis*.

“A comunidade mundial precisa mudar sua abordagem tradicional em relação aos profissionais de saúde. É fundamental levar em conta de forma global o mercado de trabalho para compreender as forças de mercado que influenciam tanto a oferta quanto a demanda de força de trabalho em saúde. Isso é particularmente importante para a África, com alta carga de doenças e baixa densidade de profissionais de saúde”, defendeu Agnes.

“A saúde é bem público e o Estado tem que garantir”, afirmou o secretário de Regulação e

Molina (E): desafio é financiar a Saúde em sistemas fragmentados; Padilha: conquistas do país têm relação com abordagem multiprofissional; Carissa: investimento em recursos humanos continua baixo



Roberto (E): “Formamos médicos não só para Cuba, mas para o mundo”; Agnes: “trabalhadores em mercado global são ‘commodity’ rara”; Kadiri: não se trata de escolha entre público e privado, mas de garantir acesso

Políticas de Saúde da Argentina, Gabriel Yedlin, na terceira mesa de alto nível, *Necessidades sociais e o papel regulatório do Estado*, que deixou expostos os vários olhares sobre o Estado, ora como *facilitador*, como mostraram França e Itália, ora como garantidor de direitos, como considerou, além da Argentina, o Brasil. Afirmando que em seu país há oferta de excelência de serviços de saúde, como de educação, Gabriel defendeu acesso universal à saúde, na perspectiva da “saúde como direito e não como caridade”. Para ele, ainda, o Estado é também o principal ator na formação em saúde. “O Estado tem que regular os setores e garantir escolas públicas e gratuitas e com acessibilidade, para viabilizar a formação em recursos humanos, e trabalhando nos determinantes sociais da saúde”.

Para Jean-Marc Braichet, chefe de gabinete do Ministério de Questões Sociais e Saúde da França, o Estado é o principal ator da regulação, esta entendida, no entanto, como “uma busca de harmonia diante de uma multidão de atores”. Para Jean-Marc, o Estado seria “o chefe da orquestra”, em um cenário no qual público e privado devem conversar, trabalhar em equipe.

“Prefere-se o público porque o Estado, além de regulador, também é provedor de saúde”, analisou Giovanni Leonardi, diretor geral de Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde do Ministério da Saúde da Itália. “Temos que ficar atentos para não endurecer demais com o setor privado. Às vezes, há muita regulação”, opinou.

Apresentando dados sobre o Brasil, o secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Mozart Sales, alertou que “as parcerias são necessárias, mas não se podem desconhecer os enfrentamentos que se tem que fazer”. Mozart citou a Constituição brasileira, que ressalta o papel regulador do Estado para assegurar direitos. “A compreensão de como vamos atuar para assegurar acesso à saúde está na construção de políticas afirmativas que observem processos dinâmicos de trabalho. O que não é admissível é o Estado refém de interesses corporativos”, afirmou, lembrando os mecanismos de controle social do Brasil, que conta com um Conselho Nacional de Saúde (CNS) paritário entre usuários e trabalhadores.

SINERGIA

Petyer Ngatia, diretor da African Medical e Research Foundation, do Quênia, relatou que o país vem lutando para ampliar sua força de trabalho em

saúde. Para isso, atua em parceria com empresas. “Vamos poder fornecer ao mercado mais 15 mil profissionais de saúde”, anunciou. “Atingir a meta dos 7,2 milhões de profissionais de saúde necessários vai requerer forte parceria entre governo, terceiro setor e setor privado”, considerou.

Timothy Evans, diretor de Saúde, Nutrição e População do Banco Mundial, considerou um desafio chegar “à melhor forma de se obter essa sinergia” e lembrou que o Banco Mundial vem engajando os setores privado e público para eliminar a miséria e incentivar a prosperidade até 2030. “Sem valores como base, nada cresce. Há formas de gerir essas interfaces”, disse.

O diretor de Recursos Humanos do Ministério da Saúde da Nigéria, Shakuri Ayinla Kadiri, considerou que não se trata de escolha admitir ou não o caminho das parcerias público-privadas, mas de se garantir acesso em um país que sofre com demandas de saúde. “Podemos trazer o setor privado para o setor público”, disse ele, relatando que a Nigéria vem recebendo apoio privado para organizar um sistema de informações sobre a força de trabalho em saúde. “Precisamos conhecer o perfil de nossa força de trabalho, onde estão, quem são os trabalhadores, para saber o que precisamos fazer. Se não temos informação, não temos força de trabalho”.

ESTADO ENCOBERTO

Acompanhando os debates, a presidenta do CNS, Maria do Socorro, observou que já esperava do evento “intervenções e abordagens na perspectiva neoliberal, do direito individual”. Para ela, “o Estado fica encoberto, omisso em sua responsabilidade de ordenar o sistema de saúde”, como analisou, em entrevista à *Radis*. “Não existe sistema, não existe Estado. Existe demanda e arranjo intencional para superar essas dificuldades”.

Para Maria do Socorro, o fórum não levou em conta a participação do controle social, embora tenha ficado explícito que, entre os participantes nas plateias, predominavam os trabalhadores de saúde. “Do CNS, viemos em 20 pessoas, mas somos quase 500 participantes, de Abrasco, Cebes, Rede Unida. O formato, no entanto, não abre espaço para essas participações”, observou, apontando, ainda, que os grandes centros urbanos são o referencial para se pensar em políticas públicas. “É a negação do potencial que o meio rural tem. O rural acaba sendo problema e não uma questão de ausência do Estado”.

Para o diretor da OMS Ruediger Krech, a Saúde



estará no caminho certo quando os países reduzirem os pagamentos *out of pocket*, realizados diretamente pelo usuário aos prestadores de serviços de saúde. “É preciso garantir acessibilidade e equidade e que cada cidadão no mundo tenha acesso a serviços de saúde independentemente de poder pagar. Falar em cobertura universal não é uma ofensa”, disse à *Radis*. “Muitos países africanos têm serviços médicos privados. O que importa são boas políticas, de acordo com o que podemos dispor”, disse, vendo “vantagens na flexibilidade”. Ele citou o Brasil e também seu país, a Alemanha, para lembrar que há falta de médicos em determinadas localidades mais distantes. “Há urgência. Não podemos esperar”.

NEM MÍNIMO, NEM TETO

No painel de alto nível sobre responsabilidades e direitos da força de trabalho com vistas à cobertura universal, a ministra da Saúde de El Salvador, Maria Isabel Rodriguez, de 91 anos, empolgou a plateia, ao defender enfaticamente a saúde como direito e relatar os esforços feitos na última reunião do conselho diretor da Opas e da OMS (realizada em Washington, em setembro de 2013) para retirar da *Declaração Política de Recife*, documento final do evento, as expressões *mínimo*, *teto* e *básico*, em referência ao perfil de saúde que se deseja alcançar. “É preciso garantir o que deve ser garantido. Não tem mínimo e não tem teto”, afirmou, alertando para uma má interpretação do conceito de atenção primária, muitas vezes confundida com atenção de primeiro nível. “Quando falamos em atenção para todos, vemos que o *para todos* se vulgarizou. É preciso frisar que é saúde para todos e integral”, ressaltou.

Da plateia, a enfermeira Ivone Cabral perguntou como deve se dar o processo de formação de novos profissionais com espírito de *advocacy* e de trabalhadores ativistas. Maria Isabel respondeu indagando sobre o papel da universidade na busca de novos modelos de formação. “Às vezes, somos injustos. Pedimos a um profissional que se formou dentro de um hospital, sem contato com a comunidade, sem visão de contexto, que faça diferente. É preciso fazer com que a educação superior seja aliada política nesse trabalho e não uma mediadora de conflitos com o empregador”.

RECAPTURAR O PÚBLICO

Também na plateia, Odile Frank, da Public Services International, lembrou que embora o

evento fosse um fórum de recursos humanos em saúde não havia na mesa um representante do meio sindical. “Ouvi aqui que os recursos humanos não querem se envolver no debate. Mas os sindicatos querem trabalhar em estratégias para reduzir a carência de trabalhadores. Temos muito a oferecer”, disse depois, em entrevista à *Radis*. “Tudo o que se falou aqui tem a ver com a atuação dos sindicatos: empoderar os trabalhadores de saúde era o título de uma mesa e nós não estávamos lá!”.

Para Odile, a efetividade do setor privado na saúde não está provada. “Não há tentativas nos países de não permitir que o setor privado esteja na saúde. Se o sistema de saúde não está funcionando bem, o caminho não é abrir espaço para o privado, mas consertar o público, desenhar um sistema de saúde melhor e não buscar saúde fora do sistema”, observou. “Muitos governos estão aqui para negociar parcerias público-privadas. O campo dos recursos humanos em saúde é muito imaturo. É preciso recapturar o setor público”, disse.

Ela relatou, ainda, que houve grande dificuldade para inserir a palavra *union* (sindicato, em inglês) na declaração final, o que acabou sendo conseguido (o termo aparece já no primeiro item do texto, quando se indicam os perfis dos participantes do fórum). “Foram 18 meses de luta”.

Rüdiger (E): o que importa São boas políticas, dentro do que podemos dispor; Gwen: dia a dia do trabalhador de saúde oferece perigos; Labonté: falta de referência à tensão público-privado no documento final do evento



Maria Isabel e a defesa da saúde integral para todos: “Não tem ‘mínimo’ e não tem ‘teto’; é preciso garantir o que tem que ser garantido”


DIA A DIA PERIGOSO

Atuante na proteção dos trabalhadores de saúde, na sociedade científica The International Commission on Occupational Health (ICOH), sociedade científica reunindo 2 mil profissionais de cerca de 93 países, Gwen Orr Brachman observou que proporcionar boa saúde para todos não é uma questão de medicamentos, mas de treinamento e educação dos profissionais, ampliando-se o número e o nível dos trabalhadores — aí incluídos laboratoristas, profissionais de lavanderia, nutricionistas. “Quando vamos a um hospital, pensamos nos pacientes, sem levar em conta os trabalhadores. Mas aquele é um local de trabalho. O dia a dia do trabalhador de saúde é perigoso, com sangue infectado, pacientes com problemas respiratórios, radiação, violência. E eles não estão sendo cuidados e também não foram bem tratados aqui no evento”, analisou. “Se as pessoas têm medo de morrer, o que dizer dos profissionais de saúde? Não se pode tomar conta das pessoas sem tomar conta de si”, frisou. “Vê-se o trabalhador de saúde como ferramenta. Os próprios trabalhadores não se reconhecem como pessoas que necessitam de cuidados, pensam que nunca ficarão doentes”.

DECLARAÇÃO

Ao final do evento, foi divulgada a *Declaração Política de Recife*, que será discutida e referendada pelos países na 67ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, Suíça, em maio. “É a declaração do nosso engajamento”, definiu Marie-Paule Kiény, da OMS. O texto aponta a área de recursos humanos

em saúde como uma das questões deixadas de lado nas agendas de desenvolvimento internacionais e ressalta a necessidade de mais recursos em nível global voltados à força de trabalho em saúde, bem como melhor uso dos recursos existentes, defendendo melhoria da governança e da distribuição dos profissionais. O texto afirma na abertura que o gozo do mais “alto padrão possível” de saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano, “sem distinção de raça, religião, convicção política ou condição econômica ou social” e propõe ação coordenada e solidariedade em nível internacional, regional, nacional e local.

“É um bom resumo do que já sabemos e daquilo com que os países se comprometeram. Isso é importante, mas ainda sentimos falta do reconhecimento de que fatores políticos e econômicos criam barreiras fiscais aos países, especialmente aqueles de baixa e média renda, para que façam frente às demandas de profissionais de saúde”, analisou o pesquisador Ronald Labonté. “Não há referência à grande tensão entre público e privado, ao papel da privatização da saúde na forma distorcida com que se distribuem os trabalhadores, ou no fortalecimento do mercado global que retira os trabalhadores dos países onde eles são mais necessários, levando-os a locais onde sua presença é menos urgente”, apontou. Para ele, “é bem-vindo o clamor da declaração por solidariedade no financiamento do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, mas é tempo, certamente, de maiores compromissos para reduzir as desigualdades em renda, riqueza e recursos, que enfraquecem os sistemas de saúde e sua capacidade de resposta”. 

Enfermeira em Bangladesh atende recém-nascido e sua mãe, na foto vencedora do concurso ‘Um dia na vida de um trabalhador de saúde’, promovido pelo Fórum Global



A CAIXA PRETA DA DÍVIDA

Para investigar natureza do endividamento público brasileiro, movimento da sociedade civil cria auditoria cidadã

Ana Cláudia Peres

Era uma vez o sétimo país mais rico do mundo, que ocupava a nada honrosa 85ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), medido anualmente pela Organização das Nações Unidas com base em indicadores de renda, saúde e educação. Ambos os dados referem-se ao Brasil. A explicação para o paradoxo tem raízes na História. Mas, para a coordenadora nacional da Auditoria Cidadã da Dívida, a auditora fiscal Maria Lúcia Fattorelli, a grande vilã das mazelas sociais do país hoje responde pelo nome de dívida pública.

A dívida consome cerca de metade dos gastos federais a cada ano. Em 2012, absorveu 43,98% dos recursos federais enquanto a Saúde recebeu apenas 4,17%; a Educação, 3,34%; Transportes, 0,7%; Segurança, 0,39%; e Habitação, somente 0,01%. De acordo com levantamento feito pela Auditoria Cidadã da Dívida, movimento que há 14 anos vem mobilizando a sociedade para as questões relacionadas ao endividamento público brasileiro, com os R\$ 753 bilhões utilizados em 2012 para o pagamento da dívida, seria possível construir 974 mil Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou 188

mil Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou 802 mil escolas (com seis salas de aula cada) ou 4 mil hospitais públicos ou ainda 21 milhões de casas populares.

Os números de 2013 não são muito diferentes. No ano passado, a dívida pública consumiu cerca de R\$ 718 bilhões, o que corresponde a R\$ 2 bilhões por dia. “Não existe explicação técnica plausível para o Brasil emitir continuamente novas dívidas, apenas para pagar amortização e juros de dívida, sem que ninguém saiba qual a contrapartida real para essas dívidas”, diz Maria Lúcia, de forma categórica, ressaltando que é preciso descobrir como os valores da dívida externa saltaram de US\$ 5 bilhões, em 1970, para mais de US\$ 441 bilhões, em números atuais. “Já a dívida interna, que era mínima naquela época, praticamente desprezível, hoje chega a R\$ 2,8 trilhões”, completa. “Ou seja, a dívida brasileira é uma dívida financeira, feita em função dela mesma, que se autorreproduz e se autoalimenta”.

A fim de investigar a verdadeira natureza da dívida pública brasileira, é que surgiu o movimento denominado Auditoria Cidadã da Dívida, que hoje conta com nove núcleos espalhados pelo país. “A nossa Constituição [em seu artigo 26 do Ato das Disposições Transitórias (ADCT)] prevê a realização

• Auditoria Cidadã da Dívida
<http://www.auditoriacidada.org.br/>

Publicações

- *Caderno de Estudos – A Dívida Pública em Debate – Auditoria Cidadã da Dívida*. 80 páginas. Editora Inove, 2012
- *Alternativas de enfrentamento à crise*, de Maria Lúcia Fattorelli. Editora Inove, 2013
- *Confissões de um assasino econômico*, de John Perkins. Editora Cultrix, 2004

de uma auditoria, mas o máximo que se fez a esse respeito foi criar uma comissão formada em 1989, que chegou a emitir dois relatórios, e depois sofreu um boicote e nada mais avançou”, relata Maria Lúcia.

PLEBISCITO DIZ ‘NÃO’

No começo dos anos 2000, um plebiscito pôs na berlinda a dívida pública brasileira ao lançar para a população a seguinte pergunta: “Você concorda em continuar pagando a dívida sem realizar a auditoria prevista na Constituição?” Realizado em 3.444 cidades do país e com 6 milhões de votos computados, a resposta foi um estrondoso “não”. De posse do resultado, seguiram-se um sem-número de manifestações, atos simbólicos e reuniões com os representantes do Executivo.

Mas, sem um retorno efetivo do poder público, os cerca de 80 representantes de entidades envolvidas no processo decidiram criar um movimento que propõe realizar, de maneira cidadã, uma auditoria da dívida pública brasileira, com o objetivo de investigar a natureza da dívida, os montantes recebidos e pagos, a destinação dos recursos e os beneficiários dos pagamentos de juros, amortizações, comissões e demais gastos. Para tanto, desde 2001 vêm democratizando informações e chamando a atenção da sociedade para a realização da auditoria. “A demanda por uma auditoria existe exatamente porque a gente quer saber que dívida é essa”, resume Paulo Lindesay, servidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e um dos fundadores do Núcleo da Auditoria Cidadã da Dívida no Rio de Janeiro.

“A alma do nosso trabalho são os estudos”, afirmou Maria Lúcia, às vésperas de viajar para a inauguração de mais um Núcleo da Auditoria Cidadã da Dívida, desta vez em Salvador, Bahia. “Antes de publicar alguma coisa, a gente checa

tudo. Só trabalhamos com dados e documentos oficiais, e procuramos escrever numa linguagem acessível a todos”. Todo o material produzido, bem como relatórios e outros estudos, são disponibilizados na página oficial da Auditoria Cidadã da Dívida, na internet (<http://www.auditoriacidada.org.br/>), que apresenta ainda um “dividômetro” atualizado frequentemente com todo o estoque das dívidas externa e interna.

“Essa dívida pública é ilegal, é imoral e só engorda” e “Vamos passar a limpo essa conta” são alguns dos motes das campanhas. Vale também marchinha de carnaval, que para 2014 vem com o refrão: *Audita, audita, audita essa dívida maldita...* Para Paulo Lindesay, o que importa é aproximar o debate do cidadão comum, desmistificando todas as questões mais áridas que rondam o assunto. “O problema não é a dívida. Uma dívida, muitas vezes, é necessária. Mas toda dívida tem que ter uma contrapartida. E essa que está aí só interessa ao sistema financeiro internacional”, aponta.

CPI DA DÍVIDA

Uma das conquistas da Auditoria Cidadã da Dívida, pelo menos do ponto de vista simbólico, foi garantir a realização de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, entre 2009 e 2010, que ficou conhecida como a CPI da Dívida Externa. Funcionando de forma precária, com uma equipe de trabalho de apenas cinco membros — Maria Lúcia era um deles, ao lado de um auditor da Caixa Econômica Federal, dois agentes administrativos do Ministério Público e uma funcionária da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) —, a equipe virou pelo avesso tudo o que lhe apareceu pela frente.

Foi assim que conseguiu ter acesso a documentos, contratos e acordos da época da ditadura militar e que apontam para dívidas do setor privado assumidas como dívidas públicas e outros escândalos das décadas seguintes. A leitura de mais de 40 mil páginas de documentos acabou resultando em uma análise técnica elaborada pela equipe que subsidiou os dois relatórios finais da CPI: o relatório oficial, do deputado Pedro Novais (PMDB-MA), e o relatório alternativo produzido pelo deputado Ivan Valente (PSOL-SP), ambos encaminhados ao Ministério Público, contendo denúncias. “Apesar dos entraves e do boicote que sofremos, acho que a CPI foi um avanço”, avalia Maria Lúcia. “O resultado não pode ser medido só nos números da dívida que a gente consegue anular. Esse resultado de conscientização é difícil de medir mas está acontecendo. E é o que eu acredito que vai possibilitar uma efetiva mudança nesse sistema”.

R\$ 1 TRILHÃO PARA 2014

Maria Lúcia Fattorelli refere-se ao sistema da dívida, como denomina a Auditoria Cidadã, um esquema que sugere que a população paga a conta da dívida pública por meio de impostos, mas cujo grande beneficiado é o sistema financeiro. Para explicá-lo, ela lança mão da previsão orçamentária para 2014, enviada pelo Governo Federal ao Congresso Nacional, que estima R\$ 1,002 trilhão para o pagamento de juros e amortizações da

Maria Lúcia: “A dívida é financeira, feita em função dela mesma, se autorreproduz e se autoalimenta”



FOTO: AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA

dívida, sacrificando todas as demais rubricas, repentinamente o que aconteceu nos últimos anos.


“O sistema da dívida age de duas formas”, demonstra Maria Lúcia. “Primeiro, o dinheiro gasto em juros poderia ser usado para financiar os serviços públicos, mas em vez disso o governo retira os recursos dos investimentos sociais básicos como saúde, educação, transporte, segurança, assistência que garantiriam a dignidade de vida e a nossa própria emancipação”, diz. Por outro lado, segundo Maria Lúcia, a falta de recursos vem sendo usada como argumento para justificar a privatização de portos, aeroportos, estradas, ferrovias, energia, comunicações e até mesmo o petróleo. “Estamos vendendo nosso patrimônio público e entregando áreas estratégicas que representam a estrutura do Estado, comprometendo a segurança e a soberania nacional”, aponta. “Isso é transferência brutal de renda pública e riqueza para o setor financeiro. É disso que se trata”.

A LIÇÃO DO EQUADOR

Vem do Equador o melhor exemplo de como enfrentar a questão da dívida. Quando eleito, o presidente Rafael Correa montou a Comissão de Auditoria Integral da Dívida Pública, que funcionou no país entre 2007 e 2008, e comprovou que boa parte da dívida equatoriana era ilegal, conseguindo o feito de reduzir em 70% o seu valor. Hoje, os investimentos

sociais no pequeno país da América do Sul superam em quase três vezes os gastos com a dívida pública.

Maria Lúcia, que foi nomeada pelo Governo do Equador para integrar a Comissão daquele país, está convencida de que, no caso de uma auditoria no Brasil, o resultado seria semelhante. “Temos documentos suficientes para comprovar que existem fraudes e ilegalidades no caso da dívida brasileira, como a emissão de dívida para pagar juros”, reforça. Isso explicaria, segundo a Auditoria Cidadã, a diferença entre os números trabalhados pelo movimento e os apresentados pelo governo. De acordo com ela, quando o governo calcula o pagamento de juros como parte do Orçamento, não considera os juros que estão “embutidos” no refinanciamento da dívida.

A ex-auditora da Receita Federal reforça que menos dinheiro para pagar juros significa mais dinheiro disponível para investimentos sociais. E que o primeiro passo para garantir isso é a realização de uma auditoria com participação popular. “A tarefa do nosso movimento é formar cidadania para que isso ocorra”, diz, acrescentando que há uma série de ações para popularizar o debate previstas para 2014, entre elas a criação de um Núcleo de Formação e a elaboração de um questionário para os presidentes cujas principais perguntas serão: como pretende enfrentar o sistema da dívida? O eleitor brasileiro agradece uma boa resposta. 





EVENTOS

11º Congresso Internacional da Rede Unida



O maior evento de educação permanente e formação em saúde da América Latina terá como tema central da sua 11ª edição Girar vida, políticas e existências: a delicadeza da educação e do trabalho no cotidiano do SUS. O congresso visa contribuir propositivamente com os processos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais da área da saúde, bem como na transformação do modelo de atenção à saúde e na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde em seus princípios e diretrizes. Na programação, há debates sobre gestão pública, gestão do trabalho e gestão municipal em diálogo com os processos de formação, as relações interfederativas, os processos de ruptura em curso e a estrutura de poder com seus dispositivos meritocráticos.

Data 10 a 13 de abril
Local Centro de Convenções do Ceará, Fortaleza
Informações www.redeunida.org.br/congresso2014

IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família



IV MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA/ SAÚDE DA FAMÍLIA

O evento propõe o compartilhamento de experiências e vivências do trabalho em saúde na atenção básica brasileira e pretende contribuir com a reflexão e constante melhoria na produção do cuidado em saúde nos serviços que constituem o principal ponto de contato dos usuários com o SUS. Realizada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a mostra tem como lema "Valorizando experiências, estimulando o protagonismo local". Nesta edição, a novidade é a busca por outras narrativas, para além dos textos científicos, abarcando linguagens mais livres e criativas, que tragam a vida das experiências para a cena. O público está estimado em 10 mil participantes.

Data 12 a 15 de março
Local Centro Internacional de Convenções do Brasil, Brasília
Informações http://atencaobasica.org.br/mostra

PERIÓDICOS

Divulgação científica

História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Vol. 20, Suplemento.



O número temático Ciência e seus públicos do periódico da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) abrange estudos sobre a relação entre ciência e sociedade, com foco em meios de comunicação de massa — uma das principais fontes de informações científicas para os públicos não especializados. Os estudos analisam como distintas publicações constroem a imagem social de aspectos da ciência, da tecnologia e da saúde, incluindo iniciativas da primeira metade do século XX. O suplemento também aborda as controvérsias da ciência, como a chegada da peste ao Brasil e a pesquisa em células embrionárias humanas. Acesse em http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/

Indústria farmacêutica

Cadernos de Saúde Pública. Vol. 29, n. 12.



A revista publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) traz sólida reflexão sobre a indústria farmacêutica, levantando os riscos da falta de transparência dos resultados de pesquisas realizadas sob seu patrocínio, justamente no momento em que jornais divulgam a omissão de informações em diversos ensaios clínicos. Ainda há uma revisão sobre as o raciocínio ético na saúde pública (sustentado em noção de boa vida de caráter pluralista, ampliação da liberdade como fundamento ético das ações na saúde, concepção da pessoa como agente e reconhecimento da visão interna da saúde), entre outros temas. Acesse em http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/

LIVROS

Cultura e saúde

Epidemiologia e cultura



James A. Trostle (Editora Fiocruz), revisa as conexões históricas entre a epidemiologia e a antropologia, observando que ambas as disciplinas estudam as práticas culturais humanas e como elas produzem saúde e/ou doença. O autor parte do pressuposto de que, para

compreender os padrões de doença, as formas de cuidado e os recursos de cura, é necessário considerar, antes de tudo, o contexto no qual eles ocorrem.

Demanda por cuidado

Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação



(Editora Cepesc), é fruto de uma parceria do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISCO/UFF), com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de integralidade em Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/IMS/Uerj). Uma das contribuições é dos professoras Lilian Koifman, Verônica Fernandez e Sergio Saipa sobre as políticas de saúde e a organização dos currículos dos cursos da área da saúde e da educação permanente, para entender seus impactos na área do cuidado.

Direito à saúde

Direito e Saúde: enfoques transdisciplinares



(Editora Juruá), organizado por Felipe Assensi, professor de Direito da Fundação Getúlio Vargas, Roseni Pinheiro, coordenadora do Lappis, e Paula Lucia Mutiz, da Facultad de Derecho, Ciencia Política y Relaciones Internacionales da Fundación Universitaria Los Libertadores, da Colômbia. A obra é o resultado de reflexões de diversos profissionais do Direito, da Saúde e das Ciências Sociais sobre os desafios do direito à saúde no Brasil e na América Latina, tanto nas instituições políticas quanto participativas para a efetivação da saúde.

CONTATOS



Editora Fiocruz
www.fiocruz.br/editora
(21) 3882-9039

Editora Cepesc
(21)2569-1143 / 2234-7457
www.cepesc.org.br/editora

Editora Juruá
(41) 4009-3900
www.juruacom.br

A TORTURA como método de investigação

Alcyr Cavalcanti*

Tortura, violência física para arrancar uma verdade que, de qualquer maneira, para valer como prova, tem que ser em seguida repetida diante dos juizes, a titulo de confissão espontânea. (Michel Foucault)

Estamos revivendo tempos sombrios que deveriam estar definitivamente sepultados. A triste herança da tortura, com o nome sugestivo de “método de interrogatório intensivo” como a prática mais eficiente, para descobrir a “verdade dos fatos”. Empregada como rotina, está definitivamente arraigada no aparato repressivo, fazendo lembrar um passado inquisitorial. Choques elétricos, afogamentos em privadas, pau de arara (dizem que é invenção nacional), cadeira do dragão, botar no saco (asfixia com saco plástico), o laboratório do suplício tem múltiplas formas de extorquir a confissão a qualquer preço. Em pleno século XXI em um regime democrático, estamos na prática usando métodos medievais. A polícia brasileira em época recente colocou presos em celas pequenas na companhia de jacarés e cobras para obter o relato que interessava. Um delegado “linha de frente” colocava o preso dependurado pelos pés ameaçando soltá-lo para uma queda de quatro andares.


A cooperação com governos estrangeiros nos anos setenta também aconteceu. Havia treinamento de agentes na Escola das Américas, no Panamá, um “centro de excelência” para formar torturadores. O AI-5 acelerou os poderes discricionários do regime militar, amparado na Lei de Segurança Nacional (LSN) que entre outras ações arbitrárias suprimiu o direito do habeas corpus, com a alegação que estávamos sob a ameaça de uma “guerra revolucionária”. As “casas da morte” proliferaram em todo o Brasil, com um extenso número de “funcionários” todos eles bem remunerados e com carta branca para qualquer tipo de ação, afinal havia para os governantes um inimigo a ser liquidado. Cecília Coimbra do Grupo Tortura Nunca Mais declarou que havia mais de 27 mil pessoas trabalhando diretamente para a tortura, sem contar os colaboradores e financiadores do regime.

Por ter se estendido por 21 anos, a ditadura deixou rastros profundos na vida nacional e interrompeu a criatividade de mais de uma geração. As organizações em defesa dos Direitos Humanos estimam em mais de 100 mil pessoas perseguidas ou detidas pelo regime de exceção. Herança maldita, atualmente a nossa polícia, principalmente a PM, tem usado a tortura como prática quase diária tendo como alvo os despossuídos, e elegendo como inimigo interno em uma “guerra santa” a venda de drogas, a varejo, e as favelas cariocas.

A negação em sepultar os mortos conforme os rituais ancestrais é um dos legados mais dolorosos dos vinte e

um anos de exceção, embora estivesse sempre presente em nossa legislação desde o Código Penal de 1940. A Convenção de Genebra de 1949 determina que devam ser garantidos até pela força das armas o sepultamento, a identificação e a localização da sepultura. Segundo a ONG Rio da Paz desde 2006 35 mil pessoas desapareceram na “guerra suja” contra uma população indefesa. Aos poucos fatos vão aparecendo, relatos vão sendo registrados em um dossiê volumoso, cheio de denúncias. Apesar das sucessivas denúncias, a PM continua atemorizando as populações. A cultura bélica, do enfrentamento, permanece, a construção de novas escolas não saíram do papel, creches e hospitais ficaram somente na promessa. O índice de desemprego na faixa de 18 a 25 anos é muito grande, empurrando os jovens para o narcotráfico, que pode dar um triunfo efêmero. O número de mortos por “enfrentamento” durante as sucessivas invasões atinge não somente esta faixa, mas também jovens “soldados do movimento” entre 15 e 18 anos.

Muitos casos têm sido apresentados, e o de maior repercussão foi o do pedreiro Amarildo de Souza, morador da favela da Rocinha “desaparecido” há vários meses. A Unidade Pacificadora (UPP) da Rocinha teve quase todo seu efetivo envolvido. Setenta e cinco PMs foram afastados e alguns presos. O soldado Douglas Roberto Vital foi acusado há alguns meses por um menor de 16 anos, primo de Amarildo, de ameaças de morte contra moradores da localidade. Ele acusou Douglas de ter tentado matá-lo para confessar seu envolvimento com o narcotráfico. O procedimento clássico usado do Oiapoque ao Chuí de “botar no saco” impedindo sua respiração foi usado. O menino tem 16 anos e seu pulmão resistiu. Amarildo não suportou a asfixia após espancamento, choque elétrico e faleceu. Para os policiais da UPP foi “um acidente de trabalho”, apenas um “desvio de percurso”.

A violência extrema tem sido uma constante. Em recente pesquisa publicada em principais jornais veio uma triste constatação, um em cada cinco brasileiros já foi vítima de algum tipo de violência. No Rio de Janeiro as UPPs não conseguiram a tão almejada pacificação. Descaso absoluto com a vida humana tem sido uma constante nas unidades pacificadas. Na favela de Manguinhos cinco policiais da UPP foram indiciados pela morte de Paulo Roberto de Menezes na madrugada do dia 17 de outubro. O laudo feito pela polícia civil constatou que a morte foi em decorrência de asfixia mecânica. O método de “investigação intensiva” tem sido uma constante, uma violação extrema aos mínimos direitos, um desafio à construção de um Estado Democrático de Direito. 

* Jornalista e antropólogo, membro da Comissão de Direitos Humanos da ABI. Publicado no jornal Algo a Dizer em dezembro de 2013. O texto teve trechos suprimidos para adequação ao espaço desta página. Leia a íntegra em www.ensp.fiocruz.br/radis

HANSENÍASE TEM CURA

PROCURE SABER SE VOCÊ TEM A DOENÇA.
PROCURE TRATAMENTO.



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE.
O TRATAMENTO É DE GRAÇA.

TeleHansen 0800 026 2001

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA