

CONTROLE SOCIAL

PARTICIPAÇÃO DIRETA AMPLIA
EXPRESSÃO DA SOCIEDADE

"Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição".

(Art.1º da Constituição Federal de 1988).

Gestão local

Pesquisa avalia municípios após descentralização

Saúde nas eleições

Omissões e fragilidades nos programas de governo, diz estudo

Entrevista

Cecília Minayo analisa onda de intolerância e violação de direitos

Plantas com poder de cura

Livro pioneiro reúne o conhecimento das plantas e as práticas medicinais do povo indígena Huni Kuin, do Acre

SAIBA MAIS

Una Isi Kayawa – Livro da cura

Autores: pajés Agostinho Manduca Mateus Ika Muru e Manuel Vandique Dua Busê e o povo Huni Kuin do Rio Jordão. Coordenação: Alexandre Quinet. Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro e Dantes Editora



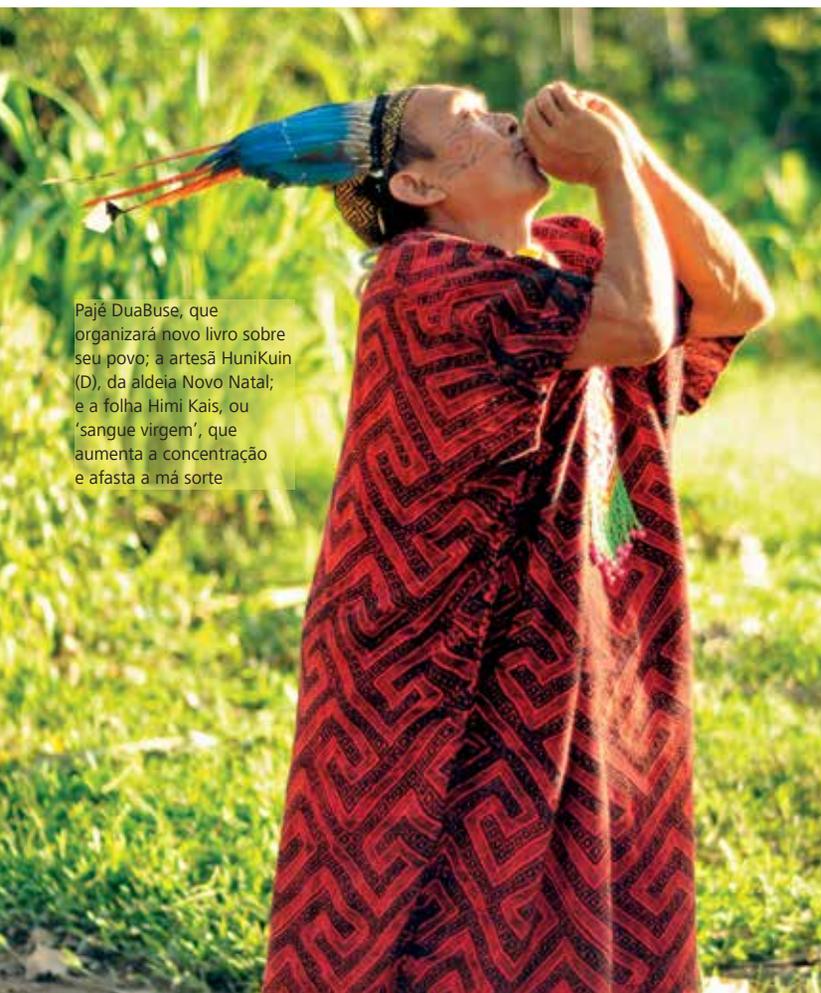
Ana Cláudia Peres

Para aumentar a concentração, afastar o enrasco (má sorte) e ter sucesso na caçada, o povo Huni Kuin, do Acre, usa a planta *Himi Kays*. Já para crianças que não dormem bem e choram à noite, é indicada a *Yame Txana*, “planta curativa da alma”, cujo sumo é aplicado nas juntas e nos olhos. Toda a tradição oral e o saber ancestral das plantas medicinais dos índios Huni Kuin, também conhecidos como Kaxinawa, foram reunidos em um livro caprichado, lançado em julho, fruto de parceria entre o Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro e a Dantes Editora.

Com 260 páginas, *Una Isi Kayawa – Livro da cura* traz o conhecimento dos pajés da maior população indígena que habita a região do Rio Jordão, no Acre, apresentando plantas com poder de cura e estabelecendo um diálogo entre a classificação botânica e o conhecimento espiritual do povo Huni Kuin. A pesquisa envolveu dois anos e meio de

trabalho, cinco viagens à região e quatro residências de tradutores no Rio de Janeiro. Com projeto gráfico assinado pela editora Anna Dantes, conta com fotos de Camila Coutinho Silva e organização do taxonomista e botânico Alexandre Quinet e do pajé Agostinho Manduca Mateus Ika Muru, que morreu antes de a edição ser concluída.

Una Isi Kayawa – Livro da cura teve uma primeira tiragem de mil exemplares, produzida em papel plástico de garrafas pet para sobreviver à umidade da floresta. Em maio, 400 exemplares foram distribuídos entre pajés e aprendizes do Rio Jordão e também para lideranças das 32 aldeias da região. Ficou definido entre os Huni Kuin que o livro poderia ser distribuído também fora da aldeia indígena. Em julho, o lançamento no Parque Lage, Rio de Janeiro, contou com a presença de representantes das aldeias. A programação incluiu, além de exposição de fotografias, debates e mostra de filmes indígenas, contação de histórias por pajés, oficinas de tecelagem e rodas de cantoria. 



Pajé DuaBuse, que organizará novo livro sobre seu povo; a artesã HuniKuin (D), da aldeia Novo Natal; e a folha Himi Kais, ou ‘sangue virgem’, que aumenta a concentração e afasta a má sorte

FOTO: CAMILA COUTINHO SILVA



FOTOS: ESTER SANTOS/IBRI



Democracia participativa

Às vésperas das eleições gerais no Brasil, é bom lembrar o valor do voto consciente. Ciente até das limitações das propostas em disputa, como analisa o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), pioneiro da defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS, que identifica a ausência de alguns temas essenciais à saúde pública nos programas de governo registrados no início de julho no Tribunal Superior Eleitoral pelos candidatos à Presidência da República.

Mais importante ainda é lembrar que a democracia representativa não é a única forma de o povo exercer o poder que lhe atribui a Constituição vigente no país. É legítimo e essencial para a construção da democracia que este poder também seja exercido “diretamente” pelos indivíduos e pelas coletividades, como indica a Carta. Na legislação do SUS, o controle social é obrigatório: estados e municípios não podem receber os repasses orçamentários se não tiverem conselhos de Saúde em funcionamento com 50% de representantes de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores dos serviços de saúde.

Nossa matéria de capa discute a importância de políticas que ampliem o exercício da cidadania na construção das políticas públicas, em contraponto ao enorme peso que interesses de mercado têm em detrimento das necessidades e anseios da população. De projeto de iniciativa popular nasceu o modelo de sistema de saúde universal aprovado pelos constituintes de 1988. Uma combinação virtuosa da voz do povo com a prerrogativa assegurada aos legisladores de votar as leis, no que também podem ser ajudados por meio de plebiscitos e referendos.

Da participação social resultaram, segundo o Ipea, dezenas de políticas públicas

ambientais, de segurança alimentar, de proteção à criança e ao adolescente, e leis como o Estatuto do Idoso e a Lei Maria da Penha. O pensador e escritor Frei Betto critica as reações à participação direta prevista na Constituição: “a elite se sente ameaçada, pois sabe que quanto menos desigualdade social, mais tem a perder”.

A relativa participação da sociedade na gestão do SUS nos municípios contribuiu para inovações em tomada de decisões, definição de prioridades, elaboração de orçamentos e políticas setoriais, renovação de quadros, mais transparência no uso de recursos. Por outro lado, essa modernização convive com práticas extremamente conservadoras enraizadas na gestão e nos próprios processos de participação, constata a pesquisa *Municipalização na Saúde: inovação na gestão e democracia local no Brasil*, que analisa a gestão da saúde nos municípios, entre 1996 e 2006, coordenada por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas, Fiocruz e Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Novas estratégias vindas da sociedade, tão importantes no enfrentamento à aids a partir dos anos 1990, foi o que faltou à 20ª Conferência Internacional de Aids, realizada em julho na Austrália, avalia o jornalista Liandro Lidner. Em entrevista sobre outro tema caro à saúde coletiva, a violência na sociedade brasileira, a socióloga Cecília Minayo vê na própria sociedade, com quem o Estado se relaciona pelo uso de “coerção”, a saída pela “coesão”. Na sociedade, diz Minayo, estão “os extremos de violência”, mas também “grandes correntes de solidariedade, de mudanças sociais”.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

CARTUM



Expressões e Experiências

• Plantas com poder de cura 2

Editorial

• Democracia participativa 3

Cartum

3

Voz do leitor

4

Súmula

5

Radis Adverte

8

Toques da Redação

9

Capa / Controle social

• As vozes do Brasil 10
• Controle social em números 13
• Participação social na lei 14
• Na Saúde, momento de pensar a participação 15
• Resultados da participação popular 16

Gestão local

• Entre a inovação e antigas práticas 18
• Municípios abrem espaço a diversidade e profissionalização 23

Entrevista – Maria Cecília Minayo

• Violência: ‘Quanto maior a coesão, menor a coerção’ 24



Eleições

• Saúde nas urnas 27

20ª Conferência Internacional de Aids

• Mais do mesmo 32

Serviço

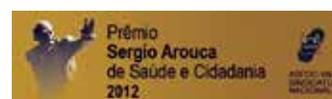
34

Pós-Tudo

• Pelo fortalecimento das ViSas estaduais e municipais 35

Capa Carolina Niemeyer

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Luta pelo SUS

Estou estudando o SUS para concurso e achei vocês. Interessante essa abordagem. O que realmente nos falta é o conhecimento. A partir do texto sobre a invisibilidade do SUS (*Radis* 104), abre-se a mente e podemos lutar para que funcione na sua universalidade, integralidade e equidade. Parabéns pela revista. Moro de aluguel e assim que me estabilizar no novo endereço, pedirei a assinatura da revista.

- Ana Leide de Sousa Pontes, Santo Antonio de Descoberto, GO

Minérios e contaminação

Na Bahia, a cada ano que passa, a exploração de minérios é maior, mas será que os órgãos do meio ambiente fazem um estudo de impacto ambiental e do risco de contaminações, antes de ser concedida a licença ambiental? No município onde moro, há uma mineradora, inaugurada recentemente, que explora o vanádio [metal branco, resistente à corrosão]. Gostaria que a *Radis* desse atenção a esse assunto. Trabalhei doze anos em vários garimpos, na Amazônia, e tenho sofrido muito as consequências em minha saúde, herança das minerações.

- Claudio Dias Santiago, agricultor, Maracás, BA

R: *Caro Claudio, agradecemos por ter compartilhado conosco sua realidade e nos ter trazido essa sugestão, que já foi anotada. Um abraço!*

Saúde da população negra

Impossível dizer que esta matéria ficou melhor do que as outras publicadas na revista *Radis*, todas são excepcionais. Mas o número de julho (142), para mim, tem sabor especial: trata da saúde da população negra com análise aprofundada, como é do estilo desta publicação. Quem sabe quando for divulgada a 4ª edição do Prêmio Nacional Jornalista Abdias

Nascimento vocês não inscrevem as reportagens? Vai ser muito bacana, mais um incentivo à discussão qualificada de um tema tão espinhoso para a sociedade brasileira.

- Sandra Martins, pelo Facebook

R: *Cara Sandra, agradecemos pelos elogios e pela sugestão. Um abraço!*

Controle social

Precisamos de mais informações e dados para fiscalizar melhor as políticas públicas. É questão de empoderamento! Informação correta, instrumento de avanços do controle social!

- Rosângela Jasper, Vitória, ES

R: *Prezada Rosângela, esperamos que goste de nossa matéria de capa. Um abraço!*

Assinatura

Gostaria de parabenizar a revista *Radis* por seus artigos, abordando assuntos de grande importância do campo científico e da saúde pública. Sou bióloga, com mestrado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP), e gosto muito da revista, que leio emprestada de uma amiga. Gostaria de saber como faço para receber a *Radis* em casa. Agradeço pela atenção e parabenizo a revista mais uma vez, pelo excelente trabalho.

- Tatiani Marques, bióloga, São Paulo, SP

Conheci a revista e gostaria de parabenizá-los pela excelente qualidade da publicação. Tenho interesse em assiná-la, como devo proceder? É possível receber a versão impressa? aguardo retorno. Grata

- Maria Amélia Gonçalves Rocha

R: *Caras Tatiani e Maria Amélia, vocês devem preencher seus dados no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis) e aguardar. A assinatura é sujeita a*

aumento de cadastro, conforme indicado na revista. Será um prazer tê-las entre nossos leitores assíduos. Um abraço!

Reforma política

Sugiro reportagem sobre reforma política, incluindo os sistemas políticos de democracias consolidadas como França, Alemanha e Inglaterra, o voto facultativo e o voto distrital.

- José Osvaldo Maia, funcionário público, auxiliar de serviços, Belo Horizonte, MG

Epidemias e endemias

Solicito uma reportagem sobre as epidemias e as endemias no Brasil. Antecipadamente, obrigada!

- Patrícia Ferreira de Araújo, Itaporanga PB

R: *Caros José e Patrícia, as sugestões de vocês já foram anotadas! Um abraço!*

Radis também agradece

Hoje recebi mais uma revista *Radis*. Quero agradecer e parabenizar toda a equipe. Tem temas muito importantes

- Francisca Elizabete Souza Turin, São Paulo, SP

Quero parabenizá-los pela revista, pela transparência e pelo profissionalismo. Desde já agradeço pela atenção. Essas publicações da *Radis* têm me ajudado muito no meu trabalho. Sou agente de saúde e a cada mês fico ansiosa para receber meu exemplar. Um forte abraço.

- Gizelle Rocha Araújo, agente de saúde, Ipiáu, BA

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou facebook) 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** e **Felipe Plauska**

Documentação **Jorge Ricardo Pereira** e **Sandra Benigno**
Administração **Fábio Lucas**, **Natalia Calzavara** e **Osvaldo José Filho** (Informática)
Estágio supervisionado **Edison Gomes** (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 80.600 exemplares | Impressão Ediuoro

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

 www.ensp.fiocruz.br/radis
 [/RadisComunicacaoSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoSaude)

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





Instalado Comitê de Combate à Tortura

O Governo Federal instalou (25/7) o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT), criado para trabalhar no combate à tortura e a tratamentos ou penas cruéis em instituições de privação de liberdade, como penitenciárias, delegacias e hospitais psiquiátricos, informou o portal G1 (25/7). Ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), o colegiado é formado por 23 integrantes não remunerados, entre membros do Executivo federal, organizações da sociedade civil e conselhos de classe, e será presidido pela ministra da SDH, Ideli Salvatti. Durante a cerimônia de lançamento, a ministra afirmou que, com a criação do comitê, o país não quer apenas combater a tortura, mas eliminá-la do país, informou a Agência Brasil (25/7).

Uma das primeiras tarefas do comitê será a criação do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).

Foi definido prazo de 90 dias contados a partir da data de instalação para indicar onze peritos que farão visitas periódicas aos locais de privação de liberdade. Eles poderão recomendar medidas de adequação a padrões internacionais. Também será possível o ingresso do grupo em locais de responsabilidade das Forças Armadas, noticiou a *Folha de S. Paulo* (25/7).

De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos, a escolha dos locais a serem visitados será definida pelo Mecanismo Nacional, com base em dados fornecidos pelo Comitê. Sete estados já criaram seus mecanismos locais por meio de leis estaduais: Rio de Janeiro, Paraíba, Alagoas, Espírito Santo, Rondônia e Minas Gerais, informou a *Agência Brasil*. No Rio de Janeiro, a iniciativa é levada à frente desde 2011, e Pernambuco concluiu o processo de seleção dos membros do seu mecanismo estadual.

Entre as atribuições do Comitê estão,

ainda, avaliação e proposição de ações de prevenção e combate à tortura, integrando a atuação de órgãos do governo e segmentos sociais, e acompanhamento dos procedimentos administrativos e judiciais que visem à apuração de denúncias de tortura. Além disso, será responsável pela manutenção de um banco de dados com informações de denúncias, decisões judiciais e ações institucionais e governamentais sobre o tema.

Durante a instalação do Comitê, um dos representantes da sociedade civil, José Jesus Filho, da Associação de Apoio e Acompanhamento da Pastoral Carcerária Nacional, ressaltou a importância desse momento. "Já estamos em processo de levar a política adiante. O banco de dados de coleta de informações sobre tortura já está em processo de construção, investigações estão sendo levantadas e isso significa que, para nós, esse é um momento histórico".

Exame de sangue para prever Alzheimer

Cientistas britânicos criaram um exame de sangue que pode prever as chances de uma pessoa desenvolver o Mal de Alzheimer, informou a BBC Brasil (8/7). Estudo realizado com mais de mil pessoas identificou um conjunto de proteínas no sangue que pode antever o surgimento da demência com 87% de precisão. Os resultados do trabalho, publicado na revista científica *Alzheimer's & Dementia*, serão usados para aprimorar os testes com novos medicamentos para a doença, que afeta 44 milhões de pessoas em todo o mundo.

Os pesquisadores investigaram diferenças no sangue de 452 pessoas saudáveis, 220 com danos cognitivos moderados e 476 com Alzheimer. Eles puderam verificar quantos pacientes com danos cerebrais moderados desenvolveriam Alzheimer no ano seguinte.

"Nós queremos poder identificar o quanto antes as pessoas que vão precisar fazer exames mais aprofundados em futuro próximo", disse o pesquisador, Simon Lovestone, da Universidade de Oxford, Grã-Bretanha à frente do estudo. No caso de, no futuro, o teste estar disponível em clínicas, deverá ser associado a tomografias cerebrais e testes de fluidos da coluna vertebral, a fim de que seja possível confirmar um resultado positivo para a doença.

No início do ano, pesquisadores americanos anunciaram um exame de sangue capaz de prever o aparecimento de Alzheimer em pessoas saudáveis com até três anos de antecedência.



O Alzheimer é doença degenerativa cujo primeiro sintoma é a perda da memória. Com o avançar do problema, pacientes também podem manifestar comportamento agressivo, irritabilidade e confusão mental, entre outros sintomas.

Os especialistas alertam que ainda não há previsão para que o exame de sangue esteja disponível em clínicas ou hospitais britânicos. As pesquisas sobre tratamentos para o Alzheimer, como apontou a reportagem da BBC, têm sido marcadas por fracassos. Entre 2002 e 2012, 99,6% dos experimentos realizados com objetivo de prevenir ou reverter a doença não levaram a nada.

Os médicos acreditam que as tentativas mal sucedidas se devem ao fato de que os pacientes começam a ser tratados tarde demais, já que os primeiros sintomas só aparecem uma década depois do início da doença. Por isso, o maior objetivo das pesquisas atuais deste campo é identificar a demência em seu estágio inicial.

Prostituição descriminalizada no controle do HIV

Grupo de pesquisadores que participaram da Conferência Internacional de Aids, em julho em Melbourne, Austrália (ver pág. 32), defendeu que a descriminalização da prostituição em países onde a prática é considerada crime poderia ser eficaz para controlar a pandemia do vírus HIV, informou o site Globo online (24/07). A conclusão se deu a partir de estudos publicados na revista inglesa *The Lancet*, realizados no Canadá, Índia e Quênia, que envolveram depoimentos de pessoas dedicadas à prostituição. Elas explicaram que costumam ter seus preservativos confiscados pela polícia, por serem estes considerados prova de delito, e que são alvo contínuo de violência física e sexual.

A descriminalização, defendem os pesquisadores, reduziria a violência sexual, tanto por parte dos clientes como dos abusadores, levando a uma redução das taxas de infecção por HIV de 33% a 46% na próxima década, uma vez que seriam usados mais preservativos e mais pessoas infectadas estariam em tratamento. "Não há outra alternativa para reduzir o ambiente de risco", afirmou o editor da revista *The Lancet*, Richard Horton.

No Brasil a prostituição não é crime, mas rufianismo (tirar proveito da prostituição de outra pessoa), favorecimento à prostituição, manter casa de prostituição, sexo forçado ou com menores e tráfico de pessoas estão descritos no código penal.

Estudos associam herbicida da Monsanto a doença renal desconhecida

O herbicida Roundup, produzido pela Monsanto, foi vinculado à epidemia de uma doença renal fatal misteriosa, que apareceu na América Central, no Sri Lanka e na Índia, informou (13/8) o site do Movimento Nacional dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), reproduzindo reportagem publicada pela organização americana Truth Out, de mídia independente. A doença, conhecida como CKDu (iniciais em inglês para doença renal crônica de etiologia desconhecida) e que há anos pesquisadores buscam desvendar, ocorre em agricultores que realizam trabalho braçal pesado em climas quentes. Em todas as ocasiões, eles haviam sido expostos a herbicidas e metais pesados.

Apesar das perdas que acarreta à saúde, a doença é pouco conhecida pelos médicos. “Os nefrologistas e os profissionais da saúde pública dos países ricos não estão familiarizados com o problema ou duvidam que ele exista”, diz Catharina Wesseling, diretora regional do Programa Saúde, Trabalho e Ambiente (Saltra) na América Central, pioneiro nos estudos iniciais sobre o surto. Muitos dos danos da CKDu ocorrem nos túbulos renais, o que sugere uma etiologia tóxica, informa ainda o texto. A doença foi associada ao herbicida Roundup



pelo pesquisador Channa Jayasumana, do Sri Lanka, e seus colegas, Sarath Gunatilake e Priyantha Senanayake, após considerarem que: o agente agressor deve ter sido introduzido no Sri Lanka nos últimos trinta anos, uma vez que os primeiros casos de CKDu apareceram em meados da década de 1990; a substância química devia ser capaz de formar complexos estáveis com os metais e agir como escudo, impedindo que metais fossem metabolizados no fígado;

e, ainda, que agiria como mensageiro, levando metais até o rim.

Mudanças políticas no Sri Lanka, no final dos anos 1970, levaram à introdução dos agroquímicos no país, principalmente, no cultivo do arroz. Mais de 20 mil pessoas morreram por CKDu nas últimas duas décadas no Sri Lanka.

Em El Salvador, essa é a segunda maior causa de mortalidade entre os homens. O país tem a maior taxa de mortalidade por doença renal no mundo, seguido pelos vizinhos Honduras e Nicarágua. A propriedade quelante do glifosato permite que o herbicida forme complexos com o arsênio, o cádmio e outros metais pesados encontrados nas águas subterrâneas e no solo nas regiões estudadas. O complexo glifosato-metal pesado pode entrar no corpo humano por ingestão, inalação ou absorção pela pele. O glifosato age permitindo que o metal pesado a ele ligado evite sua detecção pelo fígado e chegue aos túbulos renais.

Outros estudos científicos serão necessários para confirmar a hipótese de que a CKDu realmente se deve à toxicidade do glifosato-metal pesado para os túbulos renais. Mas, por precaução, El Salvador banuiu o glifosato em setembro de 2013, e o Sri Lanka, em março deste ano.

Nova ação contra a Eternit: R\$ 1 bilhão por risco no trabalho

O Ministério Público do Trabalho do Rio de Janeiro entrou com ação civil pública contra a Eternit, cobrando R\$ 1 bilhão de indenização por manter seus trabalhadores em risco por exposição ao amianto, na fábrica de Guadalupe, Zona Norte do município, que opera desde 1984. A exposição ao amianto, fibra considerada cancerígena pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode causar asbestose, doença que vai aos poucos diminuindo a capacidade respiratória e causa câncer de pulmão e mesotelioma, informou O Globo (23/8).

A fábrica vem desobedecendo normas de segurança para poder usar a fibra, segundo a procuradora Janine Milbratz Fiorot, uma das que assinam a ação. A ação, que tramita na 49ª Vara do Trabalho, lista 37 itens a serem providenciados, da interdição de vestiários até a reparação de máquinas que trituram restos de telhas fora do padrão para reaproveitamento. O Ministério Público também pede que a empresa convoque ex-trabalhadores para exame médico, com anúncios em televisão e jornais.

São citados casos de trabalhadores que adoeceram nos anos 1980, mas somente em 2014 tiveram emitido o documento obrigatório relativo a acidentes ou doenças ocupacionais.

A Eternit informou por nota que não havia sido oficialmente comunicada sobre a ação. O pedido de R\$ 1 bilhão de indenização repete o valor de ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Trabalho de São Paulo, em agosto do ano passado, em defesa dos ex-trabalhadores da fábrica de Osasco, fechada em 1993. Liminar parcialmente concedida obrigou a Eternit a custear plano de saúde para os ex-operários da fábrica. Segundo Janine, o caso no Rio de Janeiro é ainda mais grave porque a fábrica ainda está em funcionamento.

Para o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Hermano Castro, que pesquisa o tema, a indenização “é mais do que justa porque a própria indústria do amianto tem conhecimento de que a fibra causa grandes danos à saúde”. O advogado Leonardo Amarante, da Associação Brasileira dos

Expostos ao Amianto do Rio de Janeiro (Abrea-RJ), também vai entrar com ação para que sejam estabelecidos critérios para a indenização de ex-trabalhadores. “Desde 2002, quando nasceu a associação, já morreram cerca de dez diretores. Queremos discutir a questão de forma mais ampla, para que todos os trabalhadores que adoeceram e os parentes dos que morreram possam ser razoavelmente indenizados”.

Em maio, a Eternit havia sido condenada pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST) a indenizar em R\$ 1 milhão por danos morais a família de Yura Zoudine, ex-engenheiro de produção da fábrica de Osasco (Radis 141). É a maior indenização por danos morais já determinada pelo TST em caso de contaminação por amianto. O trabalhador havia morrido em 2005, por mesotelioma na pleura, câncer relacionado à exposição ao amianto.

Ação direta de inconstitucionalidade que tramita no STF desde 2004 pede o banimento do amianto no país (Radis 122) e chegou a ir a julgamento em 2012, mas nada foi ainda concluído.

Gripe leva índios isolados a primeiro contato com a Funai



FOTO: FUNAI

Um grupo de sete indígenas que viviam isolados no Acre, na fronteira entre Brasil e Peru, contraiu gripe, após provável contato com madeireiros ou narcotraficantes e, também, com os outros índios, os Ashaninkas, da Aldeia Simpatia. Desde o começo de junho, os Ashaninkas vinham percebendo movimentação dos índios isolados na área da Aldeia Simpatia e entraram em contato com a Frente de Proteção Ambiental do Rio Envira, base avançada da Fundação Nacional do Índio (Funai) na região, para relatar o que ocorria, informou *O Globo* (23/7). Vestígios do grupo foram constatados e uma equipe voltou (13/6) à aldeia. No fim de junho, houve três encontros com eles (foto). No último, os pesquisadores constataram que os índios estavam gripados.

Eles receberam os primeiros medicamentos no dia 4/7 e foram levados para a base da Funai. Durante o tratamento, de quase uma semana, resistiram a tomar vacinas, mas foram convencidos pelos intérpretes, outros indígenas, da etnia jaminawá, que falam dialetos da mesma língua, a aceitarem medicação oral. O grupo foi

monitorado durante toda sua estada, até o tratamento ser cumprido. Não houve casos mais graves nem evolução da gripe para pneumonia, e eles foram liberados quando não havia mais riscos de contaminarem os demais de seu grupo e gerar uma epidemia.

De acordo com o coordenador geral de Índios Isolados e Recém-Contatados da Funai, Carlos Travassos, foi possível identificar que os indígenas encontrados pertencem ao povo do Rio Xinane que vem sendo observado pela Funai, a distância, nos últimos 30 anos. “Conversamos com o grupo e eles relataram que sofreram atos de violência praticados por não índios nas cabeceiras do Rio Envira, no Peru”, contou Travassos ao site Amazônia Real (25/7). Ele relatou que os indígenas informaram, por meio de sons de armas de fogo e gestos de pessoas alvejadas, que conheceram outros não índios, descritos como pessoas malvadas, que atiraram e mataram.

Para Travassos, a situação de vulnerabilidade pode ter sido um motivo para a aproximação da Aldeia Simpatia, mas não se pode afirmar. “Solicitamos

informações ao governo peruano por meio do Itamaraty”, disse. Travassos informou que a Funai prevê a chegada em massa de índios isolados, que se sentem ameaçados.

A contaminação pelo vírus da gripe no grupo encontrado foi considerada preocupante, porque, como os índios têm pouca imunidade ao vírus, o quadro poderia ter evoluído para uma pneumonia, colocando-os em risco de morte, como explicou o médico Douglas Rodrigues, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que participou da operação no Acre. “Temíamos que as sete pessoas do grupo de contato pudessem contagiar os demais integrantes de seu povo ao voltar”.

Participante do 64º Encontro da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em Rio Branco, no qual a proteção aos índios isolados foi discutida, a professora e pesquisadora Ivana Bentes, da Escola de Comunicação da UFRJ, chamou atenção para a forma como esses indígenas são percebidos. “É sintomático que os contatos se intensifiquem quando as terras indígenas são comprimidas, pelo desmatamento, pressão de madeireiros, mineradoras, prospecção de petróleo, tráfico de drogas”, analisou, lembrando as palavras do indígena jaminawá Zé Correia: “Isolados de quem? Vocês não acham a gente, índio já está ali desde sempre”, disse. “Os índios não são isolados, são livres e circulam porque não sabem dessas fronteiras que os brancos inventaram, não tem indígena do Peru, do Brasil, da Bolívia, nós somos o mesmo povo”. Assista ao vídeo do contato entre indígenas e a Funai em <http://goo.gl/wwwlDak> e no site do Programa Radis.

Primeira Conferência Nacional de Política Indigenista, em 2015

O Diário Oficial da União publicou (24/7) decreto que estabelece a realização da primeira Conferência Nacional de Política Indigenista, prevista para se realizar entre os dias 17 e 20 de novembro de 2015. A conferência terá como tema *A relação do Estado brasileiro com os povos indígenas no Brasil sob o paradigma da Constituição de 1988* e contará com a participação de representantes dos povos indígenas e de entidades não governamentais.

Segundo o Ministério da Justiça, responsável com a Fundação Nacional do Índio (Funai) pela organização do evento, o objetivo é avaliar a ação indigenista do país, reafirmar as garantias reconhecidas aos povos indígenas e propor diretrizes para a construção e a consolidação da política nacional indigenista, informou o

site Questão Indígena (25/7).

O anúncio da primeira Conferência Nacional de Política Indigenista surge no momento em que a PEC 215/2000, que transfere a competência da União na demarcação das terras indígenas para o Congresso Nacional, aguarda parecer da Comissão Especial da Câmara dos Deputados. A proposta polêmica também possibilita a revisão das terras já demarcadas e tem sido alvo de protestos pelo país. Hoje, cabe à Funai, ao Ministério da Justiça e à Presidência da República a decisão sobre a demarcação das terras indígenas, conforme prevê o Decreto 1.775/1996. No entanto, o processo já deveria ter sido concluído em 1993, uma vez que o artigo 67 da Constituição de 1988 indicava para isso prazo de cinco anos, a partir da

promulgação. Há 13 anos, tramitando entre a Comissão de Constituição e Justiça e o plenário da Câmara dos Deputados, a PEC 215 voltou a mobilizar os movimentos indigenistas, após a criação, em abril de 2013 da comissão especial, que irá examinar e emitir parecer sobre a proposta.

As Coordenações Regionais da Funai já estão se reunindo com os indígenas para dialogar sobre a conferência, informou (28/7) o site da fundação. Antes do evento, será realizado um seminário de formação e de etapas locais e regionais, com formato ainda não divulgado pelo governo. Ao final da conferência, serão propostas diretrizes para a construção e a consolidação da política nacional indigenista. Confira o Decreto na íntegra em <http://goo.gl/4wxUt>.

Epidemia de ebola: emergência mundial, risco baixo no Brasil



FOTO: JEAN LOUIS MOSSER / EUROPEAN COMMISSION

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia do vírus ebola no oeste da África uma emergência pública sanitária internacional, após reunião (6 e 7/8), em Genebra, do comitê de urgência da organização, informou *O Globo* (9/8). Países afetados pela epidemia – Guiné, Libéria, Serra Leoa e Nigéria – têm que adotar, entre outras medidas, exames para detectar o vírus em aeroportos, portos e postos de fronteira, em todas as pessoas que apresentarem sintomas semelhantes aos da contaminação pelo ebola, como febre, dores musculares, lesões na pele e hemorragias.

A epidemia de ebola já deixou desde o início do ano cerca de mil mortos e mais de 1,7 mil supostos casos detectados, sendo considerada a “mais importante e mais severa” em quatro décadas, como ressaltou a diretora-geral da OMS, Margaret Chan. A OMS não decretou, no entanto, quarentena nos países afetados, para não agravar sua situação econômica, mas pediu fortes medidas de controle em seus pontos de saída. Considerando que esses países não podem enfrentar a epidemia sozinhos, Margaret Chan convocou a comunidade internacional a fornecer o apoio necessário.

No Brasil, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, informou que o país não corre riscos e já possui procedimentos definidos para o caso de ser identificada pessoa suspeita de ter contaminação. De acordo com o Ministério da Saúde, a

epidemia, historicamente, nunca ultrapassou as fronteiras da África, e a forma de transmissão se dá somente por contato íntimo com a pessoa infectada. “Há surtos desde 1976 e nunca houve transmissão fora da África. Diferentemente de outras doenças transmitidas pelo ar, a contaminação pelo ebola requer contato com sangue e fluidos corporais de doente que já apresente sintomas, como explicou o secretário de Vigilância em Saúde do ministério, Jarbas Barbosa, ao portal de notícias UOL (31/7). Nos países africanos afetados, os médicos trabalham com roupas impermeáveis, máscaras e luvas duplas, tendo todo o corpo coberto (foto).

Equipes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estão espalhadas pelos portos e aeroportos do país para acompanhar se nos voos que chegam ao Brasil há pessoas com sintomas, que tenham passado pelos países onde há epidemia. Nesses casos, os suspeitos devem ser isolados já dentro da aeronave e encaminhados em seguida, em ambulância, para hospitais de referência do estado. “O que temos que fazer é cuidar de portos e aeroportos neste momento”, afirmou (8/8) o ministro, de acordo com *O Globo*.

Em entrevista ao programa *Fantástico*, da rede Globo (3/8), a infectologista da Fiocruz Otilia Lupi também atestou que o país está preparado para evitar uma epidemia e afirmou que esse risco é “praticamente nenhum”, explicando que o vírus está fora de controle em uma pequena região, na qual é difícil controlar diversas doenças. “Nossa rede de prevenção e contenção de epidemias está entre as melhores do mundo”, disse.

O ebola começa com sintomas parecidos com os da gripe ou dengue hemorrágica: dor de cabeça, dores no corpo, fraqueza, febre alta e dor de garganta. Em seguida vêm vômitos, diarreia, coceiras e manchas no corpo. Nos casos mais graves, há hemorragia nos órgãos internos e sangramento pelo nariz e gengiva.

Fiocruz e Universidade de Yale: acordo pela saúde global

O presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, e o reitor da Universidade de Yale, Estados Unidos, Peter Salovey, assinaram (29/7) acordo de cooperação para a criação de uma Aliança para a Saúde Global, que terá como objetivo a promoção da saúde e da equidade nas Américas e em outras regiões, por meio da educação, informou a Agência Fiocruz (30/7). A iniciativa envolverá o desenvolvimento de programas multidisciplinares voltados a educar a próxima geração de líderes em saúde global. “O programa vai permitir ações importantes como o intercâmbio entre professores das duas instituições, para que possam, juntos, ensinar, pesquisar e desenvolver programas acadêmicos prioritários para a Saúde”, disse Salovey, durante a assinatura do acordo.

O intercâmbio deverá envolver também alunos e terá como foco áreas como doenças negligenciadas, saúde mental, sistemas de saúde e história da ciência e da medicina. “Podemos ainda desenvolver colaborações em doenças microbianas, prevenção do câncer e do HIV, descoberta de medicamentos, neurociências e saúde da criança”, enumerou Salovey. Em novembro, será realizado, na Universidade de Yale, *workshop* entre as duas instituições, para definir os campos de colaboração e detalhar os programas de trabalho.

As duas instituições desenvolvem ações de cooperação há 20 anos, como lembrou o presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha, mas o primeiro convênio entre elas só foi assinado em 2011, pelo Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz (CPqGM/ Fiocruz Bahia) e a Escola de Saúde Pública de Yale. “Por muitos anos, temos tentado atingir um novo estágio de colaborações, desenvolvidas a partir de experiências como essas e estrategicamente pensadas em novas áreas. Essa é uma possibilidade especial de celebrarmos isso”, afirmou.

Um resultado da parceria foi o curso colaborativo em Determinantes Sociais e Ecológicos da Saúde, que envolveu também a Universidade de Berkeley, realizado em 2012, em Salvador. Estudantes das instituições promotoras discutiram a interferência de fatores ambientais e socioeconômicos na distribuição de doenças pelo território brasileiro. A iniciativa vai permitir a formação de futuras cooperações em pesquisas voltadas a doenças como aids, hepatite C, esquistossomose e leptospirose. 

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

Radis Adverte

CONTROLE SOCIAL se faz pensando a SAÚDE de forma INTEGRAL, não como a soma de interesses específicos.



Pesquisa contestada

Pesquisa do Datafolha encomendada pelo Conselho Federal de Medicina, com objetivo de conhecer a percepção dos brasileiros sobre a saúde – pública e privada – do país, apontou (19/8) cenário negativo, de desqualificação do SUS, que merece atenção. *93% dos brasileiros reprovam a saúde pública e privada*, destacou a manchete do jornal *O Globo*, indicando que o índice referia-se aos que consideraram os serviços péssimos, ruins ou regulares. Em relação ao SUS, o resultado foi que “87% estão insatisfeitos”. Nota assinada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde argumentou que a

pesquisa “reitera desafios importantes para o sistema de saúde e aponta avanços, como acesso superior a 84% na maioria dos tipos de serviços avaliados”. A nota destaca, ainda, que não foram realçados aspectos como o de que, das pessoas que procuraram os postos de saúde, 91,3% conseguiram atendimento. No que diz respeito ao SUS. A nota contesta ainda a “reprovação” destacada nos resultados, observando que 74% dos que utilizam o SUS avaliam a qualidade do atendimento com notas superiores a 5, sendo que um terço deu notas entre 8 e 10. “Lamentamos a interpretação tendenciosa e parcial dos dados e o esforço do CFM na tentativa de desconstrução do SUS”, finaliza o texto.

Contato inspirador?

O apresentador Luciano Huck divulgou foto sua entre indígenas da tribo Zoes, no Pará, onde esteve em julho, com o jogador Ronaldo, para “conhecer os brasileiros que não sabem o que é futebol”. Segundo seu relato, os indígenas, de uma tribo isolada, “nunca tinham visto uma bola” e a experiência “foi emocionante”. A visita foi mostrada no programa de 12/7. Fica a expectativa de que a simpatia, boa vontade e receptividade de Huck ao contato com os indígenas, e o espaço a eles concedido no programa, inspirem a mídia comercial no momento de tratar de tema pouco contemplado: a defesa da demarcação das terras indígenas.

Até os astros erram

Nota publicada na coluna *Gente Boa* do jornal *O Globo* (25/8) revela que, de fato, a cesariana está longe de ser entendida, por médicos e gestantes, como uma cirurgia a ser realizada somente em caso de risco para a mãe ou o bebê, como apontou a pesquisa *Nascer no Brasil* (Radis 143), da Fiocruz. A preocupação no caso é outra: de acordo com a nota, a astróloga Leiloca alerta que “agendar o nascimento dos bebês procurando uma combinação astrológica é tiro que pode sair pela culatra”. Leiloca tem sido procurada por grávidas que “dão os horários disponíveis do obstetra e pedem ajuda para agendar o parto”. E afirma: “Não é nada bom!”. Nisso, todos concordam.

PNE: sem prioridade na agenda dos candidatos

Os programas de governo dos candidatos à presidência Aécio Neves, Dilma Rousseff e Marina Silva não deram o necessário destaque ao Plano Nacional de Educação (PNE), sancionado em junho, por meio da Lei nº 13.005, após quatro anos de tramitação no Congresso (*Radis* 140). Análise realizada pelo coordenador geral da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, Daniel Cara, dos três programas de governo (no momento da análise, o candidato do PSB era Eduardo Campos, morto em acidente aéreo, em 13/8) concluiu que o PNE é citado como algo secundário, o que pode prejudicar a execução da etapa inicial, “essencial para o cumprimento das metas”, afirmou à revista *Carta Capital* (25/7). “Os futuros governadores e o futuro presidente serão responsáveis pela implementação do plano. Isso significa plantar o PNE dentro do novo ciclo orçamentário, que começa em 2015”, observou. Também na Saúde, os programas de governo deixaram a desejar (ver matéria na pág 17). Em 2015, não será demais a sociedade civil ficar alerta.

Desvendando o plano

O Centro de Referências em Educação Integral vem publicando a série *Desvendando o PNE*, para apoiar o acompanhamento pela sociedade civil do cumprimento do plano. Até o final de agosto haviam sido publicadas análises das seis primeiras metas, do total de vinte definidas. (<http://educacaointegral.org.br/noticias>)

Democracia e participação no Congresso Interno da Fiocruz

A Fiocruz realizou, de 19 a 22 de agosto, o seu 7º Congresso Interno, instância máxima de representação da instituição, que ocorre a cada quatro anos, com o objetivo de revisar e aperfeiçoar suas grandes estratégias e diretrizes, assim como avaliar seu planejamento e governança para possibilitar mais eficiência interna e melhores resultados à sociedade. Como é próprio desse processo, foram contempladas múltiplas vozes, resultantes de debates prévios e reuniões preparatórias, como a realizada em 1/8, com Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (Abrasco) e o Conselho Nacional de Saúde.

Os debates distribuíram-se por dez grupos de trabalho, formados por cerca de 300 delegados eleitos por todas as unidades da Fiocruz (foto). A sessão plenária foi aberta pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, e pelo presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha. A condução do congresso se deu a partir do documento de referência



FOTO: PETER LUCCIEV

Conhecimento e inovação para a saúde, desenvolvimento e cidadania, que receberia a contribuição das unidades da Fiocruz. O Sindicato Nacional dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN) encaminhou suas considerações ao congresso no documento *Por uma Fiocruz Estratégica de Estado e da Sociedade*, elaborado com base nas contribuições de trabalhadores recolhidas durante fóruns sindicais realizados no Rio

de Janeiro e unidades regionais e por dois seminários preparatórios.

A plenária final foi realizada em 22/8 com aprovação de uma Carta Política, ficando definido que os destaques e alterações no documento de referência serão deliberados em nova convocação, ainda em 2014. A Carta Política indica os pontos com os quais a Fiocruz se compromete, tendo em vista o aprimoramento constante do modelo de gestão democrático e participativo e a prestação de serviços públicos de qualidade para a população. “Ter os trabalhadores participantes das discussões que orientarão a atuação da Fiocruz nos próximos anos, com foco na saúde que o Estado e a sociedade querem e precisam, é uma experiência única no que se refere a um modelo participativo, em uma instituição pública”, considerou a vice-presidente da Asfoc, Justa Helena Franco.

Leia sobre o VII Congresso Interno em: <http://congressointerno.fiocruz.br>.



As Vozes *do* Brasil

Desde a definição pela Constituição Federal de que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”, conselhos, conferências, ouvidorias, audiências, consultas públicas, mesas de negociação e outros espaços de controle social se proliferaram para permitir a democracia participativa de que falou a Carta. O desejado diálogo entre sociedade e Estado nem sempre se deu — o que, em parte, motivou as manifestações de junho do ano passado. Anunciando a intenção de ouvir mais as múltiplas vozes do Brasil, o Governo Federal instituiu em maio a Política Nacional de Participação Social (PNPS). Para uns, a iniciativa “aprofunda a democracia” e “amplia a cidadania”. Para outros, é “golpista”, “bolivariana” e “bolchevique”.

A política reconhece a participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia e prega a complementariedade entre mecanismos da democracia representativa, participativa e direta. Na prática, organiza as instâncias de participação social já existentes em nível nacional, estabelece diretrizes para seu funcionamento e estimula os órgãos e entidades da administração pública federal a considerarem suas deliberações. A única novidade é a ampliação dos espaços de diálogo por meio de plataformas virtuais na internet, nas quais qualquer cidadão poderá se manifestar sobre políticas públicas.

“O texto tem como mérito dar força política ao controle social e estimular a articulação dos mecanismos de participação das várias políticas setoriais, unindo conselhos e conferências a partir de pautas comuns”, avalia a presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Maria do Socorro de Souza, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). O Plenário do CNS aprovou moção de apoio à política, considerando-a um reconhecimento às contribuições do controle social.

“Em conselhos, comissões e conferências nacionais nasceram propostas cruciais para o desenvolvimento nacional: o Sistema Único de Saúde; a Lei da Agricultura Familiar; a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional; o Programa de Aquisição de Alimentos; a Lei Maria da Penha; o Sistema Único de Assistência Social; o Estatuto do Idoso; o Estatuto das Cidades”, listou o CNS, afirmando que o trabalho dos conselheiros nacionais está pautado no compromisso, na independência crítica e na liberdade de formulação das políticas públicas.

Políticas públicas de participação ampliam espaço para a expressão das demandas sociais ante as demandas do mercado, no momento em que instâncias de representação reavaliam suas formas de atuar

DEMOCRACIA SEM POVO

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) assinou o *Manifesto pela Política Nacional de Participação Social*, elaborado por juristas como Dalmo Dallari e Fabio Konder Comparato, acadêmicos e lideranças de movimentos sociais, como João Pedro Stédile, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (*Radis* 143). O texto rechaçou críticas de setores conservadores, para os quais a política é antidemocrática e inconstitucional e usurpa as atribuições do Poder Legislativo. “A participação popular é uma conquista de toda a sociedade brasileira, consagrada na Constituição Federal. Quanto mais participação, mais qualificadas e próximas dos anseios da população serão as políticas públicas. Não há democracia sem povo”.



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

Maria do Socorro: em conselhos, comissões e conferências nasceram propostas cruciais para o desenvolvimento nacional

Editorial de *O Estado de S. Paulo* anunciou, já em seu título, *Mudança de regime por decreto*". Segundo o jornal, a história mostra o contrário da ideia de que os movimentos sociais são a mais pura manifestação da democracia. "A participação social numa democracia representativa se dá através dos seus representantes no Congresso, legitimamente eleitos", limita. Na revista *Veja*, um colunista chegou a falar em "golpe", "decreto bolivariano", "arrote autoritário" e implementação do comunismo no Brasil. Parlamentares da oposição apresentaram projeto de decreto legislativo para revogar a política.

"A reação parte principalmente das forças mais conservadoras da sociedade, impulsionadas por agentes que têm no mercado sua grande fortaleza", avalia o conselheiro nacional de Saúde Ronald Ferreira dos Santos, representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar). "Essas forças agem para diminuir os espaços de participação porque, em última análise, eles apontam necessidades sociais em oposição às necessidades de mercado".

Em entrevista ao site Última Instância, o teólogo e escritor Frei Betto deu declaração semelhante: "[A elite] se sente ameaçada pelo PNPS, pois sabe que quanto menos desigualdade social, mais ela tem a perder". Na avaliação dele, o que temos hoje, no Brasil, é uma democracia delegativa, pouco representativa e nada participativa. "A representatividade se reduz, de fato, a lobbies corporativos, como o das armas e do latifúndio. (...) Desde a colônia a elite se apropriou do Estado brasileiro, como o denunciaram Sérgio Buarque de Holanda, Raymundo Faoro, Caio Prado Júnior e Darcy Ribeiro. Uma elite que tem nojo do cheiro de povo".

Representante do empresariado, o diretor-presidente do Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social, Jorge Abrahão, lembrou em nota aos seus pares, a propósito da PNPS, que empresas também estão incluídas na definição de sociedade civil – "o cidadão, os coletivos, os movimentos sociais institucionalizados ou não institucionalizados, suas redes e suas organizações". Portanto, o setor também está apto a opinar sobre os rumos do país para além dos espaços que já ocupam, como os conselhos empresariais da Agência Brasileira para o Desenvolvimento Industrial (ABDI).

"As empresas também fazem parte da sociedade civil, sendo talvez o seu segmento mais forte e mais bem organizado. Todos os canais do sistema de participação social também estão abertos à participação de representantes empresariais", disse. Em entrevista à rádio CBN, acrescentou que as conferências eliminam o que ele chamou de "lobby do mal", fruto de pressões por baixo do pano, em que não se consegue sequer identificar os interesses por detrás. "Todas as áreas da sociedade civil podem estar representadas. É uma oportunidade plural da nossa sociedade avançar".

RECONHECER E VALORIZAR

No Conselho Nacional de Saúde, foram apontadas apenas questões burocráticas em relação à PNPS, como observam Ronald e Maria do Socorro. Por exemplo, o fato de a política ter sido instituída por decreto. Ou o receio de perder para o Comitê Governamental de Participação Social o poder de convocar uma conferência (depois, esclareceu-se que cabe ao comitê convocar conferências apenas de setores de políticas públicas que não têm conselhos, como é o caso da Comunicação Social).



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

“Para o conselho, é uma indicação de que os governos, nos três níveis, precisam reconhecer e valorizar o controle social, assim como desenvolver outras formas de participação, mais horizontais e inclusivas”, reforça Maria do Socorro.

Com vistas a fortalecer uma atuação local do controle social, o Governo Federal também lançou o Compromisso Nacional pela Participação Social. Os estados e municípios que aderirem recebem assessoria técnica para ampliar os espaços de diálogo com a sociedade, e garantir o funcionamento de conselhos e conferências, entre outros mecanismos, ouvindo grupos de mulheres, crianças e adolescentes, jovens, idosos, negras e negros, povos indígenas, comunidades tradicionais, pessoas com deficiência, população LGBT, população de rua, catadores, grupos religiosos, movimentos sociais urbanos e do campo, grupos midiavivistas e de cultura livre ou digital, além de indivíduos, coletivos e movimentos não institucionalizados.

O apoio à expansão beneficia especialmente os conselhos de direitos, destaca Jorge Amaro, coordenador geral do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade). Enquanto os conselhos de políticas públicas — por exemplo, de Educação ou de Saúde — são um requisito para o repasse de verbas federais a estados e municípios, os conselhos de direitos — das pessoas com deficiência, do idoso, da população LGBT, entre outros — dependem da “boa vontade” dos gestores locais para que sejam criados e funcionem.

‘NADA DE NÓS SEM NÓS’

“A política é inovadora ao dar visibilidade a esses espaços e vai nos ajudar na dura tarefa que é ampliar nossa rede”, acredita Jorge, apontando as regiões Norte e Centro-Oeste como as com maior déficit de conselhos de Direitos da Pessoa com Deficiência, presente em todos os estados e em 580 dos 5.570 municípios do Brasil. “A Convenção dos Direitos Humanos das Pessoas



FOTO: GILMAR FÉLIX

Antônio: pluralidade de interesses específicos pode não levar a equidade, apenas a uma soma de demandas de segmentos diversos

com Deficiência da ONU é categórica sobre nossa importância no processo de elaboração de políticas públicas: “Nada sobre nós sem nós”.

O Conade, informa ele, agrega pessoas com deficiência intelectual, física de todos os tipos, auditiva, cegueira e baixa visão, ostomizadas, com autismo. “Como um gestor vai pensar uma política pública para esse extrato social, sendo ele tão diverso, sem nos ouvir?”, pergunta, ressaltando que não interessa aos conselhos se sobrepôr ao Parlamento. “Nós avaliamos os projetos de lei em tramitação, dialogamos até construir um consenso entre nós e emitimos nossa opinião, que não é impeditiva, mas pode melhorar os textos”.

No âmbito do Governo Federal, há em funcionamento cerca de 270 ouvidorias e de

Controle social em números*

40 conselhos e comissões de políticas públicas

668 representantes do governo

818 representantes da sociedade civil

128 conferências nacionais desde 1988

97 entre 2003 e 2013

286 ouvidorias públicas federais

* Em âmbito federal

Ronald: reação à participação social vem de forças conservadoras, impulsionadas por agentes que têm no mercado sua fortaleza

A elite se sente ameaçada pela política de participação, pois sabe que quanto menos desigualdade social, mais tem a perder
Frei Betto

120 conselhos, dos quais 40 de Políticas Públicas, além do Conade, por exemplo, formados por 668 representantes do governo e 818 representantes da sociedade civil. Desde 1988, foram realizadas 128 conferências nacionais, sendo 97 entre 2003 e 2013, envolvendo mais de 7 milhões de brasileiros.

O comunicado do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) *Participação social como método de governo: um mapeamento das 'interfaces socioestatais' nos programas federais*, elaborado pelos pesquisadores Roberto Pires e Alexandre Vaz, em 2012, indicou entre as conclusões que conselhos e conferências apresentaram maior vínculo com programas da área de proteção e promoção social. Temáticas de desenvolvimento econômico e infraestrutura tiveram maior vínculo com audiências e consultas públicas e reuniões com grupos de interesse.

PADRÕES MÍNIMOS

A PNPS não dá origem a novos conselhos nem altera os já existentes, mas define parâmetros mínimos para orientar a criação ou a reorganização dos constituídos: presença de representantes eleitos ou indicados pela sociedade civil, preferencialmente de forma paritária em

relação aos representantes governamentais; definição, com consulta prévia à sociedade civil, de suas atribuições, competências e natureza; garantia da diversidade; critérios transparentes de escolha de seus membros; rotatividade; acompanhamento dos processos conferenciais; e publicidade de seus atos.

As conferências nacionais também devem seguir diretrizes mínimas: divulgação ampla e prévia do documento convocatório, especificando seus objetivos e etapas; garantia da diversidade dos participantes; critérios e procedimentos para a escolha dos delegados; integração entre etapas municipais, estaduais, regionais, distrital e nacional; disponibilização prévia dos documentos de referência e materiais a serem apreciados na etapa nacional; definição dos procedimentos metodológicos e pedagógicos; publicidade de seus resultados; acompanhamento de suas resoluções; e indicação da periodicidade de sua realização.

GOVERNO DO POVO

Para Ronald, o debate em torno da política de participação social indica a necessidade de mais democracia, mais espaços, mais vozes. "Há muitas vozes que não são ouvidas, dado o processo de organização da sociedade, e é preciso que as demandas desses sujeitos coletivos se expressem". A disputa pela maneira com que as políticas públicas são construídas, diz ele, leva ao tema da Reforma Política.

"As eleições são fundamentais na democracia representativa, mas mantendo as regras de financiamento de campanha e do sistema eleitoral, vamos continuar elegendo bancadas representativas de setores econômicos. Afinal, quem tem condições de bancar uma campanha de R\$ 5 milhões para deputado federal?"

Participação social na lei

A participação social é um preceito que aparece diversas vezes na Constituição:

- Utilização de plebiscitos e referendos, e iniciativa popular no processo legislativo (Art. 14);
- Diretriz do Sistema Único de Saúde (Art. 198, III);
- Diretriz da Assistência Social (Art. 204, II);
- Participação na Seguridade Social (Art. 194, parágrafo único, VII);
- Participação no Sistema Nacional de Cultura (Art. 216, § 1º, X);
- Participação nos órgãos públicos que tratem dos direitos previdenciários e profissionais dos trabalhadores (Art. 10);
- Gestão do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Art. 79, parágrafo único do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias).

A Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Plano Plurianual (PPA), define como diretriz do PPA a ampliação da participação social (art. 4º, II) e impõe ao Executivo, como meta para o período 2012-2015, a criação de um Sistema Nacional de Participação Social.

A participação social também é assegurada, no âmbito internacional, pelo Pacto de San Jose da Costa Rica, promulgado pelo Brasil em 1992 (ver Decreto Legislativo nº 27 de 1992). De acordo com o primeiro item do artigo 23, que trata dos direitos políticos, todos os cidadãos devem gozar de direitos e oportunidades "de participar da condução dos assuntos públicos, diretamente ou por meio de representantes livremente eleitos".

O parágrafo único do art. 1º da Constituição Federal de 1988 prevê a participação direta como uma das formas de exercício do poder do Estado:

*"Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou **diretamente**, nos termos desta Constituição".*

Na Saúde, momento de repensar a participação

A cerca de um ano da 15ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde vem repensando a participação social no setor. Enquanto os conselhos já estão estabelecidos em 5.553 municípios — ou em 99,78% do total — e conferências são regularmente organizadas nos três níveis de governo, antigas questões de representatividade, estrutura, poder de influência e afastamento das necessidades reais da população ainda impactam sua efetividade. “Várias entidades que compõem o CNS, como Abrasco, Cebes e Rede Unida, têm discutido o controle social e buscado maneiras de articular forças para termos uma ação mais consequente”, diz a presidenta do conselho, Maria do Socorro de Souza. “É nosso papel formular saídas para enfrentar os grandes desafios do SUS”.

Um dos maiores limitadores do trabalho dos conselheiros, indica ela, é a prática disseminada entre gestores da Saúde de pensar o SUS em períodos

máximos de quatro anos. “Muitos secretários estão preocupados com a dimensão assistencial e emergencial, com programas, com marcas de governo, quando deveriam preparar o sistema para os próximos 25 anos”, avalia Maria do Socorro, citando os temas financiamento, carreira e relação público-privado como gargalos não enfrentados. O efeito para o controle social é a negação da participação. “Boa parte das conferências municipais e dos conselhos funcionam para cumprir agenda, mas não são respeitados como espaços de consulta e deliberação popular”.

No processo de organização da 15ª, o Laboratório de Planejamento Participativo em Saúde da Universidade de Brasília (Lappas/UnB) pesquisa os “25 anos de conferências de Saúde democráticas e participativas”, a partir de revisão sistemática de literatura e da análise de regulamentos internos e relatórios finais desde a 8ª. O estudo

Conferências nacionais são regularmente organizadas nos três níveis de governo, mas questões como representatividade, estrutura e poder de influência ainda impactam controle social



termina em novembro, mas já chegou a um panorama geral, apresentado na 18ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em maio em Brasília. A primeira percepção, relata o professor Antônio José Costa Cardoso, que está à frente do grupo, é o crescimento do número de deliberações — de 49 na 8ª para 857 na 13ª. “Se, por um lado, o crescimento expressa a complexificação do sistema de Saúde e a pluralidade de interesses presentes nesse fórum, revela, por outro, um universo extremamente fragmentado, com possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexistência de tantas resoluções”, pondera.

SOMA VERSUS UNIDADE

Um agravante: não há, nos relatórios finais, a indicação do que é mais relevante; tudo se iguala em importância. “As deliberações abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo

SUS. Mas o papel das diretrizes expressas pelas conferências é tornar claros os objetivos que devem ser alcançados pela política de saúde”, observa Antônio. O professor valoriza a incorporação de novos atores sociais na participação social do SUS ao mesmo tempo em que ressalva que a pluralidade de representantes de interesses específicos não leva à realização dos princípios de equidade e universalidade. “A lógica tem sido de simples soma, de adição de demandas e segmentos”, reflete.

Na dinâmica das conferências, uma questão que preocupa é a transformação das plenárias temáticas e final em palanques, momentos em que se consome energia no debate de variações de redação sem alteração significativa do conteúdo das propostas. Outra é o recorte setorial dos delegados: nos relatórios se identificam inúmeras recomendações que implicam ações para além da saúde, logo se faz necessária a presença de outras pastas. “O desafio é organizar uma conferência setorial que garanta a participação e a contribuição de um conjunto mais amplo de instituições e atores, já que fazer saúde não depende só do ministério e das secretarias de Saúde”.

Resultados da participação social

POLÍTICAS PÚBLICAS QUE RESULTARAM DE INICIATIVAS DA SOCIEDADE CIVIL EM CONFERÊNCIAS

CONFERÊNCIAS	POLÍTICAS PÚBLICAS
Conferência Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Único de Saúde
Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Brasil Sem Miséria • Lei da Agricultura Familiar • Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional • Programa de Aquisição de Alimentos • Lei da Alimentação Escolar
Conferência Nacional de Políticas para Mulheres	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Maria da Penha • I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Conferência Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalho do Adolescente
Conferência Nacional de Juventude	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Juventude Viva
Conferência Nacional de Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Único de Assistência Social
Conferência Nacional do Meio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Ação para a Prevenção e Controle do Desmatamento na Amazônia Legal • Lei de Gestão de Florestas Públicas; • Política e do Plano Nacional de Mudanças do Clima (atualmente em tramitação no Senado Federal)
Conferência Nacional dos Direitos do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa • Estatuto do Idoso
Conferência Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional para o Desenvolvimento Rural Sustentável

Fonte: Ipea



PODER
POPULAR

MORTO OU VIVO

No pós-conferência, o grupo aponta que falta monitorar a incorporação pelos governos das propostas encaminhadas. “Gasta-se um ano no debate em todo o país e os relatórios repetem um conjunto de deliberações cuja execução nem o próprio controle social acompanha”, avalia Antônio. Para Maria do Socorro, é esse o maior desafio: incidir na decisão final dos gestores. Conselhos e conferências, diz ela, são apenas a primeira etapa de um processo deliberativo — atores com diferentes pautas buscam construir consensos dentro de sua arena. O passo seguinte é pressionar as três esferas de governo para que os consensos sejam acatados. “A questão é que os governos não são pressionados somente pelo controle social, mas também por outras forças, do mercado e da política”, lembra.

“Os gestores estão mais abertos a incorporar as deliberações que se aproximam de suas prioridades”, diz a presidenta do CNS, citando como exemplo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o programa Mais Médicos, que atendem reivindicações de conferências. “Quando um tema não é prioridade, como a relação público-privado, se fingem de mortos”. A fim de evitar esse jogo de vivo ou morto, o conselho tem discutido novas estratégias para o evento. Uma das ideias cogitadas era a antecipação da etapa nacional: de dezembro para agosto ou início de setembro. Assim, haveria tempo hábil de as propostas serem adotadas no Plano Nacional de Saúde, no Plano Plurianual de Saúde, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e

na Lei Orçamentária Anual. Mas o pleno acabou confirmando o evento para novembro.

CONFERÊNCIA POPULAR

Outra aposta é mobilizar o cidadão comum a participar, trazer para o controle social da Saúde figuras até então invisíveis, que historicamente não participam de conselhos e conferências mas podem contribuir para o avanço do SUS. “Queremos criar mecanismos para dar voz aos grupos mais discriminados, de modo que tenham suas demandas expressas”, diz o conselheiro Ronald Ferreira dos Santos. “Nossa preocupação principal era escolher um tema com forte apelo popular, que convoque e anime o povo a se integrar no processo de construção do sistema”, acrescenta Maria do Socorro. Esse tema será *Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro*.

O povo, desta vez, deve incluir os que estão fora dos espaços de controle social ou em minoria — população de rua e quilombolas, entres outros. “Como fazer com que grupos invisíveis, pouco potentes, tenham voz e que seus interesses sejam ouvidos? Como extrapolar a estrutura tradicional de modo a garantir que segmentos populares sejam incorporados como atores significativos?”, são as perguntas que ecoam, segundo Antônio. Para ouvir a sociedade civil não organizada, o conselho pretende realizar conferências livres e estimular o debate nas redes sociais. Em 7 de abril, uma plenária popular deve apresentar o conjunto de diretrizes tiradas desse processo e dar início às etapas municipais — às quais caberá levantar como anda a saúde da população brasileira por todo o país e o que avançou nos últimos 25 anos. 

Maior participação popular na formulação de políticas públicas foi demanda das ruas, nas manifestações de junho de 2013

Entre a INOVAÇÃO antigas práticas

Pesquisa realizada nos municípios brasileiros avalia aspectos sociais, assistenciais e gerenciais das secretarias municipais de Saúde, após a descentralização

Atendimento odontológico domiciliar para idosos, como o realizado no município de Japeri (RJ): inovações foram verificadas em todas as dimensões do SUS





Liseane Morosini

A gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um misto de ações inovadoras e práticas antigas. Essa “herança” faz com que, no SUS, as políticas permaneçam com um pé no que é novo e outro no passado, entre avanços e recuos. A análise decorre dos resultados da pesquisa *Municipalização na Saúde: inovação na gestão e democracia local no Brasil*, que comparou as gestões das secretarias municipais de Saúde do país, entre os anos 1996 e 2006, com foco na governança, nas mudanças de perfil dos gestores e nos padrões de difusão de inovação das secretarias municipais de Saúde.

O estudo, realizado a partir da coleta de dados por meio de questionário enviado aos secretários de Saúde, apresenta o resultado dos impactos do processo de descentralização da gestão em Saúde, no que diz respeito a aperfeiçoamento da capacidade de gestão e democratização do poder local, e analisa em detalhes o aperfeiçoamento do sistema, identificando que a gestão é ponto crítico da política descentralizada e merece atenção redobrada por parte dos formuladores de políticas públicas dessa área. “No SUS, grande parte das inovações sociais, assistenciais e gerenciais não ocorreram pelo processo clássico, no qual você introduz o novo, e o antigo desaparece. O melhor exemplo disso reside na dimensão gerencial, que não registrou o aperfeiçoamento esperado”, diz o economista Assis Mafort Ouverney, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e coautor do estudo – coordenado pela sanitarista e professora da Fundação Getúlio Vargas Sonia Fleury (ver matéria na pág. 23). A pesquisa é apresentada no livro *Democracia e Inovação Local na Saúde*, assinado, ainda, por Renato Cesar Möller, Thais Soares Kronemberger e Felipe Barbosa Zani.

MUDANÇA DE PADRÃO

Foram consideradas como práticas inovadoras no SUS aspectos como tomada de decisão, definição de prioridades, elaboração de orçamento, políticas setoriais, compras de bens e serviços, entre outras que “envolvem processos de mudanças voltadas a solução de problemas e enfrentamento de desafios em relação ao uso dos recursos, à sustentabilidade de processos e busca de efetividade e eficiência na gestão”, como informa a pesquisa.

A implementação de inovações, diz Assis, se deu em ritmos diferentes, quando considerados o tipo de inovação promovida, a região e o porte dos municípios, mas foram verificadas, em diferentes graus, em todas as dimensões do SUS. Por isso, segundo ele, os resultados do levantamento permitem considerar a implementação do SUS um sucesso, “porque mudou o padrão organizativo da política vigente antes da Constituição”.

Assis observa que, em 1996, o processo de municipalização ainda era bastante incipiente e a dimensão assistencial pouco valorizada, sendo necessário dar um “salto” na difusão de políticas e programas setoriais. Nessa época, diz, apenas 144 municípios recebiam recursos fundo a fundo – repasse regular e automático diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a estados e municípios, para financiamento de ações estratégicas e serviços de saúde –, sendo esperado que o processo de municipalização fosse restrito. “Nesse momento, verifica-se assimetria ou desarmonia nos ritmos de inovação”.

Assis aponta que houve um trabalho “muito cuidadoso” do Ministério da Saúde para induzir a adesão dos municípios às inovações, mas destaca pouca ênfase no aspecto gerencial frente às dimensões assistencial e social. “O SUS tem um atraso absurdo na dimensão gerencial, o que provoca um impacto direto na questão inovação”. De acordo com o pesquisador, como os “saltos” de qualidade na política de saúde são mais difíceis em municípios de pequeno porte, em muitos casos, esses avanços ocorreram por força de políticas promovidas pela União. “Isso mostra que a indução federal, quando bem feita, produz resultados positivos. E, da mesma forma que foi utilizada para difundir políticas e programas setoriais de atenção, na área assistencial, também pode agora ser utilizada para produzir o aperfeiçoamento gerencial no SUS”, considera. “O importante é que ela se dê de forma homogênea”, ressalta.

A pesquisa mostrou que, em 2006, a maior parte das gestões municipais em saúde mais inovadoras foi encontrada nas regiões Sul (39,0%), Sudeste (29%) e Nordeste (22%), que juntas alcançaram 89,5% do total dos mais inovadores. O Sudeste e Nordeste também concentraram os menos inovadores, respectivamente, como 29% e 37%. Juntas, as duas regiões apresentaram 66% do total dos menos inovadores (gráfico 1). Para Assis, o resultado expressa, mais uma vez, a convivência entre antigo e moderno.

Na década estudada, sinaliza o pesquisador, os resultados apontam que o Nordeste aumentou tanto a concentração de gestões mais inovadoras (de 11% para 22%) quanto de menos inovadoras (de 25% a 37%). “Por outro lado, no Sudeste ocorreram reduções percentuais significativas das gestões mais inovadoras (46% para 29%) e também das menos inovadoras (37% para 29%). Pelos resultados, explica, não é possível estabelecer correlação entre inovação local em saúde e região geográfica, “já que nas regiões onde há maior concentração de municípios inovadores há também de menos inovadores”. Esse dado leva a “repensar o papel do nível estadual na difusão de inovações”, apontou o estudo.

ORÇAMENTO E RECURSOS

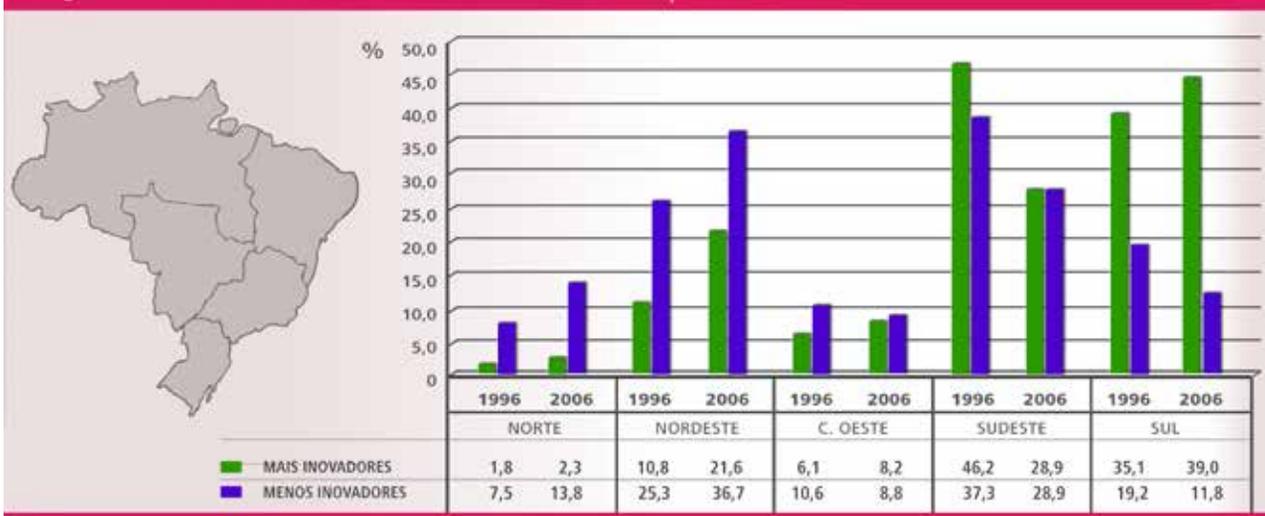
A participação no processo de elaboração do orçamento e destinação de recursos municipais também foi avaliada na pesquisa. De 1996 para 2006, em geral, um leque maior de atores passou a participar desse processo, considerado central na qualidade da gestão (Gráfico 2). “Ali estão apontadas as prioridades, onde serão investidos os recursos e quem vai elaborar e executar o orçamento na área de saúde”, explica Assis. “Notamos que não só há maior diversificação de atores, como isso ocorre em um conjunto grande de municípios”, apontou.

Em 2006, prefeitos (82%) e secretários (49,5%) tiveram maior influência na elaboração do orçamento municipal. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) (28%) também foi considerado pelos secretários como uma instância de alta influência. Com menos influência apareceram o Judiciário (12%), entidades de sociedade civil (10%) e consultores (10%).

Enquanto a predominância do prefeito como ator principal não sofreu variação regional ou de acordo com o tamanho do município, no caso dos secretários, os índices variaram: sua participação na definição do orçamento e destinação de recursos foi mais expressiva no Sul (60%). Essa participação também se destacou em cidades com mais de 200 mil habitantes (67%). Já o CMS aparece com maior peso nas regiões Centro-Oeste e Sul, com 36%. “Embora haja um *pool* de atores, em todos os municípios, houve crescimento do percentual de atuação dos conselhos municipais, o que não quer dizer que não haja influência de políticas locais e partidárias. A descentralização institucionalizou uma prática que antes estava dispersa em políticas locais e em partidos”, comenta Assis.

Ele ressalta, ainda, o aumento da participação dos secretários de Saúde, na definição do orçamento (de 25% para 50%), e dos conselhos municipais de Saúde (de 16% para 28%), observando-se redução (de 19% para 10%) na influência exercida pelos políticos locais.

1 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE MAIS E MENOS INOVADORAS | REGIÕES- 1996/2006



Fonte: Relatório Técnico – Pesquisa Municipalização da Saúde (Peep, 2009)

MODERNIZAÇÃO EM PROCESSO

A pesquisa apontou um padrão nacional nos perfis dos Conselhos de Saúde – mecanismo de participação social previsto na lei do SUS. A maior parte (90%) não possuía sede própria, divulgava rotineiramente suas resoluções (67%) e possuía canais de comunicação com a secretaria de Saúde (85%). Os meios de comunicação foram a forma mais utilizada para divulgar as resoluções (26%), seguindo-se reuniões (18%), locais públicos (10%) e conselheiros (10%). Para Assis, esses aspectos constituem o lado “antigo” dos conselhos. “Há uma dificuldade de autonomia e de capacidade de fazer valer o papel da sociedade nas decisões”, considera. “Acredito que há uma modernização em processo, pois os conselhos existem, mas ainda há um degrau de reconhecimento a ser atingido”, diz.

A gestão dos conselhos também embute aspectos inovadores: “Os conselhos realizam eleições para escolher o presidente, têm canais rotineiros de comunicação com a sociedade e de negociação com o Executivo, têm pautas definidas, câmaras técnicas e grupos de trabalho para tratar de temas importantes e mais influência na agenda”, enumera. O presidente dos conselhos é, na maioria das vezes, o secretário municipal de Saúde (64%), eleito por conselheiros (70%).

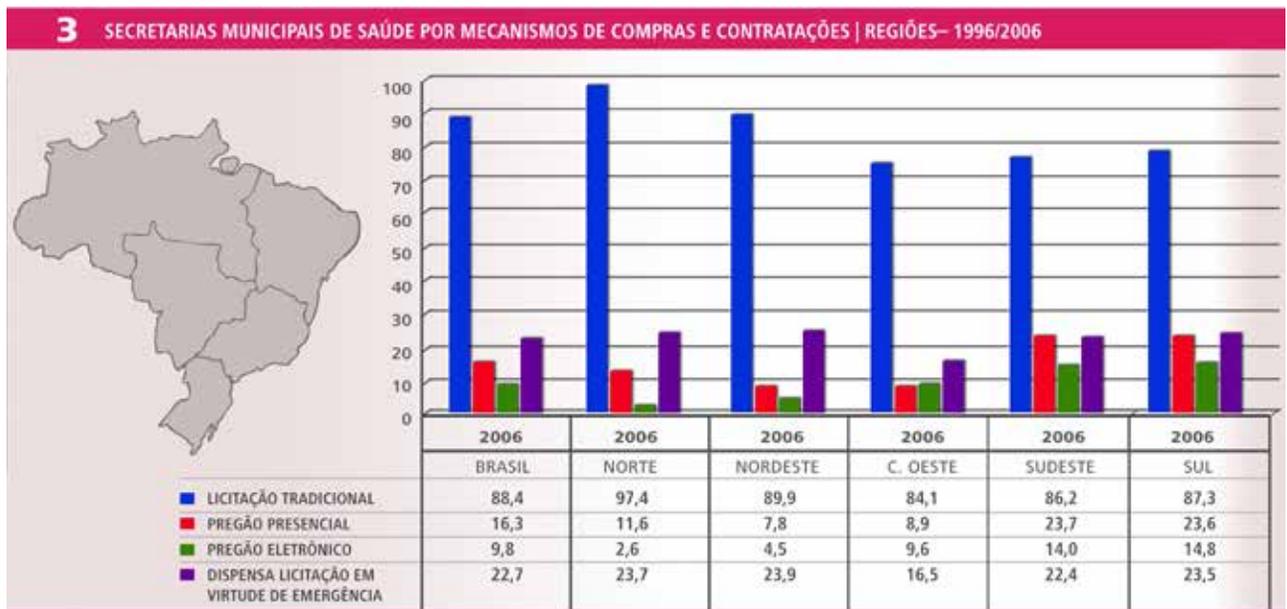
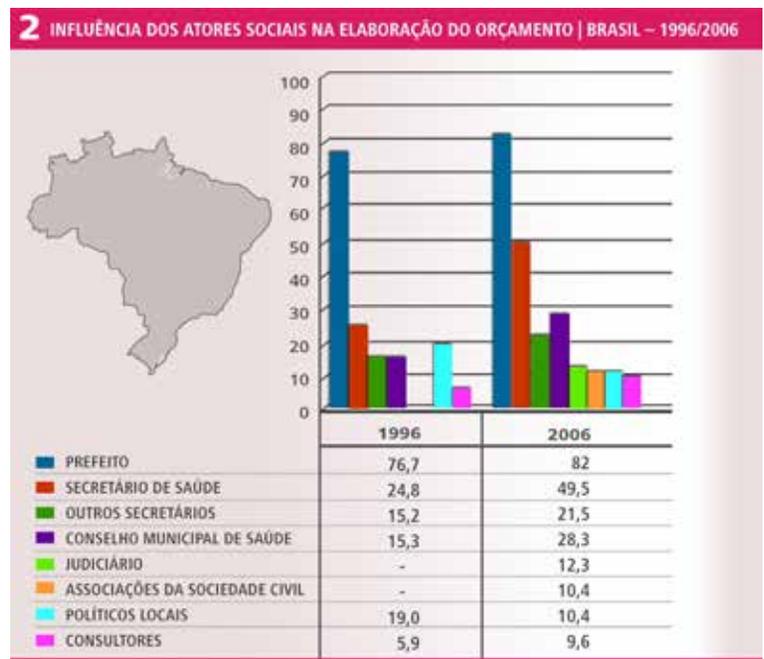
BENS E SERVIÇOS

Em relação à dimensão gerencial, a pesquisa mostra que houve modernização das estratégias de aquisição de bens e serviços, uma vez a maior parte das compras já é realizada com o emprego de licitações (gráfico 3). Grande parte dos municípios fazia compras por licitações, em 2006, apontou, mas prevalece o uso de modalidades tradicionais de licitação (88%) com pouco emprego de práticas modernas, como pregões presenciais (16%) – que permitem selecionar preços mais baixos, agilizar o processo licitatório e reduzir lances – e pregões

eletrônicos (10%), ambos regulamentados em 2002. As regiões Sul e Sudeste indicaram maior utilização de pregão presencial (24%), e de pregão eletrônico (Sul, 15%, e Sudeste, 14%). O lado conservador recaiu sobre o Norte, onde predomina (98%) a modalidade de licitação tradicional.

Aproximadamente um quarto (23%) das secretarias municipais de Saúde, sobretudo nos municípios de pequeno porte populacional, efetuou a dispensa de licitação em virtude de emergência, que pode fazer com que os valores licitados sejam prejudiciais à administração pública. O quadro, mostra a pesquisa, pode também refletir a fragilidade no planejamento para a aquisição de bens e serviços nos municípios de médio porte.

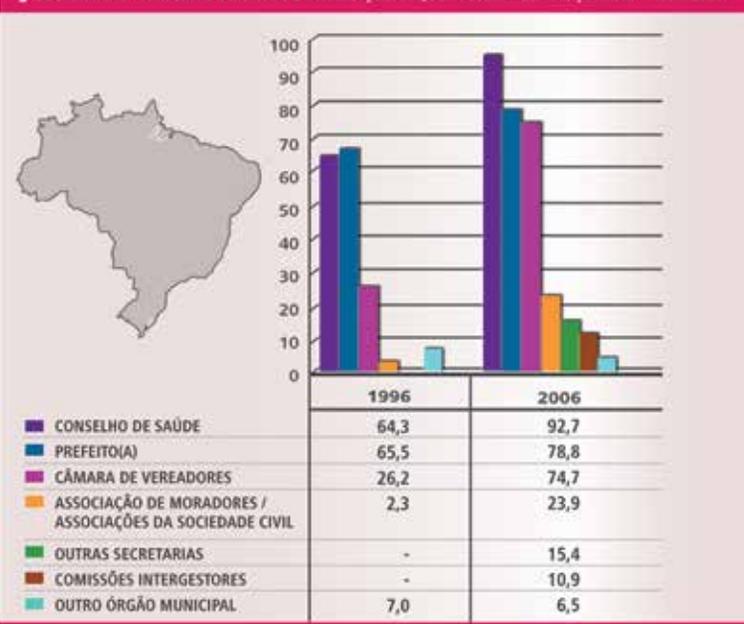
No quesito prestação de contas, houve evolução na década pesquisada (gráfico 4). A quase



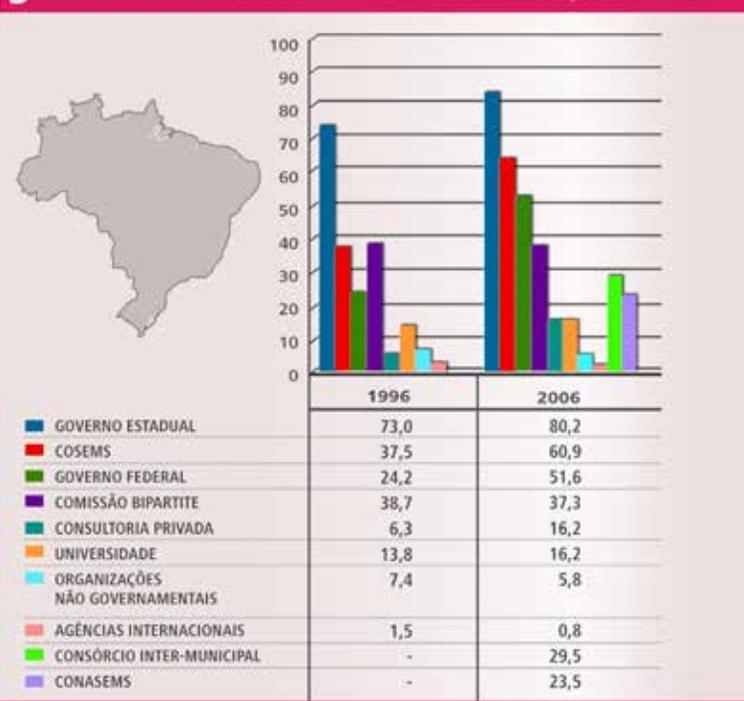
Fonte: Relatório Técnico – Pesquisa Municipalização da Saúde (Peep, 2009)

totalidade das secretarias de Saúde presta contas ao Conselho Municipal de Saúde (93%) e também ao prefeito (79%) e à Câmara de Vereadores (75%), e apenas uma parcela à sociedade civil (24%). Nesse item, não há diferenças regionais. A prestação de contas se dá por mecanismos como balancetes periódicos (77%) e audiência pública (45%). Na década, a pesquisa destaca o crescimento da prestação de contas por meios de comunicação (+10%), que cresceu mais nas regiões Sul (+16%), Centro-Oeste (+21%) e Sudeste (+15%), e nos municípios com população entre 50 e 200 mil habitantes (+ 14%).

4 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E INSTITUIÇÕES A QUE PRESTAM CONTAS | BRASIL – 1996-2006



5 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – ORIGEM DO APOIO TÉCNICO RECEBIDO | BRASIL – 1996-2006



APOIO TÉCNICO

O levantamento aponta também a diversificação das fontes de apoio técnico aos municípios, para qualificação de quadros e modernização gerencial (gráfico 5). Se há crescimento e maior diversidade de parceiros, em essência, as fontes ainda são muito concentradas para a maioria das secretarias municipais, que recebiam apoio técnico do governo estadual (80%), seguido do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), com 61%, e do Governo Federal (57%). Também foram significativos os apoios recebidos da comissão bipartite (37%) – pactuação entre gestores estaduais e municipais –, da consultoria privada (16%) e da universidade (16%).

Para Assis, se o desenho da descentralização levou, por exemplo, ao maior apoio técnico do governo estadual (80%), o gestor está distante do planejamento regional e da coordenação da regionalização de serviços de média e alta complexidade. “Seria esperado, de acordo com a Constituição, que os gestores estaduais coordenassem um processo consistente de planejamento regional e de organização de redes de atenção à saúde no âmbito do estado, que daria acesso regulado a serviços de média e alta complexidade. Mas o que a pesquisa trouxe é o gestor estadual mais presente no apoio técnico ao município”, diz Assis.

Segundo ele, bons exemplos podem ser observados em políticas nacionais. “Sempre que o Governo Federal define uma nova política para estado e município, a secretaria estadual faz a intermediação com os municípios para mobilizar e buscar adesão. É comum ver o secretário estadual conversando com o Cosems”, observa.

Em relação à busca de apoio técnico, a maioria das secretarias municipais estabeleceu parcerias com o governo estadual (76%), com governo federal (61%), e outros setores do governo municipal (60%). Também foi notada a relevância das parcerias com igrejas (35%), instituições de ensino e pesquisa (25%) e organizações não governamentais (24%), bem como a realização de consórcio intermunicipal (40%).

A pesquisa destacou ainda aspectos relacionados a comunicação e divulgação de informações, apontando que, quanto maior o porte do município, menor é o crescimento da prática para tratar de ações e campanhas de saúde, funcionamento dos serviços e fornecimento de dados para os conselhos municipais.

POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS

Na dimensão assistencial, houve significativa diversificação e ampliação de pauta de políticas e programas setoriais. De acordo com Assis, aumentou o uso de estratégias de regulação do acesso às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, embora ainda de forma insuficiente. Contudo, há forte efeito indutor do financiamento nacional sobre políticas locais. Os níveis elevados de ações e programas de atenção à saúde verificam-se em todas as regiões e em municípios de tamanhos populacionais diferentes, reforçando a tese da relevância das políticas promovidas pelas instâncias locais, informa a pesquisa.

Municípios abrem espaço a diversidade e profissionalização

O universo de secretários municipais de Saúde historicamente composto por homens, brancos, médicos ou filhos de médicos, fazendeiros ou familiares de políticos tradicionais ganhou viés diversificado com a descentralização de recursos e atribuições legais da gestão municipal, como propõe o Sistema Único de Saúde. Longe de isso valer para todo o país, já é grande a participação de mulheres, profissionais não médicos e negros no comando das gestões municipais de Saúde.

“Houve mais diversificação e maior qualificação o que demonstra que o processo de descentralização democratizou o sistema de poder e o perfil dos gestores locais”, observa a sanitarista Sonia Fleury, professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), ressaltando aspecto importante da pesquisa *Municipalização na Saúde: inovação na gestão e democracia local no Brasil*, que coordenou. “Quanto mais variado for o perfil, quer dizer, mais mulheres, negros, profissionais de outras áreas, podemos dizer que é mais democratizado”, diz Sonia Fleury.

PRESENÇA FEMININA

A renovação dos espaços de poder locais, apontou a pesquisa, levou os cargos de liderança a serem mais ocupados por mulheres, tendência verificada também em outras áreas da gestão pública e privada da Saúde. A distribuição atual por sexo, hoje, é equilibrada (50%), não havendo diferença significativa entre a presença feminina e a masculina. Em 1996, o percentual de mulheres era de 40%. “Em uma década, houve redução de 10% para homens e aumento de 10% para mulheres. Houve pouco aumento na participação, mas houve. É um número muito expressivo, que está mais próximo da realidade brasileira do que antes, quando havia mais concentração na figura do gestor homem”, analisa Sonia.

O aumento da presença feminina ocorreu em municípios de todos os portes, variando entre 54%, nos municípios de 5 mil a 20 mil habitantes, e 42%, naqueles com 50 mil a 200 mil habitantes. A presença das mulheres é maior nas regiões Nordeste (55%) e Norte (58%), sendo que nesta região houve o aumento mais expressivo em relação ao patamar de 1996 (42%).

MUDANÇA PARA MELHOR

Segundo Sonia Fleury, os números mostram que o Brasil está mudando, para melhor, especialmente nos municípios entre 5 a 200 mil habitantes. É neles que a pesquisadora percebe uma grande dinâmica de renovação das elites que ocupam cargos gerenciais já que, além da maior participação feminina, foi observada também a expansão dos secretários que se declararam pardos: o percentual duplicou



FOTO: VIRGINIA DAMASCENOPHOCRUZ

em todos os portes populacionais, com exceção dos municípios acima de 200 mil habitantes. “Nos grandes municípios, a presença de mulheres é bem menor (25%) como é também menor o percentual de pardos, de 9%. Ali, há uma elite ainda conservadora em gênero, raça e profissão”, afirma. Assim, diz ela, a democratização ocorre em locais onde há menor competição. Nas grandes metrópoles, onde a pesquisadora imaginava que encontraria um perfil mais aberto e democrático, as secretarias municipais são ainda ocupadas por homem e médico. “A estrutura de poder é muito competitiva, já que simboliza o poder ou um maior ganho salarial”.

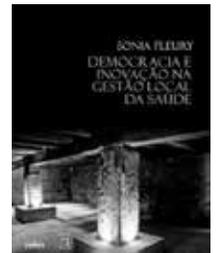
A pesquisa revela também que, na média, houve não só democratização e diversificação do perfil, como aumento da profissionalização: a maior parte dos secretários tem origem externa ao município em que atuam, o que indica que os critérios de seleção para o cargo não são mais os de parentesco ou filiação a grupos locais, políticos e corporativos tradicionais. Além disso, de acordo com Sonia, a maior parte (64%) dos secretários não nasceu no município no qual é gestor, o que aponta forte mobilidade geográfica. Mesmo não sendo filhos da terra, os novos secretários fincaram raízes em seus locais de trabalho. “A maioria mora há mais de dez anos nesses municípios e têm uma inserção na sociedade local. Eles têm nível de estudo, preparam-se mais para o cargo e têm uma carreira administrativa”, indica.

Para ela, os dados mostram que o Brasil está abrindo espaço para a renovação e a profissionalização das elites, deixando de ter um padrão clientelista. Apesar disso, Sonia confirma que ainda existe um poder conservador muito concentrado nos municípios. “Não é patrimonial, mas é conservador”. 

Sonia: processo de descentralização democratizou sistema de poder e perfil dos gestores locais

SAIBA MAIS:

- *Democracia e Inovação na Gestão Local em Saúde*, de Sonia Fleury, com Assis Mafort Ouverney, Felipe Barbosa Zani, Renato Cesar Möller e Thais Soars Kronemberger. Editora Fiocruz, 2014.



Maria Cecília de Souza Minayo

Violência: 'quanto maior a coesão, menor a coerção'



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

provar sua profissão. Muitas vezes, o *delito* é apenas ser diferente: no Rio, uma jovem foi espancada por estar acompanhada da namorada no Centro da cidade. A vida do outro sempre por um fio.

Para refletir sobre o assunto, *Radis* conversou com a socióloga e antropóloga Maria Cecília Minayo, coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Estudiosa da violência urbana, Maria Cecília diz que os autores dessas brutalidades ainda acreditam, em pleno século 21, que “bandido bom é bandido morto”. Mas para ela, há uma mudança mais profunda em curso. Nesta entrevista, Maria Cecília nos aponta uma sociedade que também se horroriza com os atos de barbárie e está mais consciente dos problemas sociais. “A violência não aumentou, ela apenas tem aparecido mais. E a internet tanto expõe esses extremos de violência quanto alimenta grandes correntes de solidariedade”, ela diz, como para mostrar que a humanidade ainda não se desumanizou de todo.

Que desencantamento é esse que tem levado as pessoas a praticar atos de selvageria com os próximos sob a alegativa de fazer justiça com as próprias mãos?

Teoricamente, fazer justiça com as próprias mãos é regredir à Idade Média. Nas sociedades modernas, houve o desenvolvimento conceitual – que se transformou em práticas sociais – de que as pessoas não deveriam fazer justiça com as próprias mãos e de que o Estado seria a autoridade responsável pelo julgamento dos crimes. No Estado Moderno, existem dois fundamentos: o fundamento da coesão e o fundamento da coerção. O fundamento da coesão vem da religião, da educação, da informação familiar, onde a sociedade vai dizendo pra nós como quer que a gente seja. E aí surgem os inconformados, que não querem ser do jeito que a sociedade determina, e os criminosos, que dizem assim: “Tudo o que vocês estão falando, tudo o que está na lei, para mim, não vale nada”. Então, o Estado deve atuar buscando a coesão. Ou seja, quanto maior a coesão da sociedade menos necessidade ela tem de coerção.

Mas o que tem levado as pessoas a desacreditar no Estado ou a desautorizar aqueles que fazem e aplicam as leis?

Ana Cláudia Peres

A imagem do adolescente negro, nu, preso com uma trava de bicicleta a um poste em um bairro da Zona Sul carioca, custa a sair da memória. O episódio ocorreu em fevereiro e, por mais perturbador que pareça, não foi caso isolado. Nos meses seguintes, a cena se repetiu mudando apenas a região do país ou o requinte da crueldade. Pela tela do computador, em relatos nas redes sociais – por vezes, vídeos chocantes – ou matérias da grande imprensa, o Brasil vem assistindo a uma onda de intolerância e violações de direitos que desafiam a razão. Levantamento realizado pelo portal G1 computou mais de 50 casos noticiados apenas no primeiro semestre deste ano.

À moda dos justiceiros, uma parcela da população decidiu que o suspeito de um crime é alguém desprovido de direitos e merecedor de castigos severos: em maio, uma dona de casa morreu, vítima de linchamento no Guarujá (SP), depois de ter sido confundida com uma suposta sequestradora; em julho, um professor de História só escapou da morte por populares, em um bairro da periferia paulista, após dar uma aula sobre a Revolução Francesa para

Uma observação que faço é que estamos passando por um período histórico de grandes mudanças. Mas grandes mesmo. Essa revolução, sobretudo da comunicação e da informação, trouxe mudanças profundíssimas para toda a sociedade. E é como se as autoridades tradicionais, ou seja, o Estado, não acompanhassem, não tivessem poder de coesão suficientemente grande, potente, frente a essas mudanças. Se fosse fazer uma metáfora freudiana, diria que é como se nós tivéssemos uma sociedade sem pai. Onde está a autoridade? Não falo de uma autoridade no sentido de autoritarismo, mas uma autoridade que é capaz de dizer, de apontar saídas.

E como chegamos a isso?

Podemos dizer que o Estado Moderno é asentado sobre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, mas que a grande força relacionada ao tema de que estamos tratando é o Judiciário, e esse poder é quase intocável. Falamos muito da polícia, mas não acompanhamos o que acontece com os cidadãos depois que a polícia os prende. Então, a consciência da sociedade hoje está maior do que os poderes constituídos. Ao mesmo tempo, passamos a ver a exacerbação da violência, da discriminação, do preconceito, mas todo esse mal estar já existia, estava aí, só que não era verbalizado, comunicado. Hoje, se vemos pela internet um adolescente nu, amarrado a um poste, imediatamente isso se torna comoção nacional e outros casos aparecem. Mas se um lado diz para mim que a lei não adianta e por isso são cometidos outros crimes, há também um outro lado que me mostra como as pessoas ficaram horrorizadas com aquele ato de barbárie. É como uma convulsão cotidiana frente a uma situação de mudança com a qual a gente ainda não está acostumada.

Esse tipo de violência já deixou vítimas em praticamente todos os estados brasileiros. São muitos os casos ligados ao preconceito contra negros, homossexuais, minorias em geral. Isso seria sintoma de um aumento do conservadorismo no país? Estamos ficando mais reacionários?

Não estamos mais conservadores, o conservadorismo está apenas aparecendo mais. Teoricamente, a compreensão da violência vem *pari passu* com o aumento da consciência social. Nos sites preconceituosos, por exemplo, existe uma alimentação de algo que estava recalcado e agora apenas começou a aparecer mais. Não acho que estejamos piores do que ontem. Do mesmo modo que aparece o preconceito e a violência, aparece também mais reflexão e isso permite que as pessoas se confrontem. Com mais consciência dos nossos problemas sociais, qualquer coisa que afete os direitos humanos vai repercutir muito. Isso começa a ficar mais claro, mais evidente. É doloroso, mas muito importante que fique mais evidente.

Com a informação em tempo real, tudo ganha audiência muito rapidamente, para o bem e para o mal. Até que ponto as redes sociais e o mundo virtual influenciam um comportamento intolerante?

31 de janeiro Preso a um poste

Adolescente é espancado por um grupo de jovens e preso pelo pescoço, nu, em um poste no Flamengo, Zona Sul carioca. Os agressores acusavam o garoto de praticar assaltos na região. Uma artista plástica, moradora do bairro, chamou os bombeiros e a polícia e postou uma foto do episódio nas redes sociais. A cena chocou internautas, mas surgiram relatos de casos similares por todo o país.



FOTOS: REPRODUÇÃO REDES SOCIAIS

5 de maio Dona de casa confundida e morta

Fabiane Maria de Jesus, de 33 anos, foi espancada por populares no Guarujá, litoral de São Paulo, e morreu dias depois no hospital. Dona de casa, casada e mãe de duas filhas, ela fora confundida com uma sequestradora acusada de praticar magia negra com crianças, após boato divulgado na internet. O caso se tornou ainda mais bizarro, porque a confusão começou com um falso retrato falado apresentado nas redes sociais.



6 de maio Salvo de linchamento

Estudante de arquitetura Mikhaila Copello evitou sozinho o linchamento de um jovem que acabara de roubar um celular na Zona Oeste do Rio de Janeiro. O caso repercutiu na imprensa e nas redes sociais, onde a estudante comentou o episódio. "Passei por uma das experiências mais aterrorizantes da minha vida (...) Fui até o sujeito, separei a briga, aos berros, enquanto uma multidão se reunia aos gritos de 'mata! mata!', e ouvi 'sorte sua que você é mulher, se não apanhava também'", relatou.



Mikhaila protegeu o adolescente até a chegada da polícia. Em sua página do facebook, ela disse que "faria tudo de novo".

A internet tanto expõe extremos de violência quanto alimenta grandes correntes de solidariedade, de mudanças sociais. Acompanhamos pelas redes sociais, por exemplo, passageiros de um ônibus manifestando-se solidariamente em relação a um catador de latinhas e contra o motorista que queria expulsá-lo do veículo. Isso em Ipanema! [bairro da Zona Sul carioca]. Tudo está em movimento. Claro que esses comportamentos violentos e intolerantes não são casos isolados e que ainda há a mentalidade de que “bandido bom é bandido morto”. Mas o joio e o trigo andam juntos. Nós não vamos para o caos, de jeito nenhum. Aliás, nós estamos vivendo o caos, no sentido de que não há uma coisa somente boa ou somente ruim. Hoje a sociedade está à frente da política, dos políticos e das instituições.

As manifestações que tiveram início no Brasil, em junho do ano passado, poderiam ser consideradas um reflexo disso?

Chamou a atenção que, nesses movimentos, o pessoal repudiava muito os partidos políticos e os políticos. Isso porque a forma como os partidos

políticos atuam é a da mesma velha escola desse Estado fraco, que não é pai, é padrasto. Há algo maravilhoso acontecendo desde junho no Brasil. Não adianta falar que não tem pauta, porque tem e está clara. A pauta é a seguinte: nós queremos a sociedade do bem, com saúde, educação, transporte, que não sacrifique o ser humano; nós queremos saneamento, nós queremos moradia. Quer pautas mais primárias e mais fortes do que essas? Agora, sou absolutamente contra a violência, contra qualquer movimento violento, como depredar, tocar fogo no patrimônio público. Todos os estudos que temos feito apontam para o fato de que violência alimenta violência.

Reprimir os protestos da maneira como o Estado tem feito, criminalizando manifestantes, não seria uma violência ainda maior à nossa democracia?

Temos estudado a polícia e eu diria que a maioria de seus integrantes é de bons policiais, que prestam um serviço fundamental à sociedade e têm pequeniníssimo reconhecimento. Há a polícia que não sabe lidar com o cidadão e trata-o como o inimigo, e, nesse caso, precisa responder por seus atos. Numa sociedade civilizada, temos que procurar meios não violentos sempre.

Quais seriam os caminhos para a transformação de uma sociedade violenta?

Veja, trabalhei durante muito tempo na Baixada Fluminense [Rio de Janeiro], onde era comum haver grupos de justiceiros. A Baixada era governada pelos justiceiros – e justiceiros, a gente sabe o que fazem. Esse é um fenômeno forte, antigo, entranhado na sociedade brasileira. É o que fizeram no Guarujá [SP], em maio, com o linchamento de uma senhora espancada até a morte, confundida com uma sequestradora de crianças que praticava rituais de magia negra. Em São Paulo, ainda tem muita chacina. A transformação dessa sociedade violenta se dá pela educação e pela consciência de direitos. Por isso, o aumento desse grupo social que está saindo da pobreza é muitíssimo importante. Quanto mais incluirmos a sociedade nos seus direitos, mais vamos estar trabalhando para a paz. Conflito sempre vai existir. Mas conflito é bom. Conflito não é violência.

Há quem defenda que a exacerbção da violência tem a ver o com uma sensação de impunidade no país. Em que medida o endurecimento do estado penal traria resultado?

Seria muito ruim. Um sistema penal ideal deveria fazer a socialização da pessoa para que ela sáisse melhor, pudesse estudar, trabalhar, aprender um ofício. Mas isso não acontece. O sistema prisional brasileiro é uma catástrofe. Há experiências interessantes no nosso sistema judiciário, como as penas alternativas, que possibilitam à pessoa cumprir uma tarefa para a sociedade. Mas são experiências muito limitadas, em relação à encrenca que é o nosso sistema penal. Endurecer penas é um erro. Sob pena de cair num chavão, eu diria que ainda precisamos investir muito em educação. Apostar em uma educação realmente transformadora e na mobilização da sociedade são as saídas possíveis. 



20 de julho **Em defesa do catador**

Motorista da linha 474, no Rio de Janeiro, estaciona o veículo para expulsar um passageiro, catador de

latinhas. Incomodados com o preconceito, todos os outros passageiros exigiram que o motorista se retratasse e continuasse a viagem. Muitos pediram a devolução do dinheiro da passagem, depois que o rapaz preferiu sair do ônibus para não atrapalhar os demais. “Ele está trabalhando e vai pagar a passagem. Ficou o dia inteiro catando lata na areia. É desumano o que você está fazendo”, disse um dos passageiros, no vídeo que registrou o episódio e foi postado horas depois em página do Facebook.

25 de junho **Aula para provar que não é ladrão**

Um professor de história foi confundido com um ladrão na periferia de São Paulo, enquanto praticava exercícios físicos. Foi amarrado e espancado e, para se livrar do linchamento e comprovar a sua profissão, precisou falar por alguns minutos sobre os princípios da Revolução Francesa. Bombeiros que passavam pelo local prestaram os primeiros socorros.



Saúde nas urnas

Estudo dos programas de governo dos candidatos à Presidência aponta omissões, fragilidades e distanciamento do clamor popular por um sistema universal e de qualidade

Bruno Dominguez

O brasileiro vai às urnas em 5 de outubro com uma grande preocupação em mente: a saúde. O tema lidera a lista dos itens que mais afligem os eleitores, à frente de segurança pública, desemprego, educação e transportes, segundo pesquisa do Instituto Datafolha com 2.126 pessoas, realizada em 134 municípios entre os dias 6 e 10 de junho. Até que o botão verde de Confirma seja apertado, o país tem a oportunidade de debater a saúde que quer.

Em junho, entidades como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e Associação Brasileira Rede Unida haviam divulgado a carta Por um SUS para todos os Brasileiros (*Radis* 141), com 13 pontos apontando caminhos para efetivar um sistema com garantias de direitos para todos os brasileiros. No que depende dos candidatos à Presidência, aos governos estaduais e ao Congresso, a discussão não avança, avalia a presidenta da Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza. "A maioria não está enfrentando as questões

estruturantes para dar sustentação ao SUS e isso leva a descrédito e desmobilização", diz. O conselho divulgou em julho sua *Agenda propositiva para a Saúde nas eleições*, entregue em agosto ao presidente do Senado, Renan Calheiros, ao presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves, e aos integrantes da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara.

O professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Mário Scheffer e a professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro Lígia Bahia, autores do estudo *A saúde nos programas de governo dos candidatos a presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate*, vão além e concluem que os candidatos demonstram "certo grau de arrogância e surdez incompatível com os clamores populares que apontam na direção do desejo de conquista de um sistema de saúde universal e de qualidade".

Scheffer e Lígia analisaram as proposições para a saúde contidas nos programas de governo registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE), no início de julho, pelos 11 nomes que disputam o cargo no



Nenhum dos programas propõe meios, estratégias ou mesmo diretrizes para conferir sustentabilidade ao SUS

país — Aécio Neves (PSBD), Dilma Rousseff (PT), Eduardo Jorge (PV), Eymael (PSDC), Levy Fidelix (PRTB), Luciana Genro (Psol), Mauro Iasi (PCB), Pastor Everaldo (PSC), Rui Costa Pimenta (PCO), Zé Maria (PSTU) e, no momento em que o estudo foi realizado, Eduardo Campos (PSB) — o levantamento é anterior ao trágico acidente aéreo que matou o ex-governador de Pernambuco e candidato do Partido Socialista Brasileiro, em 13 de agosto. Com a ascensão da então candidata à vice Marina Silva à cabeça de chapa, a coligação Unidos pelo Brasil havia mantido o programa apresentado ao TSE, até o fechamento dessa edição da *Radis*, em 27/8. Nas análises, nem

todas as candidaturas foram citadas em cada um dos quesitos enfocados, ou com a mesma ênfase.

Ressalvando que inferências a partir dos documentos registrados no TSE têm limitações, porque os textos podem ser incompletos ou mesmo improvisados para atender a exigência legal e burocrática, os pesquisadores identificaram no conjunto dos programas que estes não apresentam diretrizes claras para a efetivação do SUS constitucional, reduzem o sistema à sua dimensão assistencial, não explicitam novas fontes de financiamento, modelo de atenção e mecanismos de gestão. “Platitudes e trivialidades que predominam nos programas por certo não dão conta de responder ao momento atual, marcado por forte insatisfação dos brasileiros com o sistema de Saúde, já que a população tem dificuldades de acesso, sofre com a má qualidade da assistência e não vê atendidas suas necessidades na hora da dor, do sofrimento e da doença, numa insatisfação generalizada que atinge usuários do SUS mas também aqueles cidadãos que, além de usarem o SUS, são conveniados a planos e seguros privados”, escrevem os autores.

UM SUS VAZIO

As plataformas dos três candidatos mais bem posicionados nas pesquisas de intenção de voto fazem menções ao SUS, com “tom e conteúdos laudatórios”, mas “desproporcionais às fragmentadas ou inexistentes propostas para a sua efetivação”, segundo os pesquisadores. Dilma Rousseff fala em “maior rede de saúde pública do mundo”, Aécio Neves, em “uma das grandes políticas de inclusão social da história do Brasil” e a coligação Unidos pelo Brasil, agora tendo à frente Marina Silva, em “algo quase único em termos de cobertura no mundo”.

Os autores observaram que o programa de Dilma insinua problemas em relação a “sobreposições de atribuições entre entes federativos”; o de Marina fala de obstáculos em termos de acesso e qualidade, ao mencionar o “redirecionamento para um sistema mais humano, personalizado, rápido e que ofereça respostas às demandas de todos os brasileiros”; o de Aécio cita o fortalecimento do SUS.

A constatação de problemas e a necessidade de retomar o Sistema Único de Saúde aparecem no programa de Luciana Genro, que deixa nas entrelinhas o desvirtuamento das “funções originais do SUS”. A concepção de Eduardo Jorge

sobre o sistema reafirma a dimensão da criação de uma nova institucionalidade para a saúde na Constituição de 1988. Os demais candidatos não fazem defesa explícita do SUS.

Em geral, apontam Scheffer e Lúgia, o significado do SUS passa a ser exclusivamente o de cobertura assistencial e não o de uma das expressões do “direito de ter direitos”, do direito de cidadania: “Nenhum dos programas propõe meios, estratégias ou mesmo diretrizes para conferir sustentabilidade ao SUS. Os programas reafirmam compromisso vago com um SUS indefinido em termos de abrangência e garantias de acesso e utilização de serviços. E desvinculam o sistema de Saúde das ações para melhorar as condições de vida da população”.

SEM NOVAS FONTES

O subfinanciamento público, obstáculo para que o SUS assegure cobertura universal e atendimento integral, é tratado no programa de dois principais candidatos de oposição ao governo atual: “os recursos públicos não são suficientes para honrar todos os desafios” (Aécio Neves) e “a política pública de Saúde tem sido objeto de subfinanciamento crônico” (Marina Silva). Mas, de acordo com o estudo, ambos vão pouco além de identificar a insuficiência de recursos: não definem claramente novas fontes e também não indicam como se dará a relação entre as políticas macroeconômicas e sociais. Marina prevê “reverter a incidência da DRU (Desvinculação de Receitas da União) no orçamento da Seguridade Social”, o que corresponde aos anseios do Movimento da Reforma Sanitária, no sentido de barrar esse mecanismo que permite ao governo desvincular até 20% das receitas da Saúde para o orçamento fiscal.

A defesa, por candidatos da oposição, da bandeira de vinculação de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a Saúde soa como registro ou contraponto à rejeição da proposta pelo governo e Congresso atuais. A busca por conexão com o Movimento Saúde Mais 10, da sociedade civil, aparece no programa de Marina Silva (“apoiar a aprovação do Projeto de Lei Saúde Mais 10, de iniciativa popular”) e de forma mais genérica no programa de Eduardo Jorge (“O PV quer se comprometer com os atuais movimentos da sociedade civil que lutam por mais recursos para as políticas públicas de saúde e educação”).

Aécio Neves fala em apoiar a “proposta popular dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o setor saúde”, para logo matizar “ou política similar que garanta um crescimento progressivo de financiamento para o setor”. O programa de Dilma Rousseff não menciona a vinculação da RCB ao financiamento da Saúde. Luciana Genro afirma: “ampliaremos radicalmente os investimentos públicos em saúde e educação”. Os demais candidatos falam em “aplicação de 10% do PIB para a saúde já, cujos recursos poderiam vir do pagamento da dívida pública” (José Maria de Almeida) e “extinção de tributos que incidam no sistema de saúde” (Pastor Everaldo).

“Tão importante quanto revelarem a política de financiamento seria a declaração dos candidatos sobre como possíveis novos recursos passarão a circular no

sistema de Saúde, ou seja, como serão utilizados. Nenhum candidato se propôs a refazer as contas da Saúde, a começar pela renúncia fiscal no cálculo de imposto de renda de pessoa física e jurídica, empréstimos do BNDES, subsídios e isenções tributárias a planos de saúde; desonerações da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos; enfim, os diversos incentivos econômicos que favorecem a expansão do setor privado, sem nenhuma contrapartida ao sistema universal”, observam os pesquisadores.

GESTÃO EM DESTAQUE

Ao lado do financiamento, as modalidades e formatos de gestão ocupam lugar destacado nos debates sobre o sistema de saúde brasileiro. Os programas dos candidatos a presidente, entretanto, se omitem em relação à defesa ou crítica da gestão por meio de Organizações Sociais, Parcerias Público-Privadas, Fundações Públicas de Direito Privado, entre outras modalidades, aponta o estudo.

O documento do candidato Aécio Neves aborda a gestão, porém sem assumir posição sobre determinado modelo, prevendo: “Iniciativas que melhorem continuamente a gestão do setor, como a autonomia de gestão em todos os níveis das redes de saúde, definição e uso de protocolos, padrões de qualidade e processos otimizados para os controles internos, e otimização do modelo assistencial, com iniciativas que incentivem a desospitalização e a profissionalização do cuidado.”

À MARGEM DA INTEGRALIDADE

O que se espera do programa de governo de um candidato a presidente, analisam Scheffer e Lígia, é que defina diretrizes nacionais claras para a política de Saúde do país, que explicita qual modelo de atenção defende para o sistema nacional de Saúde e diga como o sistema será estruturado para atuar a favor dos indivíduos e das comunidades. Em vez disso, observam, o que se vê nos documentos são propostas genéricas sobre “pedaços” do sistema; promessas de intervenções médico-curativas baseadas no atendimento desordenado da demanda espontânea; programas pontuais focalizados em ciclos da vida (criança, idoso) e em populações específicas (mulheres, pessoas com deficiências); menções a políticas transversais, como assistência farmacêutica; e promoção da saúde reduzida à divulgação de hábitos saudáveis.

Segundo os pesquisadores, os candidatos passam à margem da integralidade, pois não esclarecem como farão a integração de ações de promoção da saúde, prevenção e assistência; como irão garantir a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema; como irão articular políticas públicas e ações intersetoriais que possam ter impacto positivo sobre os determinantes da saúde. Não se ocupam em demonstrar como irão promover a equidade, seja nas condições de saúde, tão associadas aos padrões de desigualdades sociais, seja no acesso e utilização dos serviços de saúde, que depende de explicitação do modelo de atenção a ser adotado e da forma como a oferta de serviços, públicos e privados, será estruturada.

Na abordagem da organização e da oferta dos



Ações intersetoriais que gerem impacto positivo sobre os determinantes da saúde, como saneamento básico, não estão indicadas nos programas dos candidatos

[Os programas] desvinculam o sistema de Saúde das ações para melhorar as condições de vida da população

serviços de saúde os programas dos candidatos, mesmo mencionando a atenção primária, mostraram-se “rarefeitos”, dizem Scheffer e Lígia. Aécio Neves e Marina Silva assumem compromisso com a estratégia Saúde da Família. Já o programa de Dilma Rousseff prefere focar no pronto atendimento, na atenção secundária, na urgência, emergência e atendimento pré-hospitalar. Aécio Neves também aborda a atenção secundária. Nenhum candidato menciona a atenção terciária, hospitalar e a alta complexidade.

SEM RESPOSTAS

As plataformas dos candidatos tratam de “obviedades”, avalia a pesquisa, e “seguem sem respostas a questões cruciais”. Entre elas, os autores apontam: como evitar que UPAs [Unidades de Pronto Atendimento, criadas no Rio de Janeiro] e AMAs [Assistência Médica Ambulatorial, de São Paulo] passem a competir predatoriamente com a atenção primária? Como contornar, na estratégia Saúde da Família, a baixa resolutividade, a fragilidade institucional e gerencial, a carência de estrutura, a falta de pessoal e a precarização das relações de trabalho? Como garantir acesso sem interrupções? Como organizar e articular a assistência farmacêutica com o restante do sistema?”.

Para os pesquisadores, as plataformas desprezam o texto constitucional que afirma que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que levem à diminuição do risco de doença e de outros agravos e que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Não são apresentadas pelos candidatos as metas sanitárias, ou seja, o que o governo fará concretamente para produzir saúde; promover, restaurar e manter a saúde da população; para diminuir adoecimentos e mortes; para incidir sobre os determinantes associados aos problemas de saúde evitáveis e passíveis de intervenção; e como os outros setores do governo incluiriam nas suas políticas questões relacionadas à saúde.

EM BUSCA DE ‘MARCAS’

Programas, ações e campanhas de saúde surgem nos documentos registrados no TSE, o que, para os pesquisadores, aponta para a busca de possíveis *marcas* da gestão. Aécio Neves cita várias ações programáticas: combate ao aumento da obesidade, combate ao tabagismo, promoção da alimentação saudável no meio escolar, política de hemoderivados, “retomada” da prioridade do programa de HIV/aids. O candidato lança a “instituição do Cartão-Cidadão da Saúde”— não fica clara a diferença entre esse cartão e o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS.

Do programa de Marina Silva consta: “atenção à primeira infância articulada com as áreas de educação, saúde e assistência social, apoiar a criação de creches com instalações apropriadas, condições de higiene e profissionais qualificados”. Eduardo Jorge defende o “planejamento familiar como um direito

básico que precisa ser ofertado extensa e generosamente a todas as pessoas. Está incluída a opção por esterilização voluntária.” E aponta, como outras prioridades, atenção à “hipertensão, diabetes, obesidade, vida saudável para os idosos, poluição do ar, violência, dependência de drogas legais ou ilegais”.

A plataforma de Dilma Rousseff destaca as marcas e feitos de programas levados à frente nas gestões do PT: Mais Médicos, Aqui Tem Farmácia Popular, Programa Brasil Sorridente e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

INDEFINIÇÃO CONVENIENTE

Nenhum programa considera a relação entre os três subsetores que compõem o sistema de saúde brasileiro (subsetor público, subsetor privado, e subsetor suplementar). Os programas analisados também se omitem em relação a estabelecer um plano nacional para formar adequadamente e valorizar os trabalhadores da saúde. “A omissão deste ponto assume caráter alarmante, pois os recursos humanos constituem eixo fundamental da estrutura organizacional do sistema de Saúde, enquanto impera um cenário de escassez de profissionais, formação, desde a graduação, incompatível com as necessidades do sistema e da população, más condições de trabalho, baixos salários, vínculos precários, alta rotatividade, baixa dedicação e insatisfação, tanto dos profissionais quanto da população atendida por eles”, comentam os autores do estudo.

Em relação a recursos humanos para a Saúde, os candidatos concentram-se no programa Mais Médicos do atual Governo Federal. A plataforma de Dilma Rousseff prevê a expansão do programa, destinado a suprir a falta de médicos na atenção primária em localidades de difícil provimento de profissionais. A de Aécio Neves não se opõe à continuidade do Mais Médicos, mas propõe mudanças: “oferta de cursos preparatórios a médicos estrangeiros para permitir a realização do exame Revalida [Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras] e padronização de remuneração”. Reproduz, assim, o discurso das entidades médicas, que defendem a aprovação no exame como requisito para atuação, no Brasil, de médicos formados no exterior (*Radis* 132, 133 e 134). O programa de Eduardo Jorge também aborda o Mais Médicos e defende, igualmente, a revalidação de diplomas e a isonomia na remuneração.

A instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS, um dos assuntos mais destacados em diversas conferências nacionais de Saúde e conferências setoriais de recursos humanos, aparece em três programas – mas ainda de forma insatisfatória. No programa de Aécio Neves, volta-se somente para médicos: “instituição da carreira nacional de médicos”, enquanto para os demais profissionais de saúde prevê “programas de valorização, apoio, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais da área de saúde”. O de Eduardo Jorge prevê “carreira nacional para profissionais de saúde”, em etapas – “numa primeira etapa a carreira estará disponível para os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família: agentes comunitários, enfermeiras e médicos”. O de Marina Silva é mais

“genérico”, como definem os autores, prevendo “profissionalização do serviço público, que deve entrar no mérito o critério fundamental de acesso e remuneração de suas carreiras, diminuindo-se o uso de cargos de livre provimento”.

CONTROLE SOCIAL

A maioria dos programas dos candidatos promete ampliar espaços de participação, sem assumir, no entanto, compromisso com a reforma política, indica, ainda, o estudo. As propostas são pouco claras quanto à real inserção ampla dos cidadãos nos processos decisórios, sugerindo apenas conceitos ou gradações do que já existe em termos de participação popular, consulta ou controle social.

O programa de Aécio Neves afirma que “o Governo Federal deve estimular o debate e a busca de consensos por meio da participação social de grupos, coletivos, organizações não governamentais, movimentos sociais e populares. A participação do cidadão também se manifesta por meio dos Conselhos Nacionais de políticas públicas, que devem ser prestigiados e fortalecidos”.

Marina Silva prevê “ampliar os espaços de participação e cidadania e produzir uma forte transformação nas estruturas convencionais da política. Nossa plataforma é de participação e de uma nova qualidade de Democracia, que assenta a gestão pública na avaliação contínua, interessada e devidamente empoderada por parte da população”. Na mesma linha vão os programas de Luciana Genro (“transformação profunda do sistema político, aumentando a participação popular”) e Eduardo Jorge (“a proximidade com os cidadãos abre oportunidade maior à participação e democracia direta”).

O programa de Dilma Rousseff destaca “além das medidas que serão tomadas de aprofundamento da democracia”, o Sistema Nacional

de Participação Popular, instituído na atual gestão (ver matéria na pág. 10) e “que tem a função de consolidar as formas de participação em prática nos governos Lula e Dilma e institucionalizá-las”.

SILÊNCIO SOBRE ABORTO

O receio de abordar tema polêmico juntamente com as coalizões com partidos e lideranças próximas a setores religiosos conservadores pode explicar o distanciamento e a omissão do tema do aborto nos programas dos candidatos mais bem colocados nas pesquisas, considera o estudo. Apenas candidatos de menor expressão eleitoral tomaram posição. Três deles são a favor da descriminalização do aborto: Eduardo Jorge, Luciana Genro e Rui Costa Pimenta. No outro extremo, Pastor Everaldo, ligado ao setor evangélico, fala em “combate à prática do aborto enquanto recurso paliativo de uma política inconsequente de planejamento familiar”.

De acordo com a análise dos pesquisadores, os programas mostram que “os candidatos afastaram-se da possibilidade de, via plataforma de governo, direcionar precisamente, definir o modelo e a vocação das políticas de saúde em sua eventual gestão, de declarar como iriam investir de maneira coerente os diversos elementos que constituem o sistema nacional de saúde”. Para os pesquisadores, os eleitores, “na condição de espectadores de retóricas e de frases de efeito”, terão dificuldade de julgar a qualidade e a pertinência de políticas públicas específicas que constam da plataforma dos candidatos.

O estudo conclui que “a frágil conjugação da reafirmação de ações em curso com aquelas acionadas em governos anteriores, mas sobretudo as flagrantes omissões nos programas, deixarão as políticas de saúde de quem for eleito ao sabor das pressões políticas e econômicas posteriores à posse”.

Problema de saúde pública, aborto é omitido nos programas dos presidenciáveis que lideram pesquisas



FOTO: ANTONIO CRUZ/ABR

Mais do mesmo

'Radis' reproduz relato de jornalista brasileiro que avaliou criticamente foco no caminho medicamentoso de prevenção, ausência das Ciências Sociais no debate e redução de recursos internacionais para o país

Liandro Lindner *

O Brasil parece estar fora do mapa dos recursos internacionais e agências migram para o outro lado do oceano

A Sociedade Internacional de Aids (IAS) promoveu, de 20 a 25 de julho, a 20ª Conferência Internacional de Aids, em Melbourne, Austrália. Cerca de 14 mil pessoas entre pesquisadores, ativistas, cientistas, representantes de governo e de laboratórios e pessoas vivendo com aids, entre outros, formaram a massa diversa que coloria os corredores do evento. Na programação, tanto nos auditórios e salas de reuniões oficiais, como na parte destinada a atividades da sociedade civil, o *Global Village*, os temas eram discutidos a partir do ponto de vista de quem promovia a discussão. Falada em inglês, sem tradução e sem preocupação com o entendimento por parte de centenas de pessoas não falantes desse idioma, a conferência [para a qual se dirigiam 108 especialistas que estavam no voo da Malasya Airlines, que caiu em julho] pareceu selecionar bem para quem queria falar e o que queria destacar.

Tento sintetizar aqui cinco tópicos que considere relevantes – correndo sempre o risco de deixar de lado algo importante.

REMÉDIOS À VISTA

A conferência deixou claro que o caminho medicamentoso é o que mais se vislumbra no enfrentamento à aids. Entender como prevenção o uso contínuo de medicamentos se apresenta como alternativa viável para conter novos casos. Tal medida democratizaria o acesso a medicamentos hoje restritos a quem consegue comprá-los e que seriam um elemento a mais no “cardápio das opções” de insumos de prevenção. De outro lado, os críticos destacam que os efeitos colaterais do uso desses medicamentos em largo espaço de tempo podem prejudicar mais o organismo, além de transmitir sensação falsa de liberalidade.

A falência do preservativo parece ser argumento pouco consistente para justificar a medicalização da prevenção – sem dúvida, um caminho mais fácil, visto que mergulhar na realidade das populações mais atingidas (agora chamadas de populações-chave), entendendo seu funcionamento, seus limites e vácuos entre

informação e prática, exige tempo, recursos e vontade política.

Ficou evidente que as ações e financiamentos visando ao controle da aids no âmbito mundial terão como foco o continente africano, nos próximos anos, ou décadas. Beirando os 70% de casos do mundo, a região chama a atenção e exige respostas mais urgentes, apesar dos vários anos de grandes investimentos desaguados por lá. Das 33,5 milhões de pessoas que vivem com aids no mundo, mais de 20 milhões estão ali. Em todo o planeta, apenas pouco mais de 10 milhões estão em tratamento, sendo o grande vácuo nos países africanos, Ásia e América Latina e Caribe (sendo essa região totalmente esquecida dos debates da conferência). O Brasil parece estar fora do mapa de recepção de recursos internacionais, e várias agências e organizações com representação no país fecham suas portas e migram para o outro lado do oceano.

Apesar das imensas dificuldades do Brasil, a impressão do resto do mundo é de que aqui “o problema está resolvido ou no mínimo controlado”. A imagem de país em desenvolvimento ganha força e faz com que passemos da condição de receptores para a de doadores de tecnologias, experiências e até recursos para países em piores condições. Por outro lado, o protagonismo em ações ousadas, visando à população em geral e especialmente públicos vulneráveis, marco da resposta nacional no passado, está hoje apenas na memória mundial, como referência de algo que aconteceu. A falta de estampas das campanhas no estande brasileiro foi uma ilustração disso.

CIÊNCIAS SOCIAIS NÃO VIERAM

Outro ponto de destaque foi a ausência de debates para além da ciência básica, que avançassem para os pontos de vista sociais e tentassem entender o andamento da epidemia em populações e regiões. Nas sessões plenárias – espaço mais nobre da conferência – que ocorriam sempre no início do dia, reunindo mais de duas mil pessoas e sendo transmitidas em telões, dando o tom da discussão que se desdobraria na programação diária, o que

* Jornalista, participante da conferência. Texto adaptado pela Radis. Publicado originalmente, em 30/7/2014, em <http://goo.gl/3k5xk9>

se notou foi apresentação de dados, evolução de pesquisas, constatações parciais e algumas óbvias (ao final, concluímos que é preciso incrementar ações para ampliar a adesão ao tratamento).

Por parte da sociedade civil, houve depoimentos muito ricos, emocionados. A prostituta de Uganda contou de sua batalha e superação, aprendendo inglês sem ajuda e alcançando título acadêmico sem largar sua profissão. O ativista filipino pediu vacinas contra a intolerância, pílulas anti-ídio e preservativos que protegessem da violência. Todos muito aplaudidos.

Faltaram, porém, experiências mais contundentes do movimento comunitário, houve ausência de entendimento para além do que é visto em microscópios e de um link entre a sociedade e a ciência. Como disse um médico brasileiro em um encontro de corredores, “as ciências sociais nesta conferência estão do outro lado da rua”.

REDUÇÃO DE DANOS ‘PERO NO MUCHO’

Essa talvez tenha sido a conferência em que o tema da redução de danos esteve mais presente. No entanto, a grande referência ao uso de drogas no cenário internacional ainda é a injetável. Na Austrália [por exemplo], o uso que mais cresce é de comprimidos de oxicodona, opiáceo traficado a partir de prescrições médicas a pacientes com dor crônica. Os recursos, no entanto, destinados a essas ações são muito enxutos e insuficientes para ampliar o acesso a usuários e minimizar os danos em relação a aids, hepatites e outras doenças.

Realidades envolvendo a aids e drogas mais próximas das consumidas no Brasil não apareceram em Melbourne. Pouco se falou em maconha, quase nada de crack, e o álcool – a principal droga causadora de danos ao organismo e custos ao sistema de saúde nacional – não recebeu referência. O imaginário social é de que redução de danos está somente ligada a drogas injetáveis e atinge níveis

internacionais. Falar de técnicas de minimização de prejuízos com outras drogas soou como novidade para grande parte dos delegados.

CADA UM NO SEU QUADRADO

Finalmente, chamou a atenção a ênfase em temas relacionados à aids, que tiveram relevância maior que em outros encontros desse vulto. Com o aumento dos índices de infecção entre mulheres africanas e asiáticas, e cultura local de ter vários filhos, o debate sobre tratamento infantil ampliou seu espaço. Também aumentaram as discussões envolvendo a população trans. O mote dos debates ia além de questões de saúde, abordando direitos humanos, protagonismo e participação nas decisões. Houve generoso espaço a aids e tuberculose, doença que mais mata pessoas soropositivas e afeta uma em cada cinco pessoas que vivem com aids no planeta. Num conjunto de estandes, discussões aprofundavam a necessidade do andamento conjunto de questões sociais e sanitárias para busca de soluções.

Embora a sensação de que houve poucas novidades fosse comum na maioria dos participantes, o que se viu foi um retrato fiel – mesmo que pouco agradável – do andamento das respostas globais. Os organismos de representação e diplomacia dos países já têm sinalizado há muito com resistências em alguns setores, principalmente, em relação a direitos humanos e ao respeito à diversidade. A força de trabalho e de consumo dos países superpopulosos ganha destaque maior do que a luta por vidas humanas livres para escolhas. Os países dos Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) têm importante peso no que se refere à epidemia da aids, e o tema pouco foi abordado em suas reuniões. Quem sabe novamente o Brasil recria sua forma nacional de enfrentamento e dá ao mundo nova lição de respostas tropicais e efetivas. Para isso, a vontade política é necessária, e se desamarrar das pressões fundamentalistas é um desafio difícil. 

Conferência, realizada toda em inglês, sem tradução, teve pouca ênfase na compreensão da epidemia do ponto de vista social





EVENTOS

52º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem)

Promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o evento tem como tema *As escolas médicas como transformadora da sociedade* e organiza-se em torno dos desdobramentos dos projetos Processo de avaliação, Capacitação docente, Ensino de urgência e emergência e Internato médico, desenvolvidos por ocasião dos 50 anos da Abem. A proposta é envolver os associados e a sociedade no debate, no momento em que se discutem alternativas para o ensino médico, após a publicação das novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina, em junho deste ano, envolvendo a graduação e a residência médica. O congresso deverá contribuir para o processo de avaliação das mudanças propostas e seu impacto dentro e fora das escolas médicas, de modo a aprimorar o que se mostrar necessário. O Cobem deverá reunir cerca de 3 mil congressistas.

Data 31 de outubro a 3 de novembro

Local Expoville, Joinville, SC

Informações (47) 9654-2097 (21) 2260-6161 / secretaria@abem-educmed.org.br / www.cobem.com.br/

12º Congresso Luso-Afro-Brasileiro (Conlab)

Promovido pela Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa (AILPcsh), o evento tem como tema *Imaginar e repensar o social – Desafios às Ciências Sociais em língua portuguesa, 25 anos e girará em torno da pesquisa em Ciências Sociais e Humanas nos países de língua portuguesa*. O congresso englobará um evento científico e uma dimensão institucional, com realização das reuniões estatutárias dos órgãos da associação. Entre os grupos de trabalho em que se organizarão as apresentações estão: *Saúde, cultura e religião: um diálogo a partir das práticas terapêuticas culturais e religiosas*; *Educação superior, desenvolvimento e cooperação Sul-Sul*; e *Estudos de Gênero: da pesquisa às políticas*. O prazo para envios de trabalhos aos GTs é 15 de dezembro de 2014.

Data 1 a 5 de fevereiro de 2015

Local Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Informações (3511) 217804860 ailp.secretariado@gmail.com, www.conlab-ailpcsh.com e www.ailpcsh.org/

PERIÓDICOS

Medicina tropical

O segundo número do volume 21 da revista *História Ciências Saúde Manguinhos* (COC/Fiocruz) traz o dossiê *Medicina no contexto luso-afro-brasileiro*. O volume reúne dez textos, entre eles os relativos aos trabalhos apresentados no primeiro Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, realizado em Lisboa em 2012. Os artigos abordam temas como a cobertura de grandes epidemias pela imprensa portuguesa no fim do século 19 e início do século 20 e a criação de uma missão para o estudo e o combate da doença do sono na Guiné Portuguesa entre 1945 e 1974. Abrindo o dossiê, está o texto *Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século 19*. Entre os artigos das demais temáticas, estão *Da medida do rural ao rural sob medida: representações sociais em perspectiva*; um estudo de caso sobre redes sociotécnicas de assistência à saúde em acupuntura; e uma revisão de parte da literatura da antropologia médica contemporânea. O volume traz, ainda, entrevista com a professora de Teoria Política Chantal Mouffe, do Centro de Estudos da Democracia da Universidade de Westminster, Inglaterra. A revista pode ser acessada na íntegra em <http://goo.gl/h93NOQ>.

LIVROS

Racismo institucional

No país do racismo institucional, de Fabiana Moraes (Companhia Editora de Pernambuco e Instituto do MPPE) é fruto do trabalho do GT Racismo do Ministério Público de Pernambuco (MPPE) e convida a repensar como as instituições se organizam de maneira a marcar espaços e privilégios em relação a brancos e negros. O termo *racismo institucional*, conforme aponta o prefácio, relaciona-se a uma ampliação do conceito clássico de racismo, de modo a levá-lo para além do escopo do indivíduo. O livro mostra o percurso de dez anos do GT Racismo e seu trabalho em prol de “uma retificação na maneira como as mais diversas instituições demarcam o negro no âmbito da subcidadania”, como aponta, ainda, o prefácio. A publicação reúne dados estatísticos e mapeia trabalhos acadêmicos que desafiam o mito da democracia racial, buscando confirmar o fosso existente entre os grupos raciais. Para baixar na íntegra: <http://goo.gl/5NdzGY>

Pesquisa em comunicação



Panorâmica da investigação em Comunicação no Brasil – Processos receptivos, cidadania e dimensão digital, organizado por Efendy Malodonado Gómez de la Torre (Comunicación Social), apresenta uma panorâmica da investigação em comunicação no Brasil, destacando aspectos éticos, públicos, dialógicos, críticos e renovadores. A obra está dividida em três partes: a primeira trata do metodológico na pesquisa de sujeitos comunicantes; a segunda tem como eixo as relações entre metodologia e cidadania comunicativa; e a terceira tem como linha os desafios metodológicos na dimensão digital. Os textos abordam as lógicas hegemônicas de pesquisa, com enquadramentos conservadores gerados por instrumentalismo, tecnicismo e utilitarismo e apontam componentes metodológicos transformadores. A obra é pensada em termos dialógicos e possibilitando o acompanhamento de processos e argumentações, na perspectiva da qualificação e do aperfeiçoamento investigativo de professores, estudantes e investigadores da área da comunicação.

A obra é pensada em termos dialógicos e possibilitando o acompanhamento de processos e argumentações, na perspectiva da qualificação e do aperfeiçoamento investigativo de professores, estudantes e investigadores da área da comunicação.

Histórias da Reforma Sanitária



Saúde Pública, meu amor, organizado por Lenir Santos e Luís Odorico Monteiro de Andrade (Saberes Editora), reúne as histórias pessoais daqueles que tiveram expressiva atuação na concepção

de um sistema de saúde pública de acesso universal e igualitário, desde a idealização da Reforma Sanitária, nos anos 1970, até os dias de hoje. O livro conta com depoimentos de nomes como Adib Jatene, José Gomes Temporão, Gilson Carvalho, Sergio Arouca, Aparecida Pimenta, David Capistrano, Gastão Wagner e Roberto Tykanori, entre outros, e aborda sua atuação em prol da construção de uma sociedade mais justa e saudável. A proposta é que a publicação sirva de estímulo aos mais jovens em sua utopia e sonhos pessoais e coletivos.

ENDEREÇOS

Saberes Editora

(55) 19 3288 0013

saberes@sabereseditora.com.br
www.sabereseditora.com.br

Comunicación Social

(34) 923 626 722

info@comunicacionsocial.es
www.librosdecomunicacion.com

Pelo fortalecimento das ViSas estaduais e municipais

Pedro Paulo Chrispim, André Cerqueira Ferraz e Antônio de Pádua Pombo *

Uma mula sem cabeça: seus movimentos desordenados não lhe conferem a credibilidade de um cavalo nem a certeza da mula incapaz. Uma cabeça de mula: relincha, mas, como seu corpo é invisível, somos incapazes de saber para onde vai ou de onde veio. Ela não é útil ao trabalho pesado e rotineiro do dia a dia. Além disso, teríamos que carregá-la ou ela teria autonomia para ir e vir sozinha? Tendo autonomia, seria capaz de seguir ao nosso lado? Como poderia essa cabeça nos liderar?

Em cada caso, a incompletude do animal não nos permite conhecê-lo nem utilizá-lo adequadamente. Anatomias incompletas nos impedem de conhecer as verdadeiras potencialidades daquilo que o corpo, inteiro, seria capaz de realizar.

Antes da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a vigilância sanitária tinha uma enorme descrença junto à população. Essa descrença se devia, justificadamente, aos repetidos escândalos envolvendo produtos e serviços com qualidade questionável e problemas que poderiam ser evitados com uma Fiscalização Sanitária adequada.

Junto a outras importantes modificações na estrutura e no aparato do Estado, a promulgação da Lei de Propriedade Industrial foi mais um fator a exigir mudanças nas regras de fabricação, registro e fiscalização de produtos e serviços no país. O surgimento da Anvisa muito contribuiu para melhorar a imagem da vigilância sanitária e para aumentar a confiança que o consumidor tem nos produtos e serviços que estão sujeitos a fiscalização. Com uma regulamentação mais clara, as ações de vigilância não são mais apenas punitivas, contribuem para o aperfeiçoamento de empresas ligadas ao setor Saúde.

Paralelamente, o conceito de vigilância sanitária evoluiu da mera aplicação do “poder de polícia”, incorporando o conceito de gerenciamento de risco em suas práticas. Também exerce comunicação de massa e desenvolve ações educativas de interesse público.

Graças aos novos aparatos institucionais e estruturais, hoje, se um agente estadual ou municipal diz para um conhecido que “trabalha na Vigilância Sanitária”, esse amigo logo responde... “ah, sim, na Anvisa!”. Nesse momento, o imaginário popular revela a invisibilidade da maior parte do corpo de nosso Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A estrutura atual do sistema torna invisível o profissional de vigilância sanitária e seu trabalho. Ele está “esquecido” dentro das estruturas das secretarias de Saúde dos estados e dos municípios onde, em muitos

casos, não é servidor concursado. Há municípios que sequer possuem serviços de vigilância sanitária. Quando existem, salário e emprego são frequentemente incompatíveis com as responsabilidades das funções profissionais. No estado do Rio de Janeiro, gratificações complementaram os vencimentos dos servidores de nível superior que não chegavam a R\$ 200 até 2014 (ver Lei Estadual 6.842/2014), forçando muitos profissionais a ter outros empregos para complementar seus rendimentos.

São esses os profissionais responsáveis pelas autorizações, licenciamentos e fiscalizações de funcionamento de farmácias, drogarias, hospitais, postos de saúde, restaurantes, hotéis, supermercados, fábricas de medicamentos, saneantes, cosméticos, alimentos, produtos para a saúde, etc. Que tal essa responsabilidade com menos de um salário mínimo como vencimento-base?

Apesar da importância de sua função e da extrema complexidade da formação intelectual necessária para exercer suas obrigações, o profissional de vigilância sanitária possui condição de trabalho precária em todo o país. O processo lhe impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, pois que, jurídica e eticamente, o profissional de Vigilância Sanitária não pode exercer concomitantemente a função de fiscal de vigilância e outro cargo no setor regulado ou mesmo público.

Como são ações de Estado, torna-se imprescindível reconhecer a necessidade de aplicação da imposição legal de poder pelo Estado (representado pelos governos federal, estadual e municipal) que deveria ser o único empregador desse profissional!

Assim é que a 13ª Conferência Nacional de Saúde deliberou que os trabalhadores de vigilância sanitária deveriam ter uma carreira de Estado e que suas funções não pudessem ser terceirizadas.

Conseguimos estabelecer nossa cabeça pensante em vigilância sanitária. Agora precisamos cuidar, urgentemente, do corpo que está doente e invisível. Precisamos de uma carreira digna para o profissional de vigilância sanitária nos estados e nos municípios do Brasil. 

O profissional de vigilância sanitária está esquecido dentro da estrutura das secretarias de Saúde

* Pedro Paulo Chrispim e André Cerqueira Ferraz são farmacêuticos e diretores da Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária (Assersiva); Antônio de Pádua Pombo é farmacêutico e titular da Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária de Sergipe (Divisa-SE); Texto completo em www.assersiva.org.br/textos.html e no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis)



IdeiaSUS

Banco de Práticas e Soluções
em Saúde e Ambiente



www.ideiasus.fiocruz.br

Compartilhe práticas, ações, iniciativas, projetos e programas que tenham por finalidade o enfrentamento de problemas nos campos da saúde e ambiente, com foco no SUS.

Acesse, divulgue a sua prática e conheça outras experiências!



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS
1988