

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

Nº 145 – OUT 2014

RADIS



REGIONALIZAÇÃO

Caminho para o SUS universal

Saúde do homem
Os medos e a falta de autocuidado do brasileiro

3º Conferência de Saúde
Pesquisa resgata importância do evento e de suas propostas

Direitos humanos e cidadania na cobertura de violência

Portal especializado em reportagens sobre justiça, segurança e direitos humanos, a Ponte busca ir além do factual e abre espaço para outras vozes e questionamentos

SAIBA MAIS

- Portal Ponte ponte.org
- Agência Pública apublica.org

Destaques do site da Ponte expressam a proposta de produzir reportagens com foco nos direitos humanos, cidadania e papel do Estado

Elisa Batalha

“A violência que acontece cotidianamente nas periferias não é considerada suficientemente relevante para os jornais tradicionais”. Essa constatação, expressa pela jornalista Maria Carolina Trevisan, foi feita pelos vinte profissionais de comunicação que se reuniram para desenvolver o projeto da Ponte (ponte.org), portal online sobre justiça, segurança pública e direitos humanos. “A gente queria ir na contramão, fazer essa ponte entre o que é notícia, mas não está no jornal, e o público que precisa ser informado”, explica ela, uma das integrantes do grupo.


Desde junho no ar, o portal lança um novo olhar sobre a cobertura de violência, problematizando a questão e tratando das suas causas e consequências, dos contextos e das políticas públicas. “A gente busca fazer reportagens que não sejam só baseadas no fato em si, mas em outros questionamentos e reflexões, ligados aos direitos humanos, à cidadania, à responsabilização do Estado. É relevante destacar se determinado ato de violência é causado pelo Estado ou por uma omissão do Estado”, aponta Maria Carolina.

entrevistados pessoas negras ou militantes da causa contra o racismo. A fonte principal, geralmente, é a polícia”. Outro caso emblemático, aponta, é o tratamento que a mídia dá à crise no sistema prisional. “Situações gravíssimas como a de Pedrinhas (MA) e Cascavel (PR) chamam a atenção pela brutalidade, mas não pode ser só isso o que leva a mídia a considerar uma notícia. Os casos são resultado de uma série de deficiências, do sistema prisional, que é superlotado, ao Judiciário, que é moroso e preconceituoso”, comenta. De outro lado, a polícia e suas condições de trabalho também são pauta. “Quem morre são as baixas patentes da PM”, observa.

Na estrutura da redação da Ponte, não há hierarquia como nas redações tradicionais, diz Maria Carolina. “Não temos chefe, todo mundo é repórter e todos botam mãos à obra”. Segundo a jornalista, isso não só reflete uma visão do trabalho, como ajuda a preservar a segurança dos profissionais. “Pela própria natureza do jornalismo que cobrimos, essa área tão delicada, precisamos estar atentos uns aos outros”, explica.

Para deslanchar, a Ponte contou com a parceria da Agência Pública de jornalismo investigativo. Em fase de consolidação, ainda busca financiamentos. “No momento, não temos uma fonte de recursos que seja sustentável. Toda a nossa equipe, com exceção de um dos profissionais, tem outras atividades para se manter financeiramente”, conta Maria Carolina, que diz ter sentido bom acolhimento do público, apesar dos temas pesados de algumas coberturas. “Reportagem sobre violência não gera um boom de compartilhamentos”, constata, lembrando que a página do portal no Facebook já contava com mais de 8 mil curtidas no início de setembro.

A Ponte conta, também, com uma rede de apoiadores. “Não são financiadores, mas estão comprometidos com o mesmo tema, e disponíveis para nos ajudar, se for necessário”, diz.

“São juristas, ex-ministros, rappers, escritores, atores, militantes, defensores, pessoas e organizações ligadas aos direitos humanos”, enumera. “Estou muito otimista em relação à consolidação desse espaço. Estamos fazendo um trabalho consistente e temos um produto para mostrar”, avalia. 



REPRODUÇÃO

Ela aponta como exemplo a relação entre violência e raça no Brasil, mote de matéria publicada no portal sobre o assassinato de jovens negros. “A cobertura sobre violência não aponta que o jovem negro é a principal vítima de homicídio no país. As reportagens sobre o tema não costumam trazer como

Novo mapa para a Saúde

Se o caminho da municipalização foi essencial para a construção do Sistema Único de Saúde até agora, avançar numa atenção mais universal, integral, com melhor compartilhamento de responsabilidades e recursos e mantendo o princípio da descentralização pode depender de uma nova estratégia, que aponte para o fortalecimento da regionalização do SUS.

O atual modelo de descentralização expandiu a cobertura, mas não resolveu desigualdades regionais no acesso aos serviços e na utilização de recursos, além de não ter integrado de forma mais cooperativa serviços, instituições e práticas nos territórios, avalia um estudo que reuniu 90 pesquisadores de todo país.

Como lidar com essa situação? Assegurar mais recursos e efetividade na implementação do Pacto de Gestão, estabelecido em 2006, para fortalecer os estados e, principalmente, os municípios no cumprimento de seus papéis? Fazer uma revisão do papel dos estados e constituir redes de serviços que assegurem a oferta de cuidados da atenção primária à alta complexidade, compensando a disparidade entre os municípios e eliminando vazios assistenciais? Ou demarcar regiões, nas quais autarquias tripartites iriam gerir redes de atenção integral e uma política unificada para a força de trabalho, sem recorrer à privatização? Seriam em torno de 200 ou de 400 as regiões de municípios limítrofes, com identidades culturais, econômicas e sociais e infraestrutura urbana, passíveis de serem integrados na organização, planejamento e execução de ações de saúde? A discussão sobre a regionalização do SUS está na ordem do dia e é o assunto de nossa matéria de Capa.

No final da década de 1980, a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado

de Saúde (SUDS), com repasses de recursos do Inamps às secretarias estaduais de Saúde, não conseguiu estruturar instâncias regionais que articulassem e apoiassem de fato os municípios. Só com a grande ênfase na municipalização, a partir do início dos anos 1990, a descentralização definida pela Constituição de 1988 começou a acontecer, concretizando e dando capilaridade a muitos dos princípios e objetivos do SUS. O *Jornal Proposta*, editado pelo Programa Radis, reportou e debateu cada passo desses dois movimentos. O segundo deles marcado pela convergência do pensamento da Reforma Sanitária dos anos 1980 com o do sanitarismo desenvolvimentista e municipalista dos anos 1950 e 60, que teve na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, a síntese de suas propostas. Não por acaso, o golpe civil-militar de 1964 banuiu os anais da *terceira*, que só vieram a ser publicados 29 anos depois, como relatamos em outra matéria desta edição.

Com a proximidade do verão e a previsão de eventos de seca e chuva mais agudos em decorrência do fenômeno climático El Niño neste final de ano, ouvimos especialistas em desastres ambientais, defesa civil e situações de emergência em saúde para oferecer às autoridades locais informações úteis para evitar ou minimizar os impactos sobre a população, especialmente os mais vulneráveis.

Retomamos também a discussão necessária sobre a saúde do homem, em nova reportagem. E, na seção Pós-Tudo, fechamos a edição com uma reflexão sobre os direitos humanos que inspiram tantos movimentos sociais em luta por uma vida digna, ao logo da história.

Rogério Lannes Rocha
Editor-chefe e coordenador do Programa Radis

Expressões e Experiências

- Direitos humanos e cidadania na cobertura da violência 2

Editorial

- Novo mapa para a Saúde 3

Cartum

- 3

Voz do leitor

- 4



- Súmula 5

- Radis Adverte 8

- Toques da Redação 9

Capa / Descentralização

- Regionalização é o caminho 10
- Gastão Wagner de Sousa Campos
Uma utopia possível: o SUS Brasil 16

Saúde do homem

- A língua dos homens 18
- Licença paternidade ainda reflete
'modelo do macho' 23

Desastres naturais

- Prevenção a uma ocorrência anunciada 24
- Campinas, cidade resiliente 27

Memória

- Sementes da Reforma Sanitária 29

Serviço

- 34

Pós-Tudo

- O obstáculo básico à luta dos
direitos humanos 35

CARTUM

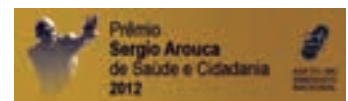
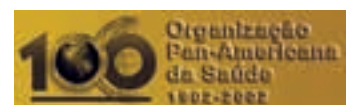
PASSATEMPO PARA OS GESTORES. Ligue os pontos para regionalizar o SUS



C.N.

Capa Felipe Plauska

RADIS . Jornalismo premiado
pela Opas e pela Asfoc-SN



Leishmanioses

Amei o exemplar sobre as Leishmanioses. Gostaria de ver outras zoonoses negligenciadas nas próximas capas. Quero também parabenizá-los pelo excelente trabalho. A revista é ótima!
• Tassiana Carvalho, pelo Facebook

Olá, sou assinante da *Radis* e gostaria de comunicar que mudei de endereço e aproveitar a oportunidade para parabenizá-los pelo excelente trabalho. Recebi a *Radis* 143, que aborda as leishmanioses. Sou estudante de Farmácia, e a matéria vai me ajudar na faculdade, pois estou tendo aulas de Parasitologia. Um grande abraço a todos da equipe.
• Renilton Affonso Marques, Itaperuna, RJ

Saúde da família

Bom dia a todos da revista, que Deus continue iluminando cada um nessa luta tão árdua de informar e divulgar tudo que norteia a Saúde e seus afluentes. Muito obrigado de coração e sigam sempre em frente. Há mais de 24 anos, sou da Saúde e venho acompanhando a área no Brasil. Sou enfermeiro do trabalho, mas tenho contato com vários amigos que atuam em saúde pública, e sempre vem à tona o PSF [Programa Saúde da Família] e a ESF [Estratégia Saúde da Família]. Quando o projeto chegou a Londrina, em meados dos anos 90, eu era auxiliar de Enfermagem em uma unidade básica de saúde na cidade vizinha de Cambé, e ajudei na implantação. Fiquei maravilhado com o que aquilo poderia trazer de benefícios, uma revolução na saúde pública, desafogando o segundo e terceiros setores, fazendo realmente acontecer a promoção, a prevenção, a intervenção, a cura, a recuperação. No início, o intuito foi alcançado, mas hoje vejo que os programas foram perdendo a consistência. Meus amigos dizem que a ESF só existe no papel, como um meio de os poderes governamentais receberem dinheiro e fantasiarem que são atuantes.

No final do mês são preenchidas estatísticas e repassadas aos gestores.

• José Edval Galdino, enfermeiro do trabalho, Londrina, PR

F *Caro José, seus comentários são muito pertinentes e serão levados em conta em nossas pautas. Um abraço!*

Preconceito religioso

Sobre a crítica que considero ser a qualquer evangélico que defenda sua fé, na nota *Racismo e preconceito religioso*, da coluna *Toques da redação* [*Radis*, 142], gostaria de deixar a minha opinião: se fosse um homossexual denegrindo a imagem de igrejas evangélicas, não estaria tendo foco algum na revista, mesmo sendo uma "liberdade utilizada em nome da segregação e do preconceito".

• Danielle da Silva Gois Araújo, Brasília, DF

Saúde do trabalhador

O Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.271, de 6/6/2014, que redefiniu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos e eventos em saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados, em todo território nacional, que exclui doenças e agravos, até então de notificação compulsória, relacionados aos ambientes de trabalho. São doenças como câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, LER [lesão por esforço repetitivo] e os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Avaliamos que os transtornos mentais aumentaram a partir das mudanças organizacionais, com metas e novas formas de trabalho, bem como a inovação tecnológica, e já temos histórico de subnotificações das doenças e agravos. Vejo com preocupação tal portaria, pois compromete as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador e as estratégias de prevenção dessas doenças e agravos. Com esta portaria ganha o CAPITAL em relação ao FAP [Fator Acidentário de Prevenção], e o trabalhador fica à mercê da

própria sorte. Gostaria de saber se já houve debate ou manifestação em relação a essa portaria, que deixa cada vez mais combalida a estratégia de saúde do trabalhador.
• Marco Aurélio Barbosa, Juiz de Fora, MG

F *Caro Marco Aurélio, ainda não tratamos do assunto, e sua sugestão foi muito bem-vinda. Um abraço!*

Publicidade antiética

Companheir@s, acompanho vocês há muitos anos, recebo a revista e discuto com os meus alunos de graduação e pós-graduação na UFRJ. Gostei particularmente da crítica aos publicitários (*Radis* 143, seção *Toques*) que muitas vezes são antiéticos. Fiz um post de protesto (www.aleitamento.com) e estou divulgando nas redes sociais.

• Marcus Renato de Carvalho

F *Caro Marcus, ficamos muito contentes quando os conteúdos da Radis inspiram desdobramentos. Um abraço!*

Álcool

Boa noite! Gostaria de sugerir um tema para as próximas edições da revista. Seria sobre o alcoolismo e os alcoólicios anônimos, pois vejo que esse tema anda meio esquecido nos meios de comunicação, perdendo sua importância nos dias de hoje.
• Alex Siqueira, pelo Facebook.

F *Caro Alex, sugerimos que consulte a edição 132 da Radis, que traz matéria de capa dedicada ao tema do álcool. Um abraço!*

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 **Oswaldo José Filho** (Informática)
Estágio supervisionado **Edison Gomes** (Administração)

Assinatura **grátis** (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade **mensal** | Tiragem **81.300** exemplares | Impressão **Ediouro**

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 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

 www.ensp.fiocruz.br/radis

 /RadisComunicacaoeSaude

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

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





Senado suspende proibição de inibidores de apetite



C.N.

O Senado suspendeu (2/8) por meio de decreto legislativo a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que proibia a venda e prescrição de medicamentos que contêm anfetaminas, usadas no controle da obesidade (*Radis* 104). A resolução da Anvisa, de 2011, proibia a fabricação, importação, exportação, manipulação, prescrição e comércio de remédios contendo as substâncias femproporex, anfepramona e mazindol na fórmula. Com a aprovação do projeto de Decreto Legislativo (PDS), nº 52/2014, os senadores sustaram os efeitos da resolução. O projeto já havia sido aprovado pela Câmara, em abril. Como se trata de projeto de decreto legislativo, não necessita de sanção presidencial e seguirá para promulgação pelo Congresso. A Anvisa reagiu à decisão do Senado e

informou que exigirá nova análise dos medicamentos para emagrecer antes de autorizar a volta ao mercado.

O líder do PT, senador Humberto Costa (PE), foi o único senador a posicionar-se contra o projeto e defender a permanência da resolução. “Essa resolução da Anvisa não foi tirada do bolso do colete. Ela surgiu após estudos aprofundados e detalhados acerca desses medicamentos”, disse Costa.

Apesar da decisão do Senado, a volta dos inibidores de apetite às farmácias deve demorar de seis a oito meses, informou *O Globo* (4/9). Após a promulgação do projeto e publicação no *Diário Oficial*, será necessário, ainda, que as indústrias farmacêuticas peçam novos registros e aprovação dos medicamentos à Anvisa. Segundo a agência, os registros desses anfetamínicos estavam cancelados. O órgão informou também que uma nova resolução definirá regras rígidas para a venda da sibutramina (substância que não estava entre as proibidas e se mantém liberada) e para a volta dos medicamentos proibidos ao mercado, que só deverá se dar após apresentação de estudos de efetividade e segurança.

A proibição, em 2011, veio acompanhada de nota técnica com 73 páginas, na qual a agência argumentava que os

remédios representavam risco aos pacientes. Mesmo a sibutramina, que continuou liberada, teve aumentado o controle sobre seu consumo.

Entre os médicos, embora muitos defendam que a decisão de recomendar os emagrecedores caiba aos especialistas, a interferência de senadores no tema foi criticada, informou *O Globo*. “Qual o entendimento de saúde do Senado?”, indagou, segundo o jornal, a endocrinologista Adriana Lucia Mendes, da Faculdade de Medicina da Unesp em Botucatu (SP), acrescentando, no entanto, que concorda com a liberação, defendendo prescrição mais rigorosa. Para a endocrinologista Maria Edna de Melo, da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a liberação é uma vitória para o paciente. “O médico volta a ter mais ferramentas para tratar a obesidade”. Já o professor de Endocrinologia da Unicamp Marcos Tambascia disse ser favorável à proibição pela Anvisa: “Na maioria dos países, esses medicamentos não existem mais. Estudos já provaram que os riscos são maiores que os benefícios. Não se resolve a epidemia de obesidade com remédio, mas com mudança de alimentação e estilo de vida”, considerou.

Biofármacos 100% nacionais

O Brasil vai produzir, a partir de 2017, medicamentos biotecnológicos 100% nacionais para tratamento de câncer, artrite e outras doenças. O termo de cooperação nesse sentido foi assinado (2/7) entre a Fiocruz, o Instituto Vital Brasil e a Bionovis (associação dos laboratórios Sem, Aché, Hypermarcas e União Química), prevendo a construção de uma nova fábrica, no campus da Fiocruz, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, em uma área que ocupa mais de 500 hectares, informou a *Agência Brasil* (2/7). Hoje, o país é totalmente dependente de importações.

As empresas investirão R\$ 500 milhões nos próximos cinco anos e receberão incentivos fiscais para instalação da fábrica, que deve estar concluída no final de 2016, informou *O Globo* (3/7). Os medicamentos biológicos – feitos com células vivas modificadas geneticamente – abastecerão o SUS, e a produção nacional deve gerar economia de R\$ 460 milhões aos cofres públicos, em cinco anos. “A saúde só será um direito se tivermos capacidade tecnológica produtiva no país que mexa com o mercado



C.N.

global”, disse o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, durante a assinatura do termo de cooperação, na Fiocruz, no Rio de Janeiro. Ele acrescentou que o Brasil “é o quarto mercado de Saúde do mundo”.

O presidente da Fiocruz, Paulo

Gadelha, disse que, além de economia para os cofres públicos, a parceria, que envolve também pesquisa e desenvolvimento tecnológico, trará benefícios, como desenvolvimento de novos produtos e geração de emprego. “A área de biofármacos é cada vez mais essencial para o tratamento de câncer e de doenças degenerativas, e só será agregada como componente de direito dos cidadãos brasileiros se tivermos capacidade de produzir tais medicamentos em território nacional”, afirmou (*Agência Brasil*, 2/7).

Inicialmente, a unidade produzirá os medicamentos rituximabe, indicado para linfoma e artrite reumatoide; etanercepte e infliximabe, ambos para artrite reumatoide; e cetuximabe, trastuzumabe e bevacizumabe, usados no tratamento de câncer. O acordo prevê que as tecnologias dos seis insumos sejam transferidas integralmente para o Brasil até 2021. Esse foi o primeiro registro concedido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o desenvolvimento de um medicamento biológico em uma parceria público-privada no país.

Comissão da Verdade entrega ossada de líder camponês à família

A Comissão Nacional da Verdade (CNV) divulgou (29/8) laudo confirmando que os restos mortais desenterrados do Cemitério Campo da Esperança, no Distrito Federal (foto), são do líder camponês maranhense Epaminondas Gomes de Oliveira, morto em 1971, 11 dias após ter sido preso por militares, no Pará, informou a Agência Brasil (30/8). A ossada foi levada para Porto Franco (MA), cidade onde viveu o camponês, para ser enterrada. Foi a primeira vez que a comissão conseguiu identificar e devolver aos familiares os restos mortais de uma vítima da ditadura, informou *O Globo* (30/8).

“É um momento de muita emoção, porque a CNV conseguiu localizar o corpo de uma pessoa que estava desaparecida e fez hoje a entrega dos restos mortais à família para que ela possa velar o corpo e sepultar dignamente”, disse o coordenador da comissão, Pedro Dallari, em sessão pública sobre o caso.

Epaminondas integrava o Partido Revolucionário dos Trabalhadores (PRT), organização derivada da Ação Popular (AP), e foi preso em um garimpo paraense, em 7 de agosto de 1971, durante a Operação Mesopotâmia, que visava prender lideranças políticas da oposição. O camponês foi declarado morto enquanto estava sob custódia do Exército, em 20 de agosto de 1971, aos 68 anos, no antigo Hospital de Guarnição de Brasília, atual Hospital Militar de Área de Brasília.

Seu neto, Epaminondas de Oliveira Neto, falou em nome da família e lembrou que o avô lutava por igualdade e liberdade e, já na década de 1930, defendia a alfabetização de adultos, tendo dado aulas de reforço escolar. “Eu tinha 9 anos quando meu avô foi levado em um caminhão. Logo

em seguida, a gente teve a notícia de que ele foi preso. Eu vi meu pai chorando, minha mãe chorando, e eu não entendia aquela agonia”, contou, lembrando que, em seguida, veio a notícia da morte de Epaminondas e a ordem para a família ficar calada.

De acordo com o laudo, a identificação dos restos mortais do líder camponês foi determinada com base em exames antropológicos e documentais e de testemunhas que conviveram com ele. Na versão oficial, o Exército atestou que Epaminondas morreu em decorrência de coma anêmico, choque, desnutrição e anemia. “Quando foi presa, a pessoa estava gozando de boa saúde, e, logo após, seu quadro piora e ele vem a óbito em circunstâncias estranhas”, observou o legista Aluísio Trindade, coordenador da equipe que elaborou o laudo. A análise, no entanto, não permitiu aos peritos desmentir ou acrescentar elementos à causa mortis atestada pelo médico do Exército.

“Foi uma caminhada”, disse Epaminondas Neto. “Posso dizer, em nome de todos nós, que o nosso sonho era vir a Brasília pegar os restos mortais [do meu avô]. Isso durou 43 anos. Foi uma história de dor, de muito sofrimento, de muita incerteza. Meu pai morreu e não pôde ver o seu pai ser enterrado”.



FOTO: ELZA FRUZA/ABR

Migrantes, não ‘estrangeiros’



FOTO: REPORTER BRASIL

O Ministério da Justiça apresentou (29/8) proposta para uma nova Lei de Migrações, para substituir o Estatuto do Estrangeiro, datado de 1980, período de ditadura militar, e assinado pelo então presidente João Figueiredo, informou *O Globo* (30/8). Comissão de especialistas instituída pelo ministério entregou o anteprojeto de lei, cujo texto não trata de estrangeiros, mas de migrantes, e considera o primeiro termo pejorativo. Um grupo de trabalho interministerial analisará o anteprojeto, que propõe desburocratizar procedimentos de regularização, garantir participação política dos imigrantes e criar um órgão estatal para atendê-los – o que retiraria funções da Polícia Federal, que cuida hoje de boa parte dos pedidos de residência e refúgio.

O Estatuto do Estrangeiro hoje em vigor é considerado arcaico. Proíbe que o migrante participe de atividade de cunho político, como filiar-se a sindicatos, dificulta a regularização e também dá ao Ministério da Justiça o poder de impedir exposições artísticas estrangeiras, se forem consideradas conflitantes com interesses nacionais.

Os migrantes que deixam o país – emigrantes – também são contemplados na proposta. A comissão avalia que, se o migrante era assunto de segurança nacional, agora pode ser um tema de direitos humanos. Outro aspecto novo é que o anteprojeto não vincula mais a regularização migratória ao emprego formal, e busca incluir socialmente os migrantes.

Sociedade civil toma posse no Conselho Nacional de Juventude

O Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) empossou novos conselheiros da sociedade civil, em sua 37ª Reunião Ordinária (27/8), em Brasília. Ao todo, 62 entidades irão compor as 40 cadeiras de titulares e outras 40 de suplentes, entre elas, membros do movimento estudantil; trabalhadores rurais e urbanos; representantes de jovens negros, indígenas e quilombolas; jovens empreendedores; jovens ligados ao hip hop e ao funk; e integrantes de organizações religiosas, entre outros, informou o site da Secretaria Nacional de Juventude (26/8). Os novos conselheiros da sociedade civil representam dois terços do total de integrantes do conselho – um

terço refere-se a representantes do poder público. A cerimônia de posse contou com a presença do então ministro-chefe da Secretaria Geral da Presidência da República, Gilberto Carvalho, e da secretária Nacional de Juventude, Severine Macedo.

Essa é a primeira gestão da sociedade civil após a aprovação do Estatuto da Juventude, em julho de 2013, como lembrou o secretário Nacional de Juventude em exercício, no momento da posse, Rodrigo Amaral. “Agora o desafio é a implementação das onze diretrizes expressas em Lei, com maior participação e controle social, destacando, ainda, que em 2015

será realizada a 3ª Conferência Nacional de Juventude”, disse.

Durante a reunião ordinária foram eleitos os novos presidente e vice-presidente do conselho, Ângela Guimarães, dirigente da União da Juventude Socialista, e Daniel Souza, representante da Rede Ecuemênica da Juventude pela Promoção dos Direitos Juvenis, e os integrantes das três comissões da entidade – Articulação e Diálogo (CAD), Acompanhamento de Políticas e Programas (CAPP) e Comunicação e Parlamento. “O Conjuve representa todos os invisíveis como sujeitos de direito e de fato”, disse Ângela.

Amazônia: PIB melhora, qualidade de vida, não

Relatório publicado pela organização Imazon, instituto de pesquisa voltado ao desenvolvimento sustentável da Amazônia, indicou que o investimento feito há 40 anos por programas de desenvolvimento para a região amazônica não foi capaz de gerar progresso para seus habitantes, informou *O Globo* (23/8). “Houve um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) da região, mas, ao mesmo tempo, com o processo de ocupação da fronteira, desmatamento e concentração de renda e terra, isso não representou um bem estar para a população”, disse o diretor executivo do Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (Ipam), Paulo Mourinho.

Na região, vivem mais de 24 milhões de pessoas em 772 municípios de nove estados e, segundo o relatório, a população não tem acesso a direitos básicos, como saneamento e moradia. A situação na Amazônia mostrou-se mais grave do que a do restante do país, de acordo com o Índice de Progresso Social (IPS), um instrumento de medição internacional, adaptado para o Brasil pelo Imazon. O índice avalia o desenvolvimento por meio de



FOTO: GILSON MIRANDA/SECOM-AC

mais de 50 indicadores, entre eles, saúde, moradia, acesso a informação e sustentabilidade, e representa diagnóstico mais detalhado do progresso social e ambiental. O desempenho social da Amazônia era avaliado somente por índices que sofrem forte influência da economia. O IPS possibilita avaliar o progresso social da região, considerando exclusivamente indicadores sociais e ambientais.

O IPS médio da Amazônia (57,31) é inferior à média nacional (67,73).

Comparada com o restante do Brasil, a região apresenta resultados inferiores para todas as dimensões e quase todos os componentes do índice. “Se quisermos que a população assuma o papel de guardião dos recursos naturais, a qualidade de vida dessas pessoas tem que melhorar muito”, analisa o pesquisador Beto Veríssimo, um dos autores do estudo.

A dimensão 1 do IPS, necessidades humanas básicas, apresentou índice de 58,75 – abaixo da média nacional, de 71,60. A dimensão 2, fundamentos para o bem estar, obteve o resultado mais alto (64,84), mas ainda assim, abaixo da média nacional (70,42). O melhor resultado foi alcançado pelo componente sustentabilidade dos ecossistemas (74,85), devido principalmente à queda recente no desmatamento e também a maior proporção de Áreas Protegidas (Terras Indígenas e Unidades Conservação) na região. A dimensão 3 (oportunidades) teve o pior desempenho na região, com índice de 48,33. Além do relatório com os principais resultados do IPS Amazônia, podem ser acessados no site do Imazon os resultados municipais desagregados (www.imazon.org.br).

Brasil é oitavo em suicídios no mundo

Relatório divulgado (4/9) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que o Brasil é o oitavo país com mais suicídios no mundo. De acordo com o estudo, uma pessoa comete suicídio no mundo a cada 40 segundos. São 804 mil casos por ano – uma taxa de 11,4 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes, informou o portal G1 (4/9). A OMS chamou a atenção dos governos para o que considerou “um grande problema de saúde pública” que não é tratado e prevenido de maneira eficaz. Os estudos mostraram, ainda, que 75% dos casos envolvem pessoas de países onde a renda é considerada baixa ou média. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres (6 para cada grupo de 100 mil habitantes). Entre pessoas com 70 anos ou mais, o índice é maior.

Entre 2000 e 2012, houve aumento de 10,4% na quantidade de mortes – alta de 17,8% entre mulheres e de 8,2% entre os homens. O país com mais casos é a Índia (258 mil óbitos), seguido de China (120,7 mil), Estados Unidos (43 mil), Rússia (31 mil), Japão (29 mil), Coreia do Sul (17 mil) e Paquistão (13 mil). Apenas 28 países do mundo possuem planos estratégicos de prevenção.

Para a OMS, o tabu em torno deste tipo de morte impede que famílias e governos abordem a questão abertamente e de forma eficaz. De acordo com o relatório, ainda, nos países ricos, a prática tem relação com desordens mentais provocadas especialmente por abuso de álcool e depressão. Já nos mais pobres, as principais causas são pressão e estresse por problemas socioeconômicos. Há casos, ainda, de pessoas que tentam superar traumas vividos durante conflitos bélicos, desastres naturais, violência física ou mental, abuso ou isolamento.

A OMS recomenda aos países estabelecer estratégias de prevenção, como

restrição de acesso a meios utilizados para o suicídio (armas de fogo, pesticidas e medicamentos), redução do estigma e conscientização do público. E, ainda, fomentar a capacitação de profissionais da saúde, educadores e forças de segurança.

Ouvido pelo G1, o psiquiatra Geraldo Possendoro, professor convidado de Medicina Comportamental da Unifesp, observou que, em mais de 90% dos casos de suicídio, a pessoa já tinha alguma doença psiquiátrica; e a psicóloga Karen Scavacini, do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, apontou que, além dos sinais diretos que a pessoa emite quando tem a intenção de se matar – falar explicitamente que quer morrer, por exemplo –, alguns sinais indiretos também podem ser percebidos. “A pessoa começa a se despedir de parentes e amigos, pode apresentar muita irritabilidade, sentimento de culpa, choros frequentes”, enumerou. “Também pode começar a colocar as coisas em ordem e ter uma aparente melhora de um quadro depressivo grave, de uma hora para outra. Muitas vezes, isso significa que já se decidiu pelo suicídio, por isso fica mais tranquila. É a falsa calma”, diz. Comportamentos de risco desnecessários podem ser observados nesse período.



C.N.

Pesquisa avalia Mais Médicos: aprovação dos brasileiros

O Ministério da Saúde apresentou (4/9) balanço de um ano do programa Mais Médicos, divulgando dados de pesquisa de opinião realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais, que aponta índices altos de aprovação da iniciativa, informou a *Folha de S. Paulo* (5/9). Em coletiva para a imprensa, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, apontou que, de acordo com a pesquisa, 95% dos beneficiados pelo programa estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a iniciativa e, ainda, que 87% dos pesquisados deram nota de oito a dez ao programa e, ainda, que 74% acreditam que ele é melhor ou muito melhor do que esperavam. Foram ouvidas 4 mil pessoas com mais de 16 anos, de 200 municípios e distritos sanitários indígenas atendidos.

Entre os entrevistados, 86% disseram que a qualidade do atendimento médico é melhor ou muito melhor do que a anterior, 84% afirmaram que o tempo de duração das consultas melhorou ou melhorou muito, assim como os esclarecimentos sobre os problemas de saúde (83%), facilidade de atendimento (79%), comunicação com o médico (73%) e tempo de espera por uma consulta (73%). Dos beneficiados pelo programa, 87% afirmam que não tiveram dificuldade de

compreender o que os médicos falavam.

Arthur Chioro informou que o Mais Médicos superou a meta de profissionais participantes, atendeu 100% da demanda dos municípios e garantiu, pela primeira vez, médicos em todos os 34 distritos sanitários indígenas do país, informou a Rede Brasil Atual (4/9). Ele ressaltou, ainda, que a iniciativa garantiu mais investimentos na atenção básica e modernização de equipamentos de saúde pública, outros eixos do programa.

A meta inicial do governo federal era de alcançar 13,3 mil médicos participantes (*Radis* 134). Foram cinco ciclos de inscrição – privilegiando os profissionais brasileiros – resultando em 14.462 profissionais selecionados, que estão espalhados nos 3.785 municípios que solicitaram profissionais ao Ministério da Saúde e em todos os distritos sanitários indígenas do país, prestando atenção básica a pelo menos 50 milhões de pessoas.

“O programa contempla todos os estados, mesmo os mais ricos, como São Paulo, o que mostra que havia necessidade de médicos não só no sertão nordestino e na Amazônia, mas também nas periferias das cidades grandes e médias”, disse Chioro, observando que, em relação aos 34 distritos de saúde indígena, foram atendidos 600 mil índios. De acordo

com o ministro, só foi possível garantir o atendimento a toda demanda após a chegada dos 11.429 médicos cubanos que participam do programa.

Os 1.846 profissionais brasileiros participantes do programa, que tinham prioridade na escolha, optaram por trabalhar em capitais e cidades médias. O mesmo ocorreu com os 1.187 médicos estrangeiros ou brasileiros com diploma de outros países que aderiram ao programa, informou a reportagem da Rede Brasil Atual. “É a primeira vez que temos padrão nacional de distribuição de médicos”, ressaltou Chioro.

O ministério considerou prioritários os municípios com mais de 20% da população em situação de extrema pobreza, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo ou muito baixo, e os localizados no médio e alto Araguaia, no Vale do Ribeira (SP), Vale do Jequitinhonha (MG), Vale do Mucuri (MG), além dos distritos indígenas. Aí se concentram 70% dos médicos do programa.

“Era uma polêmica se os médicos do programa estariam aptos a atender a população com qualidade. Mostramos que sim”, disse Chioro. “É importante não só garantir o atendimento, mas que ele seja cada vez mais de respeito e humanizado”.


Fome diminui, mas ainda afeta 805 milhões de pessoas no mundo

Relatório divulgado (16/9) pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) apontou que o número de pessoas atingidas pela fome no mundo diminuiu em mais de 100 milhões na última década, mas que cerca de 805 milhões, ou um habitante em cada nove, ainda sofrem sem ter o que comer, informou o *Correio Braziliense* (16/9). Elaborado com o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), o estudo mostra, ainda, que o Brasil reduziu à metade a porcentagem de sua população atingida pela fome, cumprindo um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs),

fixados pelas Nações Unidas para 2015. O país tem, hoje, 3,4 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar, ou 1,7% da população nacional, informou a *Folha Online* (16/9). O relatório destacou o programa Fome Zero e a entrada da segurança alimentar no centro da agenda do governo brasileiro.

Até a data da pesquisa, 63 países em desenvolvimento haviam atingido a meta dos ODMs, e mais seis estavam no caminho para alcançá-la em 2015. Regiões como a África Subsaariana e o continente asiático, no entanto, ainda estão fora desse cenário. Na África Subsaariana, mais de uma em cada quatro pessoas permanecem cronicamente subnutrida, enquanto na

Ásia, região mais populosa do mundo, 526 milhões de pessoas passam fome. Em relação ao aumento da segurança alimentar, América Latina e Caribe destacaram-se: a região reduziu em 45,9% o número de pessoas que passam fome. O Haiti aparece com a situação mais grave: 51,8% da população subnutrida. O texto realça a necessidade de compromisso político no combate à fome. “A insegurança alimentar e a desnutrição são problemas complexos que não podem ser resolvidos por um setor ou parte interessada sozinhos, mas precisam ser enfrentados de forma coordenada”, registrou o relatório.

A pesquisa incluiu sete estudos de caso, entre eles o do Brasil – além de Bolívia, Haiti, Indonésia, Madagascar, Malauí e Iémen, definidos por suas políticas, diretrizes econômicas e diferenças culturais. A Bolívia, por exemplo, está envolvendo no processo de combate à fome os povos indígenas anteriormente marginalizados. 

Radis Adverte

**CUIDAR DO OUTRO E DE SI
FAZ BEM À SAÚDE DO HOMEM**



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



Pode não pagar?



A manchete *Economia fraca faz calote a FGTS subir 42%*, publicada no jornal *O Globo* em 15/9, mais desinforma do que informa o leitor. Culpa a economia do país pelo fato de as empresas estarem inadimplentes. Não é demais lembrar que elas indicam nos contracheques de seus funcionários, mensalmente, que o desconto para o FGTS foi feito. Reunindo uma coleção de números altos no subtítulo (*Houve 18.558 novas dívidas em 2013. Débito total chegou a R\$ 2º,5 bi*), a chamada parece buscar envolver o leitor em um cenário de crise para justificar o não cumprimento das empresas daquilo que é sua obrigação. Faltou o jornal informar que o trabalhador pode acionar na Justiça o patrão que sonega direitos.

Gravidez, só se a empresa deixar

A empresa de telemarketing Brasil Center Comunicações, do Grupo Embratel, resolveu pôr “ordem na casa” e fazer um Programa de Geração para “conciliar a gravidez das funcionárias com o atendimento das demandas de trabalho”. A denúncia foi feita por uma das empregadas, e o Tribunal Superior do Trabalho condenou a empresa a indenizá-la em R\$ 50 mil. Conforme o relato, as regras foram estabelecidas por uma gerente e enviadas por email. As empregadas que já tivessem filho somente poderiam engravidar depois das empregadas à frente. Se mais de uma empregada estivesse “elegível”, a escolha obedeceria a ordem de chegada. As que não fossem casadas oficialmente estariam fora do programa. A orientação incluía ainda comunicar a empresa do plano de engravidar com antecedência de seis meses.

A gerente disse que tudo não teria passado de brincadeira. No entanto, planilhas estabelecendo uma “fila para a atividade reprodutiva das trabalhadoras” indicavam o contrário. Uma ofensa à dignidade e à intimidade das mulheres, concluiu o processo.

Em defesa do SUS



O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) está divulgando, em versão impressa e digital, a publicação *Por que defender o Sistema Único de Saúde? - Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde*, que busca subsidiar tanto as eleições de 2014 quanto a próxima Conferência Nacional de Saúde, que se realizará em 2015. No documento, o Cebes resgata a história do SUS e aponta as estratégias para que o setor público acabe por financiar o setor privado de saúde. Uma dessas estratégias é a defesa da cobertura universal, que “promete acesso aos serviços de saúde, mas separando ricos e pobres, de acordo com a capacidade de pagar”, em detrimento dos sistemas universais de saúde, que “visam à garantia de saúde para todos e à consolidação do direito à saúde”. A publicação pode ser baixada em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/layout-7-para-internet.pdf> ou no site do Programa Radis (www.ensp.fiocruz.br/radis).

Ponto de vista

O destaque para o Brasil como caso de sucesso no esforço mundial pela redução da fome, agora restrita a 1,7% da população (3,4 milhões de pessoas), chegou a ser reconhecido pelo jornal *Washington Post*, mas não entre alguns veículos brasileiros. Enquanto no jornal americano a manchete foi *Brasil sai do mapa da fome da ONU*, a rádio CBN preferiu realçar que *3,4 milhões de brasileiros vivem em insegurança alimentar, segundo ONU*, e o jornal *O Povo* que *o Brasil ainda tem 1,7% das pessoas com insegurança alimentar*. O índice abaixo dos 5% aponta o fim da fome estrutural no país, uma notícia, com certeza, a se comemorar.

Medicalização


Quem chamou atenção foi uma jornalista leitora da *Radis*: há uma enxurrada de anúncios de remédios nos canais de TV abertos. “De cada dez anúncios da Record, sete são de remédios. Os outros são de celulares, eletrônicos e carros”, exemplifica. “A tal da Neosaldina tem até um clube, os *Neosa*, como se fosse uma torcida organizada, quando todos sabemos que dor de cabeça é um alerta, um sintoma e deve ser objeto de exames”. Ao final dos anúncios, observa ela ainda, uma voz em off alerta em alta velocidade: *Se persistirem os sintomas, um médico deve ser procurado*. “Soa como “um escárnio”, considera a leitora. Vale prestar atenção e engrossar os protestos na Anvisa.

Elogio e correção



Procurou a *Radis* a secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Aparecida Linhares Pimenta, para elogiar a reportagem sobre o sanitário David Capistrano (*Radis* 143), apontando-a como “muito lúcida” e “com belos depoimentos de seus amigos mais queridos”.

Aparecida, que militou com David no PCB, foi sua companheira de partido no PT, tendo sido, ainda, sua sucessora na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SP), solicitou, no entanto, duas correções aqui contempladas. David não deixou o Partido dos Trabalhadores, conforme indicou a reportagem. Na verdade, o vínculo com o PT deu-se até o final da vida do sanitário, que teve o caixão coberto com a bandeira do partido.

Retificamos também o nome do prefeito de Bauru, em cuja gestão David Capistrano foi secretário de Saúde: na reportagem estava indicado Tidei de Lima, mas foi com o prefeito Tuga Angerami, em sua primeira gestão, que o sanitário trabalhou. Agradecemos à Aparecida pelos elogios e informações e nos desculpamos com nossos leitores. 

Homenagem a Akira Homma

Seleção realizada pela organização *Vaccination* com apoio do Congresso Europeu de Vacinas indicou entre as 50 pessoas mais influentes na indústria de vacinas em todo o mundo o pesquisador da Fiocruz Akira Homma. Presidente do Conselho Político e Estratégico de Bio-Manguinhos (CPE/Fiocruz), Akira Homma conquistou a 20ª posição. Em primeiro lugar, ficou o empresário Bill Gates, por apoio a pesquisas em países em desenvolvimento.

Akira foi presidente da Fiocruz (1989-1990), vice-presidente de Tecnologia da instituição (1997-2000) e diretor de Bio-Manguinhos (1976-1989). Atualmente, é, ainda, membro do Grupo Técnico Assessor do Programa de Imunização da OPAS/OMS e do Programa Nacional de Imunizações do Brasil, e membro do Conselho Científico e Tecnológico da Hemobrás e do Conselho Executivo da rede de fabricantes de vacinas DCVMM.



FOTO: RADILSON GOMES



FOTOS: ABR

REGIONALIZAÇÃO É O CAMINHO

Sanitaristas reveem ênfase dada à municipalização, que acabou fragmentando o sistema, e destacam as regiões de saúde como forma de se alcançar a universalização

Bruno Dominguez

Em 1992, o tema da 9ª Conferência Nacional de Saúde indicava: *Municipalização é o caminho*. Em 2014, sanitaristas reveem criticamente o processo de descentralização da saúde no Brasil e reinventam esse slogan. Agora, “regionalização é o caminho”. A frase foi dita pelo presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Luis Eugenio Portela, em seminário do 7º Congresso Interno da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 1º de agosto. “A regionalização é o caminho porque pode permitir superar

a fragmentação municipalista do sistema de saúde”, explica Luis Eugenio à *Radis*.

A fragmentação se deu pelo privilégio ao papel do município sem a face da coordenação regional e com fraco papel dos estados brasileiros na ordenação de redes assistenciais, na avaliação da pesquisadora Ana Luiza d’Ávila Viana, coordenadora do estudo *Regiões e Redes*, que reúne 90 pesquisadores em todo o país voltados a abordar o tema sob diversas perspectivas. Somou-se a isso, segundo ela, padrão de financiamento baseado fortemente em recursos municipais e transferências federais.



“A ênfase nos municípios inibiu a cobertura universal”, afirma Ana Luiza. Mesmo municípios com maior nível de renda tiveram dificuldade de construir uma rede de serviços que ofereça cuidados da atenção primária à alta complexidade. Naqueles com menos recursos, o que se constata hoje são vazios assistenciais — especialmente de equipamentos de maior complexidade, o que gera peregrinação de moradores de municípios de pequeno porte para grandes capitais em busca de atendimento especializado.

Autor de proposta recente que põe em destaque as regiões de saúde, intitulada SUS Brasil, o professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas Gastão Wagner é outro nome que aponta que, sem a constituição de redes, o país não conseguirá garantir a integralidade do cuidado. “Foram atribuídas aos municípios responsabilidades impossíveis de serem atingidas: da atenção básica à alta complexidade, passando pelas especialidades, pelo enfrentamento de epidemias...”. O caminho, então, é regionalizar.

Luis Eugênio: noção de ‘comando único’ desvirtuada;
Ana Luiza: municipalização inibiu cobertura universal, mesmo em municípios com mais renda

MUNICIPALIZAÇÃO ‘EXAGERADA’

A descentralização é um dos princípios organizativos do SUS, estabelecidos em 1990, pela Lei 8.080. O texto previa descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

“A municipalização foi a estratégia mais viável de descentralização, pois permitiu a aliança entre os sanitaristas e os municipalistas. Olhando, retrospectivamente, é possível pensar que houve, sim, um exagero na municipalização, como se fosse possível que todos os municípios cumprissem o papel de único prestador de serviços”, analisa Luis Eugenio.

No processo, diz ele, ocorreu um desvirtuamento da noção de “comando único”: quando criado, o conceito pretendia unificar o comando do sistema de saúde no Ministério da Saúde e nas secretarias da Saúde, superando a dicotomia com a área da Previdência Social. No entanto, passou-se a se falar de “comando único municipal”, o que, segundo o presidente da Abrasco, não faz sentido em uma Federação — “ainda mais em uma área como a Saúde, que exige participação solidária das três esferas de governo”.

Luis Eugenio analisa que, por um lado, a descentralização representou avanço importante para concretizar o SUS. Foi o que propiciou a expansão da oferta, fortemente dependente dos investimentos feitos pelos municípios, sobretudo na atenção básica; estimulou a formação dos Conselhos Municipais de Saúde, criando espaço significativo de participação social; e sustentou o fortalecimento da racionalidade técnico-sanitária, com a organização de estruturas administrativas (as secretarias municipais de Saúde) para conduzir as políticas da área.

Por outro, indica ele, a descentralização não foi acompanhada do fortalecimento dos mecanismos de coordenação federativas, entre União, estados e municípios. “Hoje, está claro que a descentralização fazia parte também do projeto neoliberal de redução da ação estatal na área social, com a desresponsabilização da União com a execução de políticas sociais”, observa.

O presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos Figueiredo Nardi concorda que, do modo como aconteceu, a descentralização colocou sobre os municípios um peso muito grande. “Em um sistema interfederativo e solidário, temos que ser solidários em tudo, dividir inclusive os ônus — entre eles o financiamento”. A média de investimento dos municípios na saúde é hoje de 22% da receita, com alguns chegando até 30%, quando a lei estabelece aplicação mínima de 15%.

O que diferencia o discurso de Nardi do de Luis Eugênio é que, para Nardi, o “exagero” foi positivo. “A municipalização da saúde mostrou a que veio. Se não tivesse sido tão radical, o sistema não teria se efetivado. São hoje os municípios que tocam o SUS. É nos municípios que a saúde acontece. São os municípios que contratam, atendem, executam todos os serviços de saúde”.

NORMA APÓS NORMA

De acordo com Ana Luiza, a política de saúde dos governos desenvolveu formas de indução da descentralização e da regionalização do SUS. A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio da normatização, com a edição anual de dezenas de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais.

Sucessivas Normas Operacionais do SUS trataram da regionalização. A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 referiu-se à estratégia da regionalização a partir de um enfoque na articulação e mobilização municipal, com vistas a



FOTO: FELIPE PLAUCA



DIVULGAÇÃO

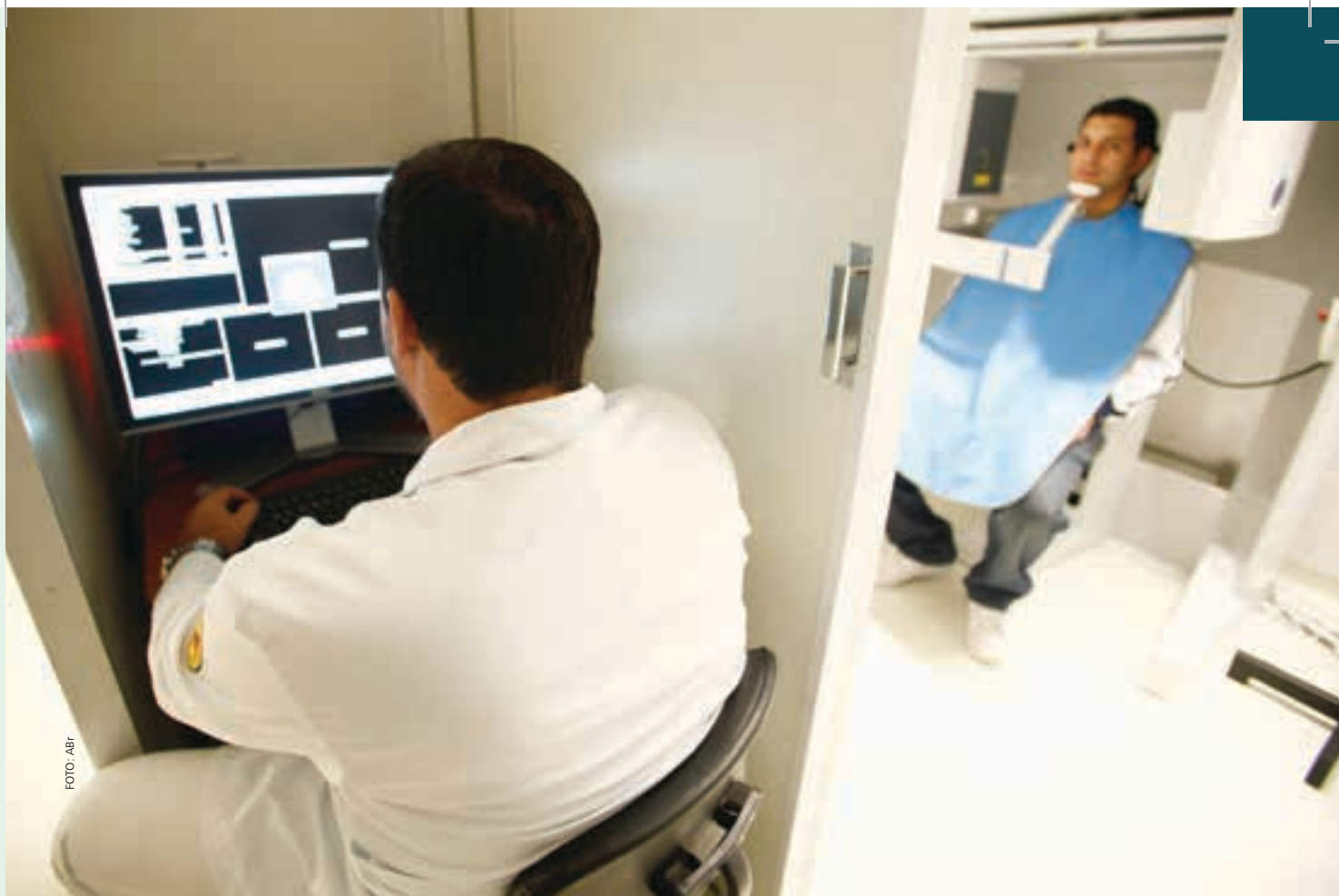


FOTO: ABR

Exames como a tomografia podem ser oferecidos em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde

garantir acesso à saúde, embora ainda não priorizasse a estruturação de regiões de saúde. A Norma Operacional Básica do SUS 01/96, com a finalidade de promover o avanço e consolidar a gestão municipal, reafirmou que a rede de serviços municipais deveria ser organizada segundo as diretrizes da Constituição de 1988.

“O balanço que se faz do modelo de descentralização no SUS nos anos 1990 é de que ele foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Porém, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, na utilização e no gasto público em saúde; além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem à formação de arranjos mais cooperativos na saúde”, conclui Ana Luiza no artigo *Expansão, qualificação e regionalização da oferta de serviços e ações de saúde*, que assina com mais três autores.

A definição de região de saúde apareceu pela primeira vez com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS 01/2001, cujo principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde. A regionalização foi definida, então, como macroestratégia para aprimorar a descentralização.

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a concepção da regionalização foi ampliada para além da assistência e apresentada como eixo estruturante do Pacto de Gestão, sendo responsável por potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem seu papel de gestores. A Portaria 4.279, de 2010,

definiu as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde.

COAP ESVAZIADO

O conceito de região de saúde foi retomado no Decreto 7.508/11 e na Resolução CIT N° 1, de 29 de setembro de 2011, sendo definida como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (*Radis* 109).

De acordo com o texto, uma região deve ter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. À época, foram identificadas pelo Ministério da Saúde 419 regiões, que deveriam ter condições para realizar de consultas de rotina a tratamentos complexos. Os instrumentos para sua efetivação seriam o mapa sanitário; os Contratos Organizativos de Ação Pública (Coap); os planos de saúde; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e as Comissões Intergestores.

Mas, de lá pra cá, apenas três estados aderiram ao Coap: Ceará, Mato Grosso do Sul e Sergipe. Nardi explica que estados e municípios resistem porque não há recursos novos envolvidos. “Não vamos assinar mais do mesmo. O Coap deveria servir para identificar a capacidade instalada hoje em todo



o Brasil, as necessidades para diminuir os vazios assistenciais e os recursos financeiros para acabar com esses vazios”, diz.

Luis Eugenio lamenta que o contrato organizativo de ação pública, que para ele “é uma alternativa”, não tenha sido amplamente adotado. “O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) é muito explícito, nesse caso: sem dinheiro novo não há como assumir compromissos de maneira tão formalizada. Os gestores municipais também estão inseguros em assumir compromissos, ainda mais com o próprio Poder Executivo federal se dando o direito de denunciar os gestores que não cumprirem o contratado”.

SUS BRASIL

No bojo da discussão “adere” ou “não adere” ao Coap, Gastão Wagner apresentou uma proposta, que ele chama de SUS Brasil: uma autarquia especial integrada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, organizada por regiões de saúde, às quais caberia a gestão de redes de atenção integral à saúde (ver pág. 16). Tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde, a nova autarquia buscaria superar a fragmentação, a privatização e a inadequação da política de pessoal do sistema. “O objetivo é aumentar a

articulação do SUS, fazer uma reforma da gestão pública e diminuir a interferência político-partidária clientelista na saúde sem burocratizar”, explica.

Assim, diz, haveria um planejamento conjunto da saúde em cada uma das regiões (que ele propõe serem 202 no país): onde falta atenção básica? quais são os problemas de urgência e emergência? onde há tratamento de câncer? que municípios contam com centros de atenção psicossocial? Os profissionais de saúde seriam contratados pelo SUS Brasil, por concurso, com plano de carreira a partir de financiamento comum: da União, dos estados e de cada município (conforme o número de trabalhadores).

“Mais do que uma proposta, o SUS Brasil é uma provocação. Uma maneira de acabar com a privatização da saúde e diminuir a multiplicidade de modelos de gestão”, diz Gastão. “Temos que repensar a administração pública, fazer a reforma da reforma de que falo há tanto tempo. E já temos experiências positivas com as universidades federais, que são autarquias, públicas e com controle governamental. Se a minha provocação servir para se criar uma autarquia somente para carreira na saúde, tirando dos municípios essa responsabilidade, já seria uma grande vitória”.

Luis Eugenio avalia que é uma boa ideia, no sentido de que toca na questão central das regiões



e das redes, a partir do aperfeiçoamento dos mecanismos de coordenação federativa. “Em tese, uma autarquia tripartite resolveria todos os problemas de descoordenação federativa”, analisa, ressaltando que “a viabilidade de criação de uma autarquia desse porte e dessa complexidade, no entanto, não é evidente”. Já Nardi afirma discordar “veementemente” da proposta: “O Coap com financiamento é a necessidade que o SUS tem para ser efetivado”.

LUZ NO FIM DO CAMINHO

“No fundo, a estruturação das regiões está a exigir a revisão do pacto federativo, ou melhor, está a exigir o cumprimento do pacto formalizado na Constituição federal de 1988”, vai além o presidente da Abrasco. “Com efeito, ao longo dos anos 90, o Governo Federal voltou a concentrar a arrecadação de recursos da sociedade (via contribuições, já que as receitas de impostos são obrigatoriamente divididas), sem voltar a assumir as responsabilidades pela execução de políticas públicas, que foram descentralizadas pela Constituição. Nesse sentido, a reforma tributária é urgente, assim como o maior compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas de governo. O Programa Mais Médicos talvez seja um bom exemplo de como esse compartilhamento

de responsabilidades pode ser produtivo”.

Ele aponta que o Ministério da Saúde, assim como diversas secretarias estaduais e mesmo grupos de municípios, têm feito esforços significativos para estruturar algumas redes, mas vê limitações nesses esforços. “Primeiramente, as redes não precisam ser sempre temáticas (rede de urgências, rede de câncer, rede Cegonha etc.). Ao contrário, a ideia de rede sugere a busca da integralidade da atenção. Em segundo lugar, o subfinanciamento do SUS tem inviabilizado negociações sérias entre os distintos municípios e entre estes e os estados e a União para constituir as redes. Chega-se, quase sempre, ao impasse, na discussão sobre quem vai assumir os custos que ultrapassam os montantes repassados pelo Fundo Nacional de Saúde”, diz, para logo reforçar a importância das redes.

“A regionalização apresenta as vantagens de um sistema descentralizado — adequação das políticas e dos serviços à situação epidemiológica local e favorecimento da participação democrática, já que os espaços de decisão permanecem próximos dos cidadãos comuns — sem as desvantagens de um sistema fragmentado. Há a escala necessária para uma gestão eficiente e colaborativa e conforma um espaço de decisão em que as três esferas de governo são estimuladas a compartilhar”.

Cirurgias de alta complexidade e a gestão das redes de atenção integral: planejamento conjunto da saúde por regiões

Gastão Wagner de Sousa Campos*

Uma utopia possível: o SUS Brasil

Advogo que o SUS ainda necessita de uma ampla reforma administrativa e organizacional, e que, portanto, as inovações contidas na Lei Orgânica da Saúde e em leis e decretos posteriores não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro.

Uma diferença radical na organização do SUS em relação aos sistemas públicos foi o grau de descentralização adotado no país. Aqui optamos por considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. O funcionamento sistêmico seria garantido pela atuação integradora das secretarias de estado e pelo ministério da Saúde. O resultado desta opção gerou efeitos paradoxais: tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios com contexto favorável, o que serviu como efeito demonstração de que o modelo SUS era possível e efetivo, quanto também instalando uma fragmentação do sistema já que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde. Essa construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais (Mendes, 2013).

A essa forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, programas e serviços federal, estaduais e municipais, somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava com programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova Torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado?

Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, programas e redes de atenção diferentes e desconectadas e inventadas por cada novo governante em exercício. Isto sem contar a tradição brasileira, típica dos países em que a atenção à saúde é regulada pelo mercado, de funcionamento isolado entre os milhares de serviços e equipes de saúde. O papel de coordenação e de

unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde.

Essa doutrina, na prática, não vem produzindo efeitos suficientes para uma adequada governança do SUS. Isto apesar do SUS, para integrar entes federados autônomos — União, estados e cidades — em um sistema único, tenha criado arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros.

Ressalta-se a invenção de novos mecanismos de cogestão entre estes entes federados: a gestão colegiada, que deu origem a Comissão Tripartite de âmbito nacional, as Comissões Bipartites com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Regionais de Saúde, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma macrorregião com delegados do governo estadual. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e secretarias de estado em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.

Agravou ainda mais a fragmentação do SUS e, portanto, a baixa governança, a privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de redes municipais, apresentada como solução conservadora e liberal, supostamente potente para resolver os impasses da administração pública. Com isto, criaram-se dentro de um mesmo território municipal agentes gestores com importante grau de poder e autonomia para definir estratégias de cuidado, política de pessoal, entre outros aspectos. Vale ressaltar que desde a constituição do SUS, ao contrário do que ocorreu na implementação de outros sistemas nacionais de saúde, optou-se como compra de serviços a hospitais e ambulatórios privados e filantrópicos, sob os quais os gestores têm baixa capacidade de controle e quase nenhuma governabilidade. Em decorrência, ao longo de toda a história do SUS não se conseguiu integrar estes serviços conveniados e contratados à rede de saúde e tampouco foi possível que adotassem normas e práticas recomendadas pelo sistema.

Bem, com todo esse processo de fragmentação, de privatização e de descentralização comprometeu-se o funcionamento sistêmico e integrado da política de saúde.

O processo de municipalização na saúde foi competitivo e não solidário (Mendes, 2013). O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, um mosaico

ingovernável em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais —secretarias municipais, estaduais, redes e programas do MS, milhares de organizações sociais, hospitais universitários, privados e filantrópicos—, com autonomia relativa para definir suas prioridades, modelos de atenção e de gestão, política de pessoal —, operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidade, compondo um caos de governança impossível.

Duas das consequências nefastas desse processo de fragmentação foram a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS.

A fragmentação não é a única causa para a péssima gestão, nem para a péssima política de pessoal do SUS, entretanto, neste caos, diluiu-se a responsabilidade de estados e da União, delegando-se aos municípios tarefas impossíveis de serem levadas a cabo ao nível local e de maneira isolada. Produziu-se com isto uma cultura da improvisação, de precariedade e de maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários. Infelizmente, esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para infraestrutura, equipamentos e modelo de atenção e de cuidado. Gostaria de indicar algumas estratégias para o SUS Brasil para concretizar esse debate em caminhos concretos: uma utopia possível?

O SUS Brasil deveria superar a fragmentação, a privatização, a inadequação da política de pessoal tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde.

- Constituir o SUS Brasil: uma autarquia especial integrada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Todos os serviços de saúde de caráter público, bem como contratos e convênios de todos os entes federados passariam a esta autarquia especial. Constituir a autarquia com modelo organizacional e de gestão próprio e específico conforme as singularidades e características da área da saúde.

- O SUS Brasil seria organizado por Regiões de Saúde. As regiões de Saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde. Todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, que valeria para atenção básica, redes de atenção, organizações sociais, fundações privadas, etc. O fim da privatização e a invenção de um novo modelo público de organização e de gestão!

- Todos os profissionais de saúde que trabalhem no SUS passariam à gestão da autarquia especial por dois caminhos: optariam livremente por integrar as novas carreiras do SUS Brasil ou seriam cedidos por municípios, estados, universidades para o efetivo exercício no SUS Brasil. Seriam criadas carreiras profissionais para o SUS Brasil. Carreiras multiprofissionais organizadas pelas grandes áreas de cuidado do SUS: atenção básica, vigilância à saúde, urgência e emergência, atenção hospitalar e especializada e outros agregados a serem definidos. O ingresso seria por concurso por estado da federação (ou talvez por Região de Saúde?), havendo possibilidade de progresso por mérito e mobilidade antes de novos concursos. Os

servidores já concursados por entes públicos poderiam optar para ingressar na nova carreira como quadro em extinção.

- Para evitar a burocratização e limitar o predomínio de interesses privados no SUS Brasil seria ampliado e valorizado o sistema de cogestão e de gestão participativa. O Conselho Nacional de Saúde e Comissão Tripartite fariam o planejamento e gestão do SUS Brasil, valendo-se de gestores do MS, SES [secretarias de estado de Saúde] e SMS [secretarias municipais de Saúde]. O mesmo modelo seria adotado nos estados e nas regiões de saúde.


- Ainda para diminuir a interferência política partidária no SUS Brasil, todos os cargos de gestão de serviços e de programas deixariam de ser de livre provimento pelo Poder Executivo e passariam a depender de seleção interna oferecida aos profissionais do SUS Brasil, mediante processo de seleção pública.

- Seria criada a autoridade sanitária e corpo técnico para as Regiões de Saúde. O Secretário Regional de Saúde seria indicado pelo Conselho Regional de Saúde, obedecidos a pré-requisitos técnicos, sanitário e a capacidade de gestão dos candidatos.

- Tudo isto para garantir devida atenção em saúde aos brasileiros, ampliando o financiamento para 8% do PIB, a ser gasto em investimento prioritário para a expansão da Atenção Básica para 80 a 90% dos brasileiros.

- Garantir equipe básica de qualidade com médico, enfermeiro e apoio matricial multiprofissional para o conjunto dos brasileiros.

- A atenção básica não se destina somente a populações pobres, tratase de uma estratégia para resolver 80% dos problemas de saúde mediante cuidado personalizado e que implique abordagem clínica e preventiva. Para isso será necessário melhorar a qualidade da atenção básica: melhor infraestrutura e integração com hospitais e serviços especializados. Ampliar a liberdade das famílias, garantindo-lhes a possibilidade de escolher a qual equipe se vincular em uma dada região.

- Estima-se a necessidade de 200 novos hospitais gerais em regiões carentes. Para construí-los e equipá-los serão necessários R\$ 10 bilhões, o custeio anual exigirá orçamento semelhante. A recuperação e reorganização da precária da rede já existente custarão outros R\$ 20 bilhões anuais. Haveria ainda que se ampliar o gasto com a vigilância em saúde, controlar epidemias, drogas, violência. Para isso, outros R\$ 5 bilhões/ano. Enfim, vamos tornar possível a utopia do SUS Brasil! 

* Professor titular de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Texto adaptado pela Radis do documento Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia possível: o SUS Brasil





Envolvimento do homem no cuidado das crianças, na saúde materna e na divisão de tarefas domésticas como forma de promoção da saúde masculina

OMENS

A LÍNGUA DOS

Brasileiro teme a impotência, é mais suscetível a doenças do que as mulheres e não acessa os serviços de saúde regularmente, apesar de contar com política de atenção integral

Ana Cláudia Peres

Se até o Super-Homem, herói dos quadrinhos, tem lá seu ponto fraco, imagine aqueles sem superpoderes, em um reino não tão distante. Por trás da capa de infalibilidade, homem tem medo. Medo de ficar doente, de sofrer um acidente vascular cerebral, de morrer de câncer povoam seu imaginário. Homem tem muito medo de se tornar impotente. Mas, ao que tudo indica, tem mais medo ainda de médico. Levantamento divulgado em julho pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) constatou que 51% dos brasileiros não costumam ir ao urologista ou ao cardiologista regularmente para tratamentos preventivos e que apenas 14% passaram por uma consulta há mais de um ano, enquanto 6% estiveram em um consultório para um check-up há mais de dois anos.

É comprovado que os homens morrem mais cedo que as mulheres. Dados de 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 57% dos óbitos foram do sexo masculino, enquanto a esperança de vida ao nascer era de 71

anos para homens contra 78 anos para mulheres. Isso acontece porque homens são mais suscetíveis a doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol elevado e pressão alta, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes; estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho; utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade; e envolvem-se na maioria das situações de violência, como deixou claro o documento Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil, publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), em 2012.

Das 665.551 mortes masculinas, em 2011, 175 mil foram causadas por doenças do aparelho circulatório seguidas de causas externas (crimes e acidentes de trânsito), com 119 mil mortes. Câncer e tumores mataram 98 mil homens e doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 66 mil mortes entre eles. A despeito disso, em geral, como demonstrou a pesquisa da SBU homens têm medo de descobrir doenças e não procuram os serviços de saúde.

Para o presidente da SBU Rio de Janeiro, André Guilherme Cavalcanti, os homens não gostam de visitar com regularidade o médico porque associam à “típica fragilidade feminina”, a procura por ajuda médica. “Por causa desse mau comportamento, as doenças masculinas são diagnosticadas tardiamente e geram repercussões maiores na saúde e na qualidade de vida, impedindo o homem de se beneficiar dos avanços da medicina preventiva”, diz o urologista, lembrando que a identificação precoce dos fatores de risco e do tratamento adequado é capaz de evitar complicações e sofrimentos desnecessários, fazendo com que o homem viva mais e melhor.

ATENÇÃO INTEGRAL

Foi justamente por considerar a realidade do mundo masculino e para ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde que o Ministério da Saúde lançou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), fazendo do Brasil o primeiro país da América Latina e o segundo do mundo a implementar uma política com essas características (*Radis 74*) – depois do exemplo da Irlanda que, desde 2008, conta com uma política específica para a população masculina. Cinco anos depois, 159 entes federativos, entre estados, Distrito Federal e municípios pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde (incluindo todas as capitais) já aderiram à PNAISH. Nesse período, foram publicadas três portarias que contemplaram todos os estados e 132 municípios totalizando R\$ 12,9 milhões em recursos repassados a ações de implementação da PNAISH, de acordo com informações do Ministério da Saúde.

Em nota à *Radis*, a Coordenação Nacional de Saúde dos Homens (CNSH/DAET/SAS/MS) explica que, ao promover ações de saúde voltadas para o universo masculino, levando em conta os diferentes contextos socioculturais e político-econômicos no território brasileiro, a PNAISH quer possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de adoecimento e morte por causas evitáveis. “Para isso, está alinhada com a Política

Nacional de Atenção Básica, com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde”, reforça a nota.

PROJETO DE LEI

Essa política pode agora transformar-se em lei. Projeto da senadora Ângela Portela (PT-RR) foi aprovado no Senado e encontra-se na Câmara dos Deputados, para votação em regime de prioridade. O projeto institui a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e deve incluir ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos à saúde que acometam exclusiva ou predominantemente a população masculina. O projeto dialoga diretamente com o trabalho realizado até aqui pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem, atuando nos mesmos eixos: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; e prevenção de violências e acidentados.

A principal justificativa para o projeto é a necessidade de garantir uma política integral de saúde do homem que não corra ao sabor dos ventos e humores de cada governante. “Mas que seja formulada, implementada e mantida, em caráter permanente, pelas diversas instâncias gestoras do sistema”, defende a parlamentar. “Como se sabe, uma portaria pode ser derrubada pelo governo seguinte. Já uma política pública, permanece”. Segundo Ângela, o projeto foi elaborado com a intenção de antecipar, cada vez mais, a conscientização da população masculina brasileira sobre a importância do diagnóstico precoce no enfrentamento e na cura das doenças.

O urologista André Cavalcanti acredita que, nos últimos anos, apesar das questões socioculturais e após a criação de um programa específico pelo Governo Federal de atenção à saúde do homem, o panorama vem paulatinamente se alterando, e o homem brasileiro está começando a se preocupar mais com a saúde.

ARQUIVO PESSOAL



Marco Aurélio (E): homem não é educado segundo modelo de masculinidade baseada no cuidado; André: diferente da mulher, que incorpora desde cedo a ida ao ginecologista, brasileiro ignora urologista até precisar dele

DIVULGAÇÃO



Coordenador do Centro Integrado de Saúde do Homem no Rio de Janeiro, ele lembra que os avanços da medicina são significativos, mas só podem favorecer aqueles que se consultam com periodicidade e, idealmente, antes de sentir que a saúde precisa de ajuda.

FANTASMA DA IMPOTÊNCIA

Para André, a saúde sexual constitui um bom termômetro de como anda a saúde do homem. Não à toa, na recente pesquisa da SBU, o fantasma da impotência desponta como um dos principais medos do homem brasileiro (28%) – maior do que o medo de ser traído (25%) ou de perder o emprego (25%). No Brasil, cerca de 25 milhões de homens apresentam algum grau de disfunção erétil. O problema, em geral, é associado a múltiplas causas – psicogênicas, alterações arteriais ou hormonais, diabetes, idade, obesidade, cirurgias, entre outras – e abala, em maior ou menor grau, a autoconfiança masculina.

“Para alguns, significa algo semelhante a uma doença terminal, enquanto, para outros, é absolutamente compreensível, eles podem aceitar passivamente a situação sem nem procurar ajuda médica”, analisa o urologista. Quando o impacto é grande, o homem passa a ser agressivo ou depressivo, rende menos no trabalho, pode ter insônia ou dormir muito, tratar mal familiares e apresentar doenças psicossomáticas como gastrite e bronquite. “Como o brasileiro é ainda bastante machista, o homem que não tem bom desempenho sexual sente-se diminuído, com baixa autoestima, triste e até depressivo”, considera.

Mas apesar de preocupados com a falta de ereção, 83% dos homens ouvidos pela pesquisa não conhecem sequer os sintomas da andropausa – baixa acentuada da testosterona – e quase 50% nunca ouviu falar de reposição hormonal. Diferente da mulher que cedo ainda incorpora a ida ao ginecologista à sua rotina, o homem ignora o urologista até precisar dele. Alexandre explica que o tratamento da deficiência de testosterona é importante não somente devido às doenças relacionadas, mas também pela qualidade de vida que se pode ter durante o processo de envelhecimento.

“As principais doenças que afetam a saúde masculina são tratáveis se forem descobertas a tempo”, diz Alexandre, citando o caso do exame de próstata, ainda tratado como tabu, e reforçando a tese de que o machismo e o preconceito são uma barreira severa quando se fala de saúde do homem. “A saúde da população masculina está diretamente ligada à prevenção de doenças urológicas e à educação sexual”, conclui.

CAMPANHAS

“Não importa que tipo de homem você é: seja do tipo que cuida da saúde”. Esse foi o mote de uma das campanhas educativas coordenadas pela PNAISH. Mais recentemente, a campanha *Paternidade e cuidado: você é meu pai*, do Instituto Promundo, tem lançado luzes sobre o comportamento masculino em relação à saúde.



A campanha é a versão nacional de uma iniciativa global (*MenCare*) destinada a promover relações equitativas e não violentas entre homens, mulheres e crianças. Busca influenciar políticas públicas e pressupõe, com base em evidências, que o envolvimento do homem no cuidado das crianças, na divisão das tarefas domésticas e na saúde materna, é fundamental não apenas para a equidade de gênero e diminuição da violência, mas também para a promoção da saúde. “É importante não esquecer que, uma vez envolvido no cuidado, o homem tende a cuidar também de sua própria saúde”, diz Marco Aurélio, coordenador da campanha no Brasil.

O psicólogo chama atenção para o fato de que a mulher é criada para cuidar de si e dos outros. “Talvez por isso a prática da prevenção seja algo mais comum entre elas”, sugere Marco Aurélio, refletindo sobre os motivos de os homens entrarem no sistema de saúde pela via das emergências. “Tudo isso é reflexo de uma educação que não oferece ao homem um modelo de masculinidade baseada no cuidado, que valoriza o risco como forma de provar virilidade, onde ainda lhe é cobrado o papel apenas de provedor”, aponta.

OUTRAS MASCULINIDADES

Em agosto, durante o 6º Simpósio Paternidades, Singularidades e Políticas Públicas, realizado no Rio de Janeiro, o Promundo lançou o Manual P, publicação de 215 páginas disponível na internet, um desdobramento da campanha de paternidade que tem como objetivo sensibilizar e

O designer Guto Lins com seus filhos e as campanhas concebidas pela política de atenção à saúde masculina para promover relações equitativas e não violentas entre homens, mulheres e crianças

treinar profissionais de saúde para envolver homens no cuidado por meio da prática diária dos serviços de saúde. Resultado da articulação com parceiros como Instituto Noos, Instituto Papai e Gema, além do próprio Ministério da Saúde, o manual apresenta exemplos nacionais de boas práticas de maior atenção à saúde e autocuidado do homem, além de expor propostas de criação de espaços seguros onde os homens possam aprender a cuidar, falar das expectativas e medos e tratar de outros temas como comunicação não violenta e métodos contraceptivos.

“A gravidez é um momento chave para ensinar o cuidado”, diz Marco Aurélio, lembrando que o modelo de família tem se diversificado bastante nas últimas décadas. “A figura da família tradicional composta por pai e mãe está mudando, as mulheres têm tido menos filhos, enquanto famílias onde há apenas um cuidador (monoparentais) vêm ficando mais comuns, além daquelas compostas por dois pais ou duas mães terem se tornado mais visíveis”.

Antenada com esses novos modelos de família e com outras masculinidades, a Campanha de paternidade e cuidado vem alertando

para o cumprimento da aplicação da Lei do Acompanhante, que garante à mulher o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto. “Seria muito bom se o pai fosse o escolhido, mas muitas vezes, por ele não ser um cuidador, a mulher prefere ser acompanhada pela mãe, a sogra ou outra figura feminina”, pondera Marco Aurélio.

A campanha inclui, ainda, a promoção de um debate nacional sobre a extensão do número de dias da licença paternidade paga, que no Brasil é de apenas cinco dias. “O grande obstáculo ainda é a cultura machista, que dificulta bastante a associação do homem ao cuidado”, diz Marco Aurélio. “Entretanto, os obstáculos têm apontado para onde o trabalho deve se encaminhar. Por isso o investimento em campanhas centradas na disseminação de dados sobre o tema, na apresentação de mensagens de um modelo de masculinidade que cuida, que não é violenta, que compartilha tarefas no lar. Só quando houver de fato alteração na cultura é que essas mudanças vão poder ocorrer”.

ASAÚDEDOHOMEM

EM NÚMEROS

MAIOR PREOCUPAÇÃO OU RECEIO

- 28% FICAR IMPOTENTE
- 25% SER TRAÍDO POR SUA ESPOSA OU NAMORADA
- 25% PERDER O EMPREGO
- 18% SER ASSALTADO
- 4% OUTROS



REGULARIDADE COM QUE VAI AO UROLOGISTA OU CARDIOLOGISTA E ÚLTIMA CONSULTA

- 51% NÃO VAI
- 12% SEIS MESES
- 14% UM ANO
- 10% UM MÊS
- 7% DOIS ANOS
- 6% MAIS DE DOIS ANOS

PROBLEMAS DE SAÚDE QUE MAIS PRECUPAM

20%	16%	14%	10%	10%	5%	5%	5%	4%	4%	4%	3%
CÂNCER EM GERAL	DISFUNÇÃO ERÉTIL/ PROBLEMAS DE EREÇÃO	INFARTO	CÂNCER DE PRÓSTATA	AVC DERRAME CEREBRAL	CÂNCER DE FÍGADO	ANDROPAUSA	HIPERTENSÃO	OBESIDADE	DIABETES	CALVÍCIE	ESTRESSE

Licença paternidade ainda reflete 'modelo do macho'

Liseane Morosini

A licença paternidade como expressão da importância do papel do homem como pai e cuidador foi tema de debate realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em setembro. Em busca de alternativas ao modelo hegemônico do homem macho e insensível, o coordenador executivo do Instituto Promundo, Marco Aurélio Martins, o pesquisador do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Romeu Gomes, Claudia Abdala, professora do Centro Universitário de Volta Redonda, e Juliano Lima, diretor de Recursos Humanos da Fiocruz, refletiram sobre "outros modelos e possibilidades de homem, que podem emergir", como resumiu Marco Aurélio no evento, coordenado por Elizabeth Fleury, coordenadora do Comitê Nacional Pró-Equidade de Gênero e Raça da Fiocruz.

Para Marco Aurélio, o período de licença maternidade hoje concedido ao homem é reflexo da valorização do "modelo do macho" e do entendimento de que o cuidado é atribuição da mulher. "Quando o homem tem cinco dias a partir do nascimento da criança para ficar em casa, damos uma mensagem à sociedade que ele não é importante, não tem o que fazer ali". Marco Aurélio considera que a experiência da maternidade é socialmente construída e o mesmo pode se dar com o homem. "A experiência grandiosa da maternidade é um mito. O cuidado é algo que se aprende. Se as mulheres aprenderem, os homens também podem ser ensinados", disse, ressaltando, mais uma vez, o tema da paternidade e do cuidado como estratégico para tratar de temas "mais espinhosos", como violência de gênero, saúde sexual e direitos reprodutivos.

PARA ALÉM DA LEI

Para Romeu Gomes, a lei da licença paternidade é um mecanismo importante para promover, primeiramente, o reconhecimento de que o homem também é um cuidador. Contudo, para ele, apenas a lei não basta. "Eu não vejo como um simples dispositivo legal pode ter como resultado aquilo que ele espera. A lei não cria adesão social", diz. Para o professor, mais importante do que mudar a lei agora, é a discussão que ela gera em torno desse novo lugar do homem. "Os homens não sabem cuidar, mas não porque são maus, e sim porque não foram ensinados, não tiveram oportunidade", considera. Por isso, Romeu defende uma ressignificação dos modelos de gênero, muitas vezes, congelados no tempo e cristalizados. Sem isso, acredita, a presença do homem em casa, após o nascimento do bebê, pode implicar sobrecarga à rotina da mulher. "Muitas pessoas que são contra a extensão da lei dizem que ela vai servir para que os homens fiquem em casa, sem fazer nada, ou então no boteco, bebendo. Pode ser que aconteça isso caso não haja

uma discussão", alertou. "A lei tem que vir junto com uma série de políticas públicas, debates sobre masculinidades e prevenção de violência de gênero nas escolas". Otimista, Romeu acredita na mudança. "Há nas ruas homens cuidando de crianças, algo que não se via há dez, quinze anos. Ainda é muito pouco, mas o caminho está apontado".

VIOÊNCIA DOMÉSTICA

A professor Claudia Abdala pensou a presença da figura masculina em casa ao traçar um rápido perfil da violência doméstica. "No Brasil, os índices de violência contra a mulher são similares aos do resto do mundo. Além da monstruosidade dos números, sabemos que são violências cometidas por pessoas com quem as mulheres têm algum relacionamento. Em média, 62% dos casos de violência são cometidos contra mulheres por pessoas que ela conhece". Claudia explicou que a proposta das feministas é lutar pela inclusão do feminicídio – conceito que vem sendo construído para designar perseguição e assassinato de mulheres em razão do gênero – entre os crimes hediondos.

Do ponto de vista do gestor público, o sanitarista Juliano Lima afirmou que não tinha ainda "parado para pensar" por que a licença paternidade tem apenas cinco dias e relacionou isso ao mercado de trabalho. "A relação que a administração tem com o trabalhador é a da máxima produtividade. Afastar um trabalhador de alta produtividade é encarado como uma perda", analisou. Segundo Juliano, infelizmente ainda persiste a ideia de que a mulher vale menos. "Como a mulher está inserida em postos de trabalhos mais precários, com menor remuneração, em sua maioria, e não ocupa funções dirigentes, a ideia é a liberação de quem tem menor valor agregado", ressaltou. "O modelo é pautado pela expropriação da alma do trabalhador e com ênfase na produtividade e no retorno, especialmente no setor privado".



FOTO: PETER LICEV

Romeu (D): lei é importante, mas sozinha não cria adesão social e deve vir acompanhada de políticas e debates

SAIBA MAIS

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

<http://goo.gl/RwF6bu>

Pesquisa na íntegra sobre saúde do homem, realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia – SBU (2014)

<http://www.sbu.org.br/publico/pdf/pesquisa-saude-do-homem-2014.pdf>

Campanha de Paternidade e Cuidado Você é meu pai

<http://voceemeupai.com>

Publicação: Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil (2012)

<http://goo.gl/mC0Frh>

Publicação: Manual Promundo

<http://goo.gl/YeHNav>

PREVENÇÃO A UMA OCORRÊNCIA ANUNCIADA

Elisa Batalha

Muitas chuvas de um lado, estiagem mais longa de outro. Indícios do fenômeno climático El Niño, previsto para este segundo semestre, já começam a aparecer. De ocorrência cíclica, provocada pelo aumento de temperatura das águas da região tropical do Oceano Pacífico – não relacionada às mudanças climáticas –, o El Niño torna os eventos de seca e de chuva mais agudos, o que pode resultar em desastres naturais e prejuízos às cidades e à população. O fenômeno foi batizado com esse nome em homenagem ao Menino Jesus (em espanhol, *El Niño*), por provocar eventos em período próximo ao Natal. Sabendo-se da probabilidade de ocorrência, os municípios podem – e devem – buscar caminhos para tomar as providências necessárias para minimizar ou evitar suas consequências.

“No Brasil, na região Nordeste e no norte da Amazônia, a seca costuma se agravar. Na região Sudeste e, com mais frequência, no sul do país, são as chuvas intensas o principal efeito”, explica o geógrafo Christovam Barcellos, pesquisador do Laboratório de Informação em Saúde da Fiocruz (LIS/Icict/Fiocruz).

A intensidade do fenômeno este ano deverá ser de fraca a moderada. Mesmo assim, há risco de enchentes e deslizamentos de terra no Sudeste. “O setor saúde tem que estar preparado”, alerta o pesquisador Carlos Machado, da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Entre as providências imediatas estão organizar os setores de urgência, emergência e atenção básica dos municípios, planejar o atendimento a doenças específicas que podem resultar das enchentes, como a leptospirose, e avaliar as condições físicas das instalações das unidades de saúde, que precisam resistir a fortes temporais, por exemplo. “De 60 a 70% das unidades de saúde ficam em áreas vulneráveis”, diz Christovam.

No caso dos municípios que convivem com a seca crônica, a passagem do El Niño tende a agravar o problema, e a estocagem de água de forma inadequada aumenta a incidência de doenças como

Um guia para evitar ou minimizar efeitos como temporais e seca, acentuados pelo fenômeno El Niño e que podem durar até o ano que vem

dengue e diarreia (*Radis* 135). “É importante sair da lógica de improvisação e da reatividade e passar para uma lógica de prevenção. Da gestão de desastres para a gestão de riscos”, aconselha Sidnei Furtado, coordenador da Defesa Civil da região de Campinas, São Paulo (ver pág. 27). Campinas recebeu em 2013, o título de cidade-modelo, no programa Cidades Resilientes, das Nações Unidas (*Radis* 135). Em caso de desastres naturais, os municípios podem decretar situação de emergência ou calamidade e solicitar ajuda externa. O trâmite básico a ser seguido nesses casos é o gestor fazer a comunicação do desastre oficialmente, por meio do sistema online S2ID. A partir desse primeiro passo, para solicitar recursos federais, é preciso apresentar um plano de trabalho no socorro às vítimas, reconstrução, remoção etc. “É importante investir na capacitação de coordenadores para lidar com esses processos, que envolvem organização de despesas, gastos governamentais e prestação de contas. Na maior parte das vezes, os profissionais de Defesa Civil não são especialistas nessas áreas”, explica Sidnei, lembrando que esse tipo de ajuda só deve ser solicitada em caráter de excepcionalidade. O ideal, diz, é o município ou a região buscar maior autonomia.

Para orientar prefeitos e outras autoridades, de forma a minimizar ou prevenir os efeitos de desastres naturais, como os provocados pelo El Niño, *Radis* ouviu consultou a Defesa Civil Nacional e setores do Ministério da Saúde responsáveis, além de sites e documentos oficiais. O resultado está registrado sob a forma de perguntas e respostas.

O que diferencia uma situação de emergência de uma situação de calamidade?

Um município ou estado atingido decreta situação de emergência em razão de desastre, quando, embora tenha capacidade inicial de resposta ao problema, necessita de auxílio complementar do estado ou da União para as ações de socorro e recuperação. O estado de calamidade pública em razão de desastre se dá quando, devido à magnitude dos danos, é necessário auxílio direto e imediato. Conforme disposto na Instrução Normativa nº 1, de 24/8/2012 do Ministério da Integração Nacional, a situação de emergência refere-se a um desastre de nível 1 e o estado de calamidade pública, a um desastre de nível 2. A diferença está na intensidade do desastre e na capacidade de resposta do ente federativo atingido.

Como é feita a previsão de fenômenos climáticos e como a Defesa Civil se prepara para fazer frente a um alerta, como o da ocorrência do El Niño?

A previsão de fenômenos climáticos é acompanhada pelos meteorologistas do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (Cenad), por meio de relatórios. Esses documentos informam como deverão ser as condições de precipitação e temperatura, em relação aos padrões climatológicos normais. São analisados modelos climáticos e sistemas de escala global que irão influenciar as condições de tempo no país. Como o fenômeno El Niño é uma das principais fontes de influência do clima do país, acaba por condicionar as previsões realizadas para o trimestre. Com base nas previsões, é estabelecido contato com os órgãos de proteção e defesa civil dos estados para repassar o prognóstico e encaminhar, se necessário, medidas de preparação para enfrentamento dos possíveis desastres.

Como declarar uma situação de emergência ou de calamidade pública?

Por meio da Instrução Normativa nº 1, o Governo Federal estabeleceu procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública por municípios, estados e Distrito Federal. Isso é feito por meio de decreto do prefeito ou governador do estado ou do Distrito Federal, quando há necessidade de estabelecer situação jurídica especial que permita "o atendimento às necessidades temporárias de excepcional interesse público, voltadas à resposta aos desastres, à reabilitação do cenário e à reconstrução das áreas atingidas", como indica o texto da legislação. O gestor deve remeter documentos à Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (Sedec) para análise e reconhecimento e consequente ajuda federal. Nos casos em que os desastres atingem mais de um município, o governador do estado pode decretar situação anormal em razão de desastre, remetendo os documentos à Sedec.

Caso o município ou estado precise solicitar ajuda ao Governo Federal, isso deve ser feito por intermédio do estado?

Conforme a Lei 12.340/2012, os municípios afetados por desastres podem pedir ajuda



FOTO: LEO NUÑES

Seca crônica pode ser agravada com a passagem do El Niño, aumentando incidência de problemas como doenças ligadas a estocagem de água de forma inadequada

diretamente ao Governo Federal, sem passar pelo estado.

Como deve ser feita a solicitação de ajuda?

Quando o ente federativo (estado, município ou Distrito Federal) decreta situação de emergência ou estado de calamidade pública, deve formalizar o pedido de ajuda ao Governo Federal, preenchendo o Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2ID), acessando o endereço s2id.mi.gov.br. O S2ID agiliza o processo de transferência de recursos e dá acesso a informações sobre desastres. Além de comunicar o desastre, o gestor deve, pelo mesmo sistema, preencher também um requerimento, no qual explica as razões pelas quais deseja o reconhecimento da necessidade de envio de recursos externos, incluindo auxílio complementar por parte do Governo Federal. Pelo sistema, é possível registrar e acompanhar os processos de reconhecimento, além de consultar informações sobre ocorrências e gestão de riscos e desastres com base em fonte de dados oficial.

Quais são os prazos para que isso seja feito?

No caso de desastres súbitos, o envio do documento ao Ministério da Integração Nacional deve se dar até dez dias após a ocorrência e, em relação aos desastres graduais ou de evolução crônica, dez dias contados da data do decreto do ente federado que declara situação anormal.

Por quanto tempo vale a decretação de situação de emergência ou de calamidade?

O prazo de validade do decreto que declara a situação anormal decorrente do desastre é de 180 dias. Decorrido o prazo, caso haja novo desastre, o município decreta situação de emergência novamente e solicita outra vez o reconhecimento federal. Isso também pode ser feito quando a situação decorrente do desastre se agrava ou os efeitos continuam.

Como se dá a resposta do Governo Federal?

O reconhecimento da situação de emergência ou do estado de calamidade pública pelo Poder Executivo Federal se dá por meio de portaria. Existe um rito sumário, utilizado quando o desastre e seu impacto social, econômico e ambiental na região afetada forem de grande intensidade. Nesse caso, a Sedec, com o objetivo de acelerar as ações federais de resposta, pode reconhecer sumariamente a situação de emergência ou o estado de calamidade pública com base apenas no requerimento e no decreto do ente federado, antes mesmo do envio de relatórios mais extensos, com cobertura fotográfica detalhada e medidas da área afetada, por exemplo. Isso significa que quando o desastre é público e notório e o município decretou a situação de emergência ou calamidade, o Governo Federal não precisa esperar o trâmite para publicar portaria de reconhecimento no *Diário Oficial*. Neste caso, a documentação deverá ser enviada à Sedec em até dez dias após publicação do reconhecimento.

O que é a Força Nacional do SUS?

A Força Nacional do SUS foi criada em novembro de 2011 (Decreto nº 7.616) para agir no atendimento a vítimas de desastres naturais, calamidades públicas ou situações de risco epidemiológico e eventos de massa, quando superada a capacidade de resposta do estado ou município. Atualmente, a Força Nacional conta com 12,8 mil voluntários em todo o país. São equipes assistenciais para resposta às emergências em saúde pública e apoio à gestão em eventos de massa. Desde sua criação, a Força Nacional do SUS participou de 26 missões, sendo 11 de desastres naturais.

Como acionar a Força Nacional do SUS?

O município ou o estado deve decretar situação de emergência, calamidade ou desassistência e solicitar o apoio do Ministério da Saúde. Uma equipe é

Municípios afetados por desastres naturais, como enchentes, podem pedir ajuda diretamente ao Governo Federal



deslocada para a *missão exploratória*, que consiste em um diagnóstico da rede de saúde e verificação da necessidade de apoio em relação a equipamentos, insumos e recursos humanos. Essa etapa pode ser descartada em situações em que a resposta precisa ser imediata, como aconteceu no incêndio da boate Kiss, no Rio Grande do Sul, em janeiro de 2013. As equipes da Força Nacional do SUS dão orientações técnicas, realizam ações de busca ativa e monitoramento de pacientes, atendimentos e liberação de medicamentos e apoiam a reconstrução da rede de atenção à saúde.

Com que tipo de ajuda material do Ministério da Saúde os municípios podem contar?

O Ministério possui estoque de kits com medicamentos e insumos estratégicos para abastecer estados e municípios, especialmente quando há desabrigados e desalojados. Cada um tem capacidade para atender cerca de 1,5 mil pessoas ao mês. O ministério tem estoque adicional de frascos de hipoclorito (utilizado na purificação de água), ampolas de soro para uso em acidentes com animais peçonhentos e kits de diagnóstico para leptospirose para evitar contaminações. Essas ações são desenvolvidas por meio do Vigidesastres, criado em 2003 para apoiar as autoridades públicas em ações de redução a exposição da população e dos

profissionais de saúde aos riscos dos desastres. O Plano de Resposta à Emergência em Saúde Pública, organiza a resposta a uma emergência (epidemiológica ou associada aos desastres), define os níveis da emergência. O monitoramento da execução do Plano de Resposta é feito por meio do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (Coes).

Como se dá a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito à prevenção a desastres?

São desenvolvidas ações como capacitação dos profissionais de saúde para organização dos serviços (elaboração de planos de contingência, diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao desastre, entre outros), articulação com os órgãos que atuam em desastres como Defesa Civil e Desenvolvimento Social, produção de material de orientação e educação em saúde e, ainda, identificação da capacidade instalada e das necessidades para organização ou reorganização dos serviços de saúde. Já as ações de resposta aos desastres envolvem apoio às secretarias de Saúde, com envio de recursos adicionais, quer sejam humanos, financeiros ou materiais. As ações englobam atenção básica, passando pela urgência e emergência até a assistência farmacêutica e vigilância e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Campinas, cidade resiliente

Em 17 de fevereiro de 2003, a cidade de Campinas sofreu um revés. Choveu durante duas horas seguidas mais da metade do que costuma chover em todo o mês. A inundação brusca dos rios Atibaia e Capivari alagou 12% da área da cidade e os deslizamentos de terra deixaram seis mortos, incluindo um bombeiro que trabalhava no resgate. Mais de 1,3 mil pessoas ficaram desabrigadas. “Foi a chuva do século”, lembra Sidnei Furtado, coordenador da Defesa Civil de Campinas e Região. Os institutos de meteorologia haviam registrado ocorrência do El Niño – de intensidade moderada – entre o final de 2002 e o início de 2003.

Aquele dia fatídico, como conta Sidnei, tornou-se um marco, e levou a uma ampla revisão do planejamento de redução de desastres na cidade. “A Defesa Civil tinha caráter meramente reativo, e a partir desse episódio passaram a ser feitos estudos de prospecção de cenário e mapeamento de risco”, explicou. Algumas ferramentas tecnológicas que eram originalmente da Marinha passaram a ser utilizadas com fim de evitar novas tragédias. Mas a principal mudança, segundo ele, não foi a aquisição de equipamentos. A Defesa Civil passou a trabalhar em formato de sistema, e não como setor isolado. Está hoje ligada diretamente ao gabinete da Prefeitura. “Parece uma coisa simples, mas implica uma transferência de autoridade de outros setores para gerar agilidade em casos de emergência”, observa.

Desde então, a cidade deu uma guinada, e em 2013 foi considerada cidade-modelo do programa

Cidades Resilientes das Nações Unidas e tornou-se um centro nacional de preparação de defesas civis. Foram reduzidas de 75 para 30 as áreas de risco, o que demandou remoções e grande envolvimento da comunidade e articulação com programas sociais. A Defesa Civil realiza constantes simulados de situações de desastre para treinar a comunidade a lidar com as emergências. Hoje, 254 municípios brasileiros fazem parte do programa Cidade Resiliente, e Campinas é responsável por replicar as estratégias de redução de desastres para grande parte destes municípios.

PRIORIZAR E FOCAR

“O segredo é estudar o que cai na prova”, resume Sidnei. Ou seja, priorizar e focar a atuação em todas aquelas áreas onde morreram pessoas e onde já houve problemas mais sérios. Remoções exigiram integração entre diversos setores da administração e o envolvimento de toda a comunidade. Campinas procura seguir as diretrizes preconizadas no *Marco de Ação de Hyogo* (MAH), instrumento da ONU para a implementação da redução de riscos de desastres. O objetivo é aumentar a resiliência das nações e das comunidades e alcançar, para o ano de 2015, uma redução considerável das perdas que eles ocasionam, em termos de vidas humanas e referentes aos bens sociais, econômicos e ambientais das comunidades e dos países.

As estiagens longas vividas pela região também acarretam incêndios florestais ocasionalmente, por



FOTO: DECOM

As fortes chuvas que assolaram Campinas em 2003 levaram a cidade a rever seu planejamento de minimização de desastres

isso, são feitos constantes patrulhamentos utilizando viaturas próprias. A seca leva também a aumento de casos de atendimento por problemas respiratórios, questão importante de saúde pública na cidade.


NOVAS INICIATIVAS

Em setembro deste ano, a prefeitura anunciou duas novas iniciativas de prevenção a desastres, também como parte do programa Cidades Resilientes, para situações de emergência em defesa civil. As ações incluem instalação e monitoramento de seis equipamentos de medição de intensidade das chuvas automáticos na cidade. Um sexto equipamento, instalado no rio Capivari, que corta a cidade, conta com um diferencial: além de medir a quantidade de chuva, mede o nível do rio e é dotado com uma câmera.

Campinas é a primeira cidade do Brasil a assinar o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas Portadoras de Deficiência, que estejam em situação de risco durante um desastre natural. A Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social já participa de ações com a Defesa

Civil e desenvolve serviços preventivos para esses públicos. A secretaria também mantém o serviço de proteção social especial em situações de calamidades públicas e emergências, como informa o site da prefeitura.

Além de Campinas, outros 644 municípios no Brasil são monitorados pelo Centro Nacional de Monitoramento de Alertas e Desastres Naturais (Cemadem), instituição ligada ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. O critério para a inclusão de uma cidade no sistema de monitoramento é que tenha mapeado suas áreas de risco de deslizamentos em encostas, de alagamentos e de enxurradas, entre outros desastres naturais, além da estimativa da extensão dos prováveis danos decorrentes.

Com o “dever de casa” feito em termos de prevenção a desastres naturais, Sidnei observa mudanças em outras situações em que prevenir é necessário. “Hoje, a demanda da Defesa Civil tem aumentado nas áreas urbanizadas e tradicionais da cidade, por conta de problemas como falhas estruturais em construções, que podem levar a queda de muros, por exemplo”, relata. 

SAIBA MAIS

Plantão do Cenad
• 0800-6440199

Instrução Normativa N° 01
• <http://goo.gl/c0t1Cf>

Decreto e Portaria de Emergência em Saúde Pública e da Força Nacional do SUS
• <http://goo.gl/t57X1b>
• <http://goo.gl/6fAAiw>

Planos de Resposta às Emergências de Saúde Pública
• <http://goo.gl/WfD3FP>

Organização do SUS para atuação em desastres
• <http://goo.gl/q1xuml>

Guia de Preparação e Resposta aos Desastres
• <http://goo.gl/vSvAHs>

Webradio
• <http://webradio.saude.gov.br/enchentes.php>

Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastre
• <http://goo.gl/IM7HBh>

Cartilha
• <http://portalsaude.saude.gov.br>

Autoaprendizagem em Comunicação do Risco
• www.bvsde.paho.org/cursoscr/plbienvenida.php

Atlas Brasileiro de Desastres Naturais
• <http://150.162.127.14:8080/atlas/atlas2.html>

Observatório das Chuvas
• <http://goo.gl/y4holc>

Cidades resilientes
• http://www.mi.gov.br/cidadesresilientes/pdf/mah_ptb_brochura.pdf

Observatório Clima e Saúde
• www.climasaude.icict.fiocruz.br

Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres
• <http://andromeda.ensp.fiocruz.br>

Revista Radis
• 135 (capa) – Desastres naturais
• 142 (p.2) – Sistema estima impactos de desastres naturais na saúde

Sementes da Reforma Sanitária

Realizada em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde diferenciou-se das anteriores, abordando temas desafiadores, como descentralização, e fazendo crítica ao corporativismo dos serviços médico-assistenciais



Situação sanitária da população brasileira no início da década de 1960 era ruim, como mostrou a pesquisa, com índices de mortalidade de 162 pessoas por mil habitantes

Liseane Morosini

Vinte e três anos antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, em 1986, começou a construir um novo projeto para a saúde brasileira, uma proposta de reforma sanitária já se delineava no país. Realizada em dezembro de 1963, durante o governo João Goulart, a 3ª Conferência Nacional de Saúde trazia o embrião de um Plano Nacional de Saúde, a ser efetivado por meio de uma política nacional, e várias de suas propostas anteciparam pontos importantes para a constituição do pensamento sanitário do SUS, mostrou a dissertação *A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado*, defendida em junho, no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), pela jornalista Naiara Prata Cardoso.

Em sua pesquisa, Naiara, assessora de Comunicação do Ministério da Saúde, fez um mergulho na 3ª CNS, assunto pouco explorado na historiografia e nas Ciências Sociais. "Dada a conjuntura em que foi realizada e o fato de abordar temas desafiadores para a época, a 3ª Conferência,

com suas propostas de descentralização e de crítica ao caráter corporativo dos serviços médico-assistenciais, ao contrário das conferências anteriores, constituiu-se também em fórum político. Todavia, seu formato, ainda foi o de reunião administrativa do governo, uma vez que só puderam ser apresentados documentos e trabalhos de órgãos federais", analisa Naiara. Mas, ainda assim, a 3ª Conferência teria sido "ousada demais", segundo a pesquisadora. "Meu esforço foi o de tentar reconstruir o evento cujas discussões e debates permaneceram vivos, ainda que durante o contexto do autoritarismo brasileiro, pós-golpe, tivessem sido silenciados", diz.

DEMORA DE 13 ANOS

De acordo com Naiara, a elaboração de um Plano Nacional de Saúde havia sido incorporada às recomendações da 1ª Conferência, realizada em 1941. Ao final desse encontro, conta, ficou definido que os governos estaduais fariam o levantamento de suas necessidades e depois apresentariam as demandas para o Ministério da Saúde. Mas, na 2ª Conferência, realizada em 1950, o tema da elaboração do Plano Nacional de Saúde sequer foi incluído na pauta. Somente 13 anos depois, o

Mário Magalhães, à frente da organização da conferência, defendia integrar as medidas assistenciais e médico-sanitárias ao desenvolvimento do país



Plano Nacional de Saúde voltaria a ser discutido, fundamentando o documento da 3ª Conferência e fazendo referência à necessidade de uma Política Nacional de Saúde.

“A situação sanitária da população brasileira era péssima. Só para se ter uma ideia, os índices de mortalidade infantil no Brasil eram estimados em 162,5 por mil habitantes e a estimativa de vida ao nascer do brasileiro na década anterior havia sido de 42,3 anos, sendo as principais causas de morte as doenças de massa evitáveis, endêmicas e epidêmicas”, relata.

Naiara explica que o texto da *Terceira* foi baseado nas recomendações aprovadas pelo 15º Congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, elaborado pelo economista Celso Furtado, que sugeria a adoção da introdução do planejamento como técnica administrativa de governo, tanto para a área econômica, quanto para as políticas sociais. No período compreendido entre fins de 1945 e início de 1964, a saúde no Brasil esteve intrinsecamente relacionada ao debate sobre o desenvolvimento do país e deve ser compreendida levando-se em consideração os problemas então colocados de uma economia capitalista *dependente* do crescimento da presença

do capital estrangeiro, o que também incluía o setor saúde, explica a pesquisadora.

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

“A ideia de que a saúde de uma população seria inseparável do processo nacional de desenvolvimento vinha ganhando espaço desde os anos 1950, orientando, cada vez mais, sanitaristas e técnicos do Ministério da Saúde, e a 3ª CNS representou o auge deste pensamento”, conta. Ela acrescenta que “a concepção predominante, à época, era a do sanitário desenvolvimentista, orientada pelo entendimento de que os padrões de saúde de uma comunidade eram inseparáveis de seu nível de desenvolvimento econômico. Assim, já era entendido que a saúde resultava de condições globais de trabalho, bem estar físico e habitação, por exemplo”, afirma. Em 15 de março de 1964, momentos antes do golpe civil-militar, a *Terceira* foi citada em mensagem de Jango ao Congresso Nacional, por ocasião da abertura da sessão legislativa daquele ano, como uma das principais realizações de seu governo no setor saúde, ressalta Naiara.

Embora nas Reformas de Base do governo Goulart, com proposta de diminuir as

A articulação das atividades sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal era defendida por Wilson Fadul, ministro da Saúde e presidente da 3ª CNS, destacada nos jornais da época





Naiara, na pesquisa, esforço para reconstruir o evento, cujas discussões e debates mantiveram-se vivos mesmo durante a ditadura

desigualdades sociais por meio de alterações nas estruturas políticas, econômicas e sociais, não houvesse um capítulo específico para tratar da Saúde, segundo Naiara, isso estava contemplado nos *Pré-investimentos para o fator humano* que integravam o programa setorial e cumpriram o papel de valorização do homem brasileiro e de sua integração na comunidade nacional.

MUNICIPALIZAÇÃO

A tese da municipalização, com objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, foi adotada como um caminho para se criar uma estrutura sanitária considerada mais adequada à realidade econômica, política e social de um país subdesenvolvido e com vastas diferenças regionais. Com base na documentação consultada, Naiara aponta que, como medida indispensável à municipalização dos serviços de saúde, era necessário também que se discutisse a articulação das atividades sanitárias nos diversos níveis da administração (federal, estadual e municipal), o que foi definido por Wilson Fadul, ministro da Saúde que presidiu a 3ª CNS, como um “primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de Saúde unificado”.

De acordo com a historiadora, a proposta de municipalização dos serviços de saúde baseava-se na concepção de que as populações locais é que poderiam ter conhecimento mais realista de seus problemas. Diferentemente dos governos anteriores, o governo Goulart entendia que a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitárias, atendendo a todo o país, mas tendo os municípios como centro de ação, seria o caminho mais adequado para a melhoria das condições de saúde da população. “A municipalização foi proposta da forma como a entendemos hoje. No projeto, os serviços não seriam uniformes, mas estruturados conforme, ‘as necessidades e possibilidades’ de cada localidade”.

FRAGMENTÁRIO E CORPORATIVO

Segundo a pesquisadora, além da proposta de municipalização e descentralização das ações, durante a abertura da 3ª Conferência, Wilson Fadul criticou o formato institucional do Ministério da

Saúde e o caráter fragmentário e corporativo de seus serviços, pontos que foram endossados pelo presidente João Goulart. “O olhar retrospectivo trazido pelo estudo revela, ainda, que a realidade mostrava a dicotomia ou setorização dos serviços das ações de saúde”, diz. “Havia a assistência médica especializada, proporcionada pelos institutos de Aposentadorias e Pensões da previdência, que vinculavam o atendimento médico individualizado à carteira de trabalho; e as ações entendidas como de saúde pública, realizadas pelo Ministério, que englobavam um aspecto mais geral e eram mais focadas no combate a doenças infectocontagiosas que afetavam a coletividade.”

DESENVOLVIMENTISMO

De acordo com Naiara, a grande maioria da população estava alheia à assistência individualizada. “O acesso para quem não podia pagar ou não era vinculado a um Instituto se dava por meio de programas como o da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que tinha ações válidas, porém caras e muitas vezes baseadas em modelos importados”, diz. Ela cita o caso de unidades de saúde que receberam equipamentos importados, que não podiam ser utilizados, pois no município não havia energia elétrica.

A pesquisadora explica que, no final da década de 40, começa a surgir o entendimento de que o modelo centralizador e verticalizado, baseado em campanhas, com a União efetivando todas as ações, e setorizado, não dava conta da realidade do país. Já a partir dos anos 1950, a questão voltou-se para as estratégias de desenvolvimento econômico que o país deveria adotar e passou a ter influência determinante na formulação das políticas de saúde. “Essa corrente se tornou conhecida como sanitário desenvolvimentista – e ganhou primazia no Brasil, principalmente a partir do governo Juscelino Kubitschek, entre 1956 e 1961”.

Medidas assistenciais e médico-sanitárias não teriam efeito se não ocorressem integradas ao desenvolvimento do país. O principal expoente deste pensamento, de acordo com Naiara, foi o sanitário Mário Magalhães da Silveira, eleito presidente da Sociedade Brasileira de Higiene em 1962, e que em 1963 presidiria a Comissão Organizadora da 3ª CNS.

Por isso, segundo Naiara, a *Terceira* adotou a tese da municipalização como caminho para efetivar ações de saúde que deveriam ser coordenadas, descentralizadas e mais adequadas à realidade econômica, política e social de um país subdesenvolvido e com vastas diferenças regionais. Para ela, algumas medidas de certa maneira antecipavam a hierarquização dos serviços já prevendo níveis de atenção. “Com o golpe civil-militar de 1964, essas orientações foram interrompidas e houve clara opção pelo fortalecimento das ações no âmbito da previdência, privilégio do fornecedor privado e ampliação do modelo hospitalocêntrico”.

ESTADO AUTORITÁRIO

O contexto em que as conferências seguintes ocorreram foi marcado pelo aumento do controle burocrático e de um Estado autoritário. E as discussões sobre planejamento passaram, claramente,

SAIBA MAIS

• Wilson Fadul
[Fadul no Congresso Internacional de Saúde, Genebra, 1963 / fonte: PDT.org](#)

<http://pdt.org.br/index.php/noticias/morre-o-trabalhista-wilson-fadul-ex-ministro-de-jango>

a beneficiar fornecedores de serviços médicos privados, atuando no âmbito da atenção médica previdenciária”, afirma. Ela lembra que, a partir da 7ª Conferência, temas como a regionalização dos serviços, articulação interinstitucional nos níveis federal, estadual e municipal, saneamento do meio e alimentação e nutrição voltam a compor o temário das discussões. A pesquisadora pontua que, somente a partir da 8ª CNS, em meio às lutas pela redemocratização do país, as propostas, ainda embrionárias da 3ª Conferência, “foram retomadas e orientadas, agora, pelo princípio de que a saúde deveria ser direito de todos e dever do Estado”. Naiara reforça que a 8ª Conferência defendeu a ampliação, para toda a população do direito à assistência à saúde, a integralidade e a universalidade do cuidado, bem como o financiamento do Estado, estabelecendo as bases para o SUS, que deveria ser descentralizado, com a distribuição de responsabilidades e de recursos da esfera estadual para a municipal, como forma de aumentar o acesso da população aos serviços, articuladas com os processos de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção, conforme escreveu.

Das 14 conferências nacionais já realizadas, a pesquisadora ressalta que a 3ª CNS foi a única que não teve seus anais editados pelo Ministério da Saúde. “Os Anais foram editados em 1992 pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói, no Rio de Janeiro, para onde convergiu grande parte das pessoas envolvidas com o movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980”, conta. Ela chama atenção para as razões que teriam levado à não edição do material. Para Naiara, se o caminho era a municipalização da saúde, não dá para saber o que viria depois. “Deveria ocorrer um novo encontro em novembro de 1964. Não houve. Não dá para afirmar

que desembocaria no SUS, mas de certa maneira essas propostas antecipavam propostas do SUS”.

Naiara reforça que as propostas não desaparecem com golpe. “As pessoas continuaram vivendo, as ideias circulando e o debate continuaria”. Wilson Fadul estava com Sérgio Arouca, à época presidente da Fundação Oswaldo Cruz, na 8ª conferência. “O evento de 1986 guarda relação com a Terceira também por seus participantes”, reforça, lembrando que tal entendimento não é consenso entre os historiadores e sanitaristas.

‘CAIXA PRETA’

Orientadora da dissertação, a professora Tania Maria Dias Fernandes reforça que a pesquisa mostra conexões entre a 3ª e a 8ª conferências. “Os atores e o leque de questões colocadas na Terceira Conferência continuaram em pauta. Naquele momento, o Brasil precisava de uma revisão de suas políticas sanitárias pensando em saúde pública como algo que estava sendo apontado antes daquela interrupção grotesca que foi o golpe militar”, afirma. Para ela, o trabalho de Naiara abre a *caixa preta* da ditadura. “Creio que o movimento de rever o passado histórico, promovido pelas comissões da Verdade, permite que a Terceira ganhe uma luz. Ela volta a ser colocada. Na década de 60, se discutia o que era saúde pública e saúde do trabalhador. Hoje, esses são temas que a gente tira de letra”. Para a professora, o SUS vinha desde então sendo pensado no sentido de atender e evitar a doença. “Se a questão era essa, ela continua. Melhoramos muito. Não tenho a menor dúvida de que o SUS resolveu um problemão que a gente tinha. Mas a Terceira consegue sinalizar que muitos problemas ainda permanecem”.

Concepção de que as populações locais é que poderiam ter conhecimento de seus problemas orientou proposta de descentralização dos serviços de saúde



EVENTOS

I Seminário Internacional Poder Popular na América Latina (Sippal)



Buscando repensar o sistema democrático representativo, o seminário deverá ser espaço de intercâmbio de experiências e reflexões sobre os caminhos para o fortalecimento e consolidação do poder popular, pela democratização do Estado e protagonismo do povo, a partir de movimentos sociais, organizações dos trabalhadores e povos indígenas, e por iniciativas de governos locais ou nacionais. Organizado pelo Núcleo Interdisciplinar para o desenvolvimento social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nides/UFRJ), o evento estará organizado em torno dos eixos temáticos como: o poder popular nas ruas; o papel das universidades; movimentos sociais; comunicação; lutas no campo latino-americano; gênero, raça e opção sexual; democracia e capitalismo; e integração regional na América Latina.

Data 25 a 28 de novembro

Local UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

Informações sippal2014@gmail.com

www.nides.ufrj.br/index.php/sippal

Convenção Internacional de Saúde Pública – Cuba Salud



Organizado pelo Ministério da Saúde Pública de Cuba, a convenção tem como objetivo discutir a saúde em Cuba e no mundo. Buscando integração e diversidade, o evento abordará as políticas públicas e as estratégias, organização e bases econômicas de apoio às atividades de saúde, bem como a avaliação de novos processos de renovação dos cuidados primários de saúde e suas implicações para os serviços. O evento reunirá 400 delegados cubanos e 500 delegados estrangeiros. Entre os temas em debate estarão: políticas econômicas, sociais e ambientais; mudanças nos sistemas de saúde; atenção primária; cobertura universal; determinantes sociais da saúde; papel da comunicação social; internacionalização da educação médica; e direito médico. Trabalhos acadêmicos deverão ser encaminhados ao comitê científico até 31/12.

Data 20 a 24 abril de 2015

Local Palácio das Convenções, Havana, Cuba

Informações www.convencionsaludcuba.com; convencionsalud2015@infomed.sld.cu

PERIÓDICO

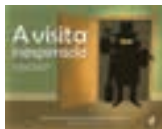
Acesso aberto



A edição de julho dos **Cadernos de Saúde Pública** (vol. 30, nº 7), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), abrange uma diversidade de temas, em artigos, revisões e comunicação. Entre os temas, estão: uso de pesticidas no Brasil; virologia ambiental e saneamento; coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária; fatores associados às recidivas de malária; evolução das despesas com alimentação fora de casa; autoavaliação de saúde em comunidades quilombolas; e qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV. No editorial, as editoras incentivam o uso pelos pesquisadores de instrumentos de aferição disponíveis em acesso aberto e softwares de código aberto, informando que esta será condição para que artigos enviados sejam aceitos. A publicação pode ser acessada na íntegra em: www4.ensp.fiocruz.br/csp

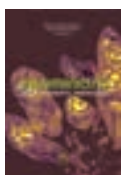
LIVROS

Doença diagnosticada



A visita inesperada, de Ana Luiza Novis e Lucia Helena Abdalla (Editora Jaguaritica), traz um novo olhar sobre traumas causados pela descoberta de uma doença. De forma descontraída, com uso de ilustrações, o livro trata de sentimentos, sensações e reações, por meio da Terapia Narrativa, desenvolvida nos anos 1970 e 1980, que propõe, por meio de exercícios lúdicos, que paciente e familiares imaginem e descrevam o aparecimento da doença em suas vidas. O livro conta a história de um personagem, criado a partir das experiências das autoras, ambas psicólogas, que encontra uma forma de conviver com a “visita inesperada”. A obra está disponível em e-book.

Doença negligenciada



Leishmanioses do continente americano: desafios e soluções, organizado por Fátima Conceição-Silva e Carlos Roberto Alves (Editora Fiocruz), trata de uma das doenças tropicais negligenciadas, que é problema de saúde pública no Brasil e no mundo (*Radis* 143). Os autores, pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), reúnem, em 26 capítulos, com a

participação de 59 pesquisadores, questões relacionadas ao parasito *leishmania* e seus aspectos evolutivos, taxonômicos e metabólicos, aos vetores, reservatórios e modelos experimentais, além de características da doença, seu tratamento, diagnóstico, desafios para o controle e as estratégias para o enfrentamento do agravo.

Tecnologia e saúde



Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde, organizado por Francisco José Aragão Pedroza Cunha, Cristiane Pinheiro Lázaro, Hernane Borges de Barros Pereira (Editora Fiocruz) trata da adoção e assimilação de tecnologias de produção, circulação e acesso a informações gerenciais nos sistemas de atenção à saúde. O livro está organizado em três eixos temáticos: políticas de informação, comunicação e inovação para os sistemas e redes de serviços em saúde; perspectivas e limitações da política de inovação nos serviços de atenção e no Complexo Industrial da Saúde; e comunicação organizacional e difusão de inovações gerenciais.

Incentivo às ciências



Marcado pela própria natureza: O Imperial Instituto Fluminense de Agricultura – 1860 a 1891, de Begonha Bediaga (Editora FGV) aborda a trajetória do IIFA, instituição de caráter privado, que sobreviveu com verbas do governo, com objetivo de modernizar as atividades rurais, sobretudo a agricultura do país. Editado em formato impresso e digital, o livro permite acompanhar personagens que gravitavam em torno das ciências no Império e mostra que o IIFA serviu de espaço de institucionalização de áreas científicas relacionadas à agricultura, como química agrícola e zootecnia, até que constituíssem os próprios espaços científicos. 

ENDEREÇOS

Editora Jaguaritica

(21) 3747-1887

<http://loja.jaguatiricadigital.com>

Editora Fiocruz

(21)38829039 e 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora

Editora FGV

(21) 3799-4426/4427/4428

editora@fgv.br

www.editora.fgv.br



O obstáculo básico à luta dos direitos humanos

Leonardo Boff*

O tema dos direitos humanos é uma constante em todas as agendas. Há momentos em que se torna um clamor universal, como atualmente com a criação do Estado Islâmico que comete sistemático genocídio das minorias. Por que não conseguimos fazer valer efetivamente os direitos não só humanos mas também os da natureza? Onde reside o impasse fundamental?

A Carta da ONU de 1948 confia ao Estado a obrigação de criar as condições concretas para que os direitos possam ser realizados para todos. Ocorre que o tipo de Estado dominante é um Estado classista. Como tal é perpassado pelas desigualdades que as classes sociais originam. Concretamente: a ideologia política deste Estado é o neoliberalismo que se expressa pela democracia representativa e pela exaltação dos valores do indivíduo; a economia é capitalista que operou a *Grande Transformação*, substituindo a economia de mercado pela sociedade de mercado para a qual tudo vira mercadoria. Por ser capitalista, vigora a hegemonia da propriedade privada, o mercado livre e a lógica da concorrência. Esse Estado é controlado pelos grandes conglomerados que hegemonizam o poder econômico, político e ideológico. Em grande parte é privatizado por eles. Usam o Estado para a garantia de seus privilégios e não dos direitos de todos. Atender os direitos sociais a todos seria contraditório com sua lógica interna.

A solução que as classes subalternas encontraram para enfrentar essa contradição foi elas mesmas se organizarem e criarem as condições para seus direitos. Assim surgiram os vários movimentos sociais e populares por terra, por teto, por saúde, por escola, pelos negros, índios e mulheres marginalizadas, por igualdade de gênero, por respeito do direito das minorias etc. É mais que uma luta pelos direitos; é uma luta política para a transformação do tipo de sociedade e do tipo de Estado vigentes, porque com eles seus direitos nunca irão ser reconhecidos. Portanto, a alternativa

à democracia reduzida é a democracia social, participativa, de baixo para cima, na qual todos possam caber. O Estado que representa esse tipo de democracia enriquecida teria uma natureza nitidamente social e se organizaria para garantir os direitos sociais de todos. Enquanto isso não ocorrer, não haverá uma real universalização dos direitos humanos. Parte dos discursos oficiais são apenas retóricos.

As classes subalternas expandiram o conceito de cidadania. Não se trata mais daquela burguesa que coloca o indivíduo diante do Estado e organiza as relações entre ambos. Agora se trata de cidadãos que se articulam com outros cidadãos para juntos enfrentarem o Estado privatizado e a sociedade desigual de classe. Daí nasce a concidadania: cidadãos que se unem entre si, sem o Estado e muitas vezes contra o Estado, para fazerem valer seus direitos e levarem avante a bandeira política de uma real democracia social, onde todos possam se sentir representados.

Cidadãos se unem entre si, sem o Estado e muitas vezes contra o Estado, para fazerem valer seus direitos


Esses movimentos fizeram crescer, mais e mais, a consciência da dignidade humana, a verdadeira fonte de todos os direitos. O ser humano não pode ser visto como mera força de trabalho, descartável, mas como um valor em si mesmo, não passível de manipulação por nenhuma instância, nem estatal, nem ideológica, nem religiosa. A dignidade humana remete à preservação das condições de continuidade do planeta Terra, da espécie humana e da vida, sem a qual o discurso dos direitos perderia seu chão.

Por isso, os dois valores e direitos básicos que devem entrar mais e mais na consciência coletiva são: como preservar nosso esplêndido planeta azul-branco, a Terra, Pachamama e Gaia? E o segundo: como garantir as condições ecológicas para que o experimento *homo sapiens/demens* possa continuar, se desenvolver e coevoluir? Esses dois dados constituem a base de tudo mais. Ao redor desse núcleo, se estruturarão os demais direitos. Eles serão não somente

humanos mas também sociocósmicos. Em outras palavras, a biosfera da Terra é patrimônio comum de toda vida em sua imensa diversidade, e não apenas da vida humana. Então, mais que falar em termos de meio ambiente, deve-se falar em comunidade de vida, ou ambiente inteiro. O ser humano tem a função, já assinalada no Gênesis, de ser o tutor ou guardião da vida, o representante legal da comunidade biótica, sem a pretensão de superioridade, mas se compreendendo como um elo da imensa cadeia da vida, irmão e irmã de todos. Daqui resulta o sentimento de responsabilidade e de veneração que facilita a preservação e o cuidado por todo o criado e por tudo o que vive.

Ou faremos essa viragem necessária para essa **nova ética**, fundada numa **nova ótica**, ou poderemos conhecer o pior, a era das grandes devastações do passado. A reflexão sobre os direitos humanos de primeira geração (individuais), de segunda geração (sociais), de terceira geração (transindividuais, direitos dos povos, das culturas etc.), da quarta geração (direitos genéticos) e da quinta geração (da realidade virtual) não podem desviar nossa atenção dessa nova radicalidade na luta pelos direitos, agora começando pelos direitos da Terra e das tribos da Terra, base para todos os demais desmembramentos.

Até hoje, todos davam por descontada a continuidade da natureza e da Terra. Não precisavam se preocupar com elas. Esta situação se modificou totalmente, pois os seres humanos, nas últimas décadas, projetaram o princípio de autodestruição.

A consciência desta nova situação fez surgir o tema dos direitos humano-sócio-cósmicos e a urgência de que, se não nos mobilizarmos para as mudanças, a contagem regressiva do tempo se coloca contra nós e pode nos surpreender com um bioecoenfarte de consequências devastadoras para todo o sistema da vida. Devemos estar à altura desta emergência. 

* Leonardo Boff é teólogo, filósofo e escritor. Artigo publicado na Carta Maior, em 10/9/2014.

RADIS no facebook.

EM DEFESA DA SAÚDE E DA
CIDADANIA NAS REDES SOCIAIS



CURTA A PÁGINA DO PROGRAMA RADIS
www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude

