

RADIS

comunicação em saúde



N° 20 ♦ Abril de 2004

Av. Brasil 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ ♦ 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/publi/radis

Impresso
Especial

050200462-2/2001-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



Saúde da população negra

A INVISIBILIDADE AGRAVA O QUADRO DE DOENÇAS

Retratos do abandono

A dura realidade das populações vulneráveis atendidas pela organização internacional Médicos sem Fronteiras em países como Honduras, Peru ou Camboja está retratada na exposição *Trópicos do abandono*, que fica até 1º de maio no Centro Cultural de Saúde, no Rio de Janeiro. Pelas lentes do francês Sergei Silbert, o visitante acompanha o dia-a-dia das vítimas de doenças infecciosas como tuberculose, malária, doença do sono, doença de Chagas e leishmaniose, tão familiares entre os brasileiros. Paralelamente, a exposição *Sua rua, minha vida*, da brasileira Fabrizia Granatieri, que fotografou, por mais de cinco meses, moradores de rua no Rio. As duas exposições podem ser vistas de terça a sábado, das 10h às 17h.

FOTOS: SERGEI SILBERT

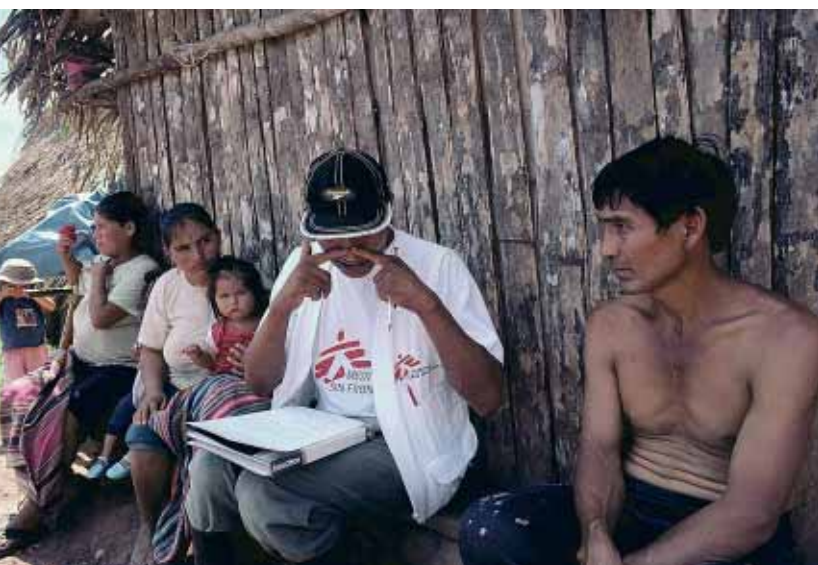


No Peru, menino apresenta manchas no ombro provocadas pela leishmaniose cutânea



CSS – Centro Cultural da Saúde

Praça 15, s/nº, Centro, Rio de Janeiro
Site www.ccs.saude.gov.br
Telefone (21) 2240-5568



Representante dos Médicos sem Fronteiras dá orientações de saúde a comunidade carente em longínquo vilarejo peruano



Sob a vigilância do pai e do irmão, criança recebe tratamento contra a febre tifóide em centro de saúde do Camboja

Da invisibilidade à ruptura do silêncio

A anemia falciforme, diabete melito, hipertensão arterial, miomas e a deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase são doenças com maior incidência entre negros. Mas é a pobreza crônica e abrangente, além do racismo disfarçado e profundo, que completa os principais determinantes do quadro de saúde da população negra no Brasil. Dados epidemiológicos indicam que os negros brasileiros, homens ou mulheres, adoecem mais e morrem mais cedo, em todas as idades.

Este é o resultado de diversas pesquisas, a tese de inúmeros artigos, o argumento que levou os delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde a aprovar propostas que reforçam estratégias específicas de atenção à saúde dessa grande parcela da população. Uma política que vem sendo construída pelos movimentos sociais e também dentro do governo, com base na redução da desigualdade social e no combate à discriminação racial.

"Os afrodescendentes continuam econômica, política e simbolicamente desiguais frente aos 'claros'", afirma o teórico de comunicação e cultura Muniz Sodré. Para ele, o pressuposto de que se discrimina por ser pobre e não pela cor, somado à assimilação social do negro baseada na satisfação de desejos de consumo, deixa inatacado o problema do racismo, que produz exclusão social e funciona como um mecanismo civilizatório de rejeição

consciente e inconsciente da alteridade, impedindo uma parceria social plena, criadora de respeito em vez de tolerância entre os diferentes.

A invisibilidade do negro continua sendo também um obstáculo cultural intocável, que preside tanto o quadro de doenças quanto o conjunto das ações de saúde. "O racismo é tão eficiente no Brasil que o próprio negro fica invisível e nem vê a si próprio" como negro, insiste a médica e feminista Maria do Carmo Monteiro. "Os profissionais de saúde são formados na ideologia racista... A ruptura do silêncio é tarefa que cabe a todos nós, de todas as cores", diz Maria Inês Barbosa, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

O conceito que abre nossa reportagem de capa, portanto, é o da invisibilidade, e a sua superação deve ser o ponto de partida em qualquer política pública para a população negra.

Esta edição aborda ainda a discussão sobre a clonagem humana na Coréia do Sul, a reestruturação da assistência psiquiátrica no SUS, as conseqüências da tão esperada instalação de uma fábrica pública de hemoderivados no país e uma síntese da entrevista concedida pelo ministro da Saúde a jornalistas do *Pasquim21* e da *Radis*.

Rogério Lannes Rocha
COORDENADOR DO RADIS

Comunicação em Saúde

♦ Retratos do abandono 2

Editorial

♦ Da invisibilidade à ruptura do silêncio 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5

Toques da Redação

7



Saúde da população negra

♦ Invisibilidade, a maior das dores 8

Entrevista: Valcler Rangel Fernandes e Maria Inês da Silva Barbosa

♦ "Romper o silêncio é tarefa de todos" 12

Saúde mental

♦ Governo inicia política "firme e segura" de redução de leitos psiquiátricos 13

Hemoderivados

♦ Fábrica nacional, golpe nas multinacionais 14



Saúde pública

♦ Rir é o melhor remédio 16

Serviços

18



Pós-Tudo

♦ Formação de pesquisadores negros, uma necessidade democrática 19

CARTUM



Capa e ilustrações Aristides Dutra

Nosso modelo da capa deste mês é Anastácio José da Silva, morador da Ilha do Governador, no Rio de Janeiro

Agradecimentos a André Arantes e a Cleonice Vieira

CARTAS

PLACEBO E ÉTICA NA PESQUISA

Parabéns pela excelente qualidade da reportagem "O placebo no banco dos réus", acerca das temáticas discutidas na 3ª Sessão da Comissão Mundial de Ética do Conhecimento Científico e Tecnológico (Comest), realizada no período de 1º a 4 de dezembro de 2003, no Rio (Radis nº17).

A matéria é importante, relevante, didática e de interesse para os nossos pesquisadores, e traduziu com clareza a função do fórum para o intercâmbio de idéias e experiências entre a comunidade científica, os políticos e os diversos segmentos da sociedade.

♦ Márcia Cassimiro, secretária-executiva do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do IFF/Fiocruz Rio de Janeiro, RJ

CONCURSO DE CARTAS MARCADAS

Estava lendo a Radis (por sinal, muito boa) e vi a conclusão da 12ª Conferência Nacional de Saúde, de que o concurso público é o melhor para preencher as vagas na área de saúde. Mas há concursos e concursos...

Por exemplo, o da Secretaria de Saúde do DF para o Programa Família Saudável (é o terceiro nome deste programa por aqui). A secretaria fez convênio com a Fundação Zerbini



para a contratação de técnicos e auxiliares de saúde. A Fundação contratou uma empresa para fazer o concurso, que inicialmente tinha umas 300 vagas. Depois de uma grita geral, voltou a ter as 650 de concurso anterior que fora anulado. (...) A prova estava facilíma. Mas uma pessoa que fez 67 pontos, ou seja, acertou 95,71% das questões, ficou após o 1.000º lugar, e se sente enganada.

♦ Vera Silva, psicóloga, Brasília

INSTRUMENTO DO SUS

Considero as publicações do Programa Radis um instrumento dos mais valiosos na divulgação dos valores da saúde pública e dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente para os locais mais remotos do país. Por isso, parabenizo-os pela persistência, qualidade e constância dos textos e sua ampla distribuição.

♦ Renata Lucchese, Caxias do Sul, RS

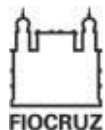
UMA LONGA AMIZADE

Sou de Belém, conheço vocês desde 1998 e fica muito feio a gente não agradecer a amizade depois de tantos anos, nem sequer retribuir tal relação. Sempre ficava de mandar este e-mail, e nunca mandava. Agora não posso mais adiar. Quero agradecer todo o apoio que vocês me deram durante todos esses anos. Como amigos que realmente vocês são.

Na época em que nos conhecemos eu tinha 19 anos, estava no segundo ano, e foi por causa de vocês que me apaixonei pela saúde pública e tudo o que se refere a ela. Muita coisa referente à prática de saúde pública, o que está em andamento, leis e portarias ficava sabendo por vocês enquanto estudava. A maioria das coisas sobre saúde pública a gente (da saúde) só vai aprender mesmo quando está fazendo pós ou está trabalhando no setor público. E, por vocês, pude aprender paralelamente à faculdade. (...) Por isso estou aqui, mesmo atrasada, para dizer muito obrigada pela amizade e por vocês estarem na minha vida todos esses anos. Todos vocês. Mesmo aqueles que já foram e os que acabaram de chegar.

♦ Rejane Pimentel, Belém, PA

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp).

Periodicidade Mensal
Tiragem 42 mil exemplares
Assinatura Grátis

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Jorge Bermudez

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Cláudio Cordovil (subeditor), Jesuan Xavier e Katia Machado

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Hélio Nogueira

Estudos e Projetos Justa Helena Franco (gerência de projetos), Jorge Ricardo Pereira e Laís Tavares

Secretaria de Administração e Infra-Estrutura Onésimo Gouvêa, Márcia Pena, Cícero Carneiro, Cleonice Vieira, Osvaldo José Filho (informática) e Ita Goes (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ – CEP 21040-361
Telefone (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/publi/radis
Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista Radis pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas respon-

sáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o Radis um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

ESCALA DO CONHECIMENTO

Parabenizo toda a família Radis pela brilhante edição de janeiro de 2004, especialmente a reportagem "Viver mais e melhor". Ganhei a revista de um amigo e fiquei muito interessada em suas próximas edições. (...) Sou auxiliar de enfermagem, tenho 24 anos, faço planos para entrar na faculdade em 2005 e sei que essa revista poderá enriquecer meus conhecimentos, que hoje não são muitos. Com a assinatura estarei subindo alguns degraus na escada do conhecimento.

♦ Andréia Amazonas, Angra dos Reis, RJ

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A revista Radis solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone.

SÚMULA

LEI DE BIOSSEGURANÇA DEVE SER VOTADA EM 2005

Depois de tumultuada aprovação na Câmara dos Deputados, em 4 de fevereiro, o Projeto de Lei de Biossegurança, que disciplina as normas de segurança e fiscalização dos organismos transgênicos, tramita agora no Senado.

A comunidade científica está empenhada em derrubar a proibição de pesquisas com células-tronco embrionárias, introduzida de última hora pela bancada cristã e os ambientalistas no projeto aprovado na Câmara. "A parte de engenharia genética aprovada na Câmara é aceitável", avaliou Silvio Valle, especialista em biossegurança da Fiocruz. "A única ressalva que faço é sobre a questão da manipulação de células-tronco, que não deve ser objeto de uma legislação sobre transgênicos."

Até a primeira semana de março ainda não haviam sido escolhidos os relatores do projeto nas quatro comissões definidas para avaliá-lo: de Constituição e Justiça, de Assuntos Econômicos, de Assuntos Sociais e de Educação.

Como não tramita em regime de urgência e cada comissão tem 30 dias para avaliar o projeto (sem contar os pedidos de vistas e os atrasos naturais), a votação em plenário deve demorar: o "recesso branco" provocado pelas eleições municipais certamente retardará as atividades do Congresso. Portanto, estima-se que o projeto só seja votado no ano que vem.

Na Câmara, a votação foi retardada ao máximo pelo PFL e a bancada ruralista, que queriam manter o projeto do antigo relator, deputado Aldo Rebelo (PCdoB-SP), hoje ministro, que na prática liberava os transgênicos. Desfigurando por completo o texto enviado pelo Poder Executivo ao Congresso em outubro passado, o relatório de Rebelo dava amplos poderes à CTNBio para liberar transgênicos, inclusive para produção comercial e consumo, sem qualquer exigência de estudos de impacto ambiental ou avaliação de riscos à saúde humana - e sem a participação dos órgãos dos ministérios da Saúde e do Meio Ambiente.

Depois de muita disputa foi aprovado afinal, alta madrugada, o substitutivo do atual relator, Renildo Calheiros (PCdoB-PE), que retomou em parte o projeto original do Executivo.

SEGURANÇA ALIMENTAR E CIDADANIA



O número 121 (fevereiro/março) do *Jornal da Cidadania*, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), dedica cinco páginas ao tema da segurança alimentar. Em duas delas, Francisco Menezes, diretor do instituto, e Renato Maluf, professor da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, falam das expectativas para a 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada de 17 e 20 de março em Olinda (PE) — etapa final de um processo que incluiu conferências municipais, estaduais e regionais. "Estamos experimentando o exercício de pensar as políticas públicas em conjunto", disse Francisco.

Para ele, a insegurança alimentar tem cor, pois o contingente de pobreza coincide com as pessoas de cor parda e preta, segundo o IBGE, lembrou.

— Para pensar uma política de SAN (Segurança Alimentar e Nutricional), precisamos necessariamente pensar nesses contingentes. Por isso, não podemos descuidar de políticas específicas. Falamos da população negra, e gostaria de lembrar das populações indígenas, talvez sejam as que mais sofrem com fome e desnutrição. Na própria história, foram dizimadas. Eles precisam de políticas específicas. Não podemos aplicar pacotes.

A consultora da FAO Emma Siliprandi, engenheira agrônoma da Rede Economia e Feminismo, aponta em contundente artigo as contradições de nossa sociedade, que na divisão sexual do trabalho atribui às mulheres as tarefas de alimentação da família, mas lhes nega o papel de protagonistas: "Assim, quando se tra-

ta da produção agrícola, é comum as mulheres serem ignoradas no seu papel de produtoras de alimentos", diz ela. "Não recebem crédito nem assistência técnica, e não são reconhecidas como candidatas à propriedade de terra para fins de reforma agrária."

Emma lembra que as mulheres esticam o orçamento para dar de comer aos filhos, mas não são alvo das políticas de emprego, por exemplo. "Nos postos de saúde, elas muitas vezes só recebem algum benefício quando estão grávidas ou amamentando". Embora reconheça que tal visão começa a mudar, a partir de programas de transferência de renda (cartão-alimentação, bolsa-família e outros) que estabelecem que, prioritariamente, as mulheres deverão ser as titulares dos benefícios, a autora afirma que não há uma preocupação com as mulheres como indivíduos que, por sua situação específica na sociedade — ganham menos, têm piores empregos, trabalham duramente fora e dentro de casa etc —, tendem a sofrer muito mais doenças ligadas à desnutrição, além da pressão alta, estresse etc.

Jornal da Cidadania

Tel. (21) 2509-0660; fax: 3852-3517

E-mail jcidadania@ibase.br

Site www.ibase.br

POLUIÇÃO E PESO BAIXO EM SÃO PAULO

O boletim da Agência Fapesp de 6/2/2004 informou que estudo realizado por Nelson Gouveia e Maria Novaes, pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP, e Steve Bremner, da Universidade da Escola Médica do Hospital St. George, de Londres, Inglaterra, revelou que a poluição tem diminuído o peso de recém-nascidos na capital paulista. O trabalho foi publicado na edição de janeiro do periódico inglês *Journal of Epidemiology & Community Health*, da Associação Médica Britânica.

Gestantes que ficaram expostas a taxas maiores de poluição do ar no primeiro trimestre de gravidez tiveram bebês com peso menor que outras mulheres grávidas não submetidas à mesma exposição. Os dados referentes aos nascimentos foram obtidos no Sistema de Informações de

Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, que utiliza como base a Declaração de Nascimento. Os índices de poluição para a pesquisa foram colhidos da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (Cetesb), responsável pelo controle e prevenção da poluição no estado.

Com base nas informações de 179 mil recém-nascidos de mães que moram na cidade de São Paulo, a baixa oxigenação sanguínea provocada pelos poluentes seria a principal causa para a variação de peso. Para cada parte por milhão de monóxido de carbono a que as mães ficaram expostas houve redução de 23 gramas no peso do recém-nascido. Foram excluídos da análise os bebês prematuros, como os de gestação com menos de 37 semanas, além de gêmeos e crianças com menos de 1 kg ou mais de 5 kg. "O peso é um dos principais determinantes da saúde da criança", disse Gouveia. "Se um bebê nasce com peso muito baixo pode ter saúde mais débil e ser sujeita a mais doenças e com risco de morte maior. Se a poluição afeta o peso, certamente afetará a saúde da criança como um todo", disse Gouveia.

ESTATUTO DA MULHER À VISTA

Agência Carta Maior (<http://Agenciartamaior.uol.com.br/>) informou que a bancada feminina do Senado começou a tirar da gaveta 1.989 projetos relativos a questões de gênero, alguns parados há mais de 30 anos. É desse material que a senadora Serys Slhessarenko (PT-MT), coordenadora da bancada, pretende extrair uma "agenda positiva para os direitos da mulher", como define ela, presidenta dos festejos do Ano da Mulher no Congresso. Na Câmara dos Deputados, foi instalada em 10/3 a comissão especial que analisará o Projeto de Lei 1.399/03, que institui o Estatuto da Mulher, segundo a Agência Câmara.

O projeto prevê que o SUS garanta exames periódicos de prevenção do câncer de mama e do colo de útero, da hipertensão, acompanhamento de pré-natal e perinatal, distribuição de medicamentos e dispositivos contraceptivos. A proposta, de Renato Cozzolino (PSC-RJ), garante atendimento prioritário à mulher chefe de família, à mãe solteira, à soropositiva, às portadoras de necessidades especiais e às incapazes para o próprio sustento.

EMBRIÕES HUMANOS CLONADOS NA CORÉIA DO SUL LANÇAM POLÊMICA MUNDIAL

Notícias divulgadas em meados de fevereiro nas páginas de ciência dos jornais e revistas brasileiros reavivaram as polêmicas em torno da clonagem humana. Cientistas sul-coreanos comunicaram o desenvolvimento de células-tronco (que, acredita-se, são capazes de produzir órgãos e tecidos humanos) a partir de *embrião* humano clonado, numa técnica semelhante àquela usada para gerar Dolly, a ovelha clonada, precocemente falecida, fato que não levantou maiores indagações da comunidade científica. Na realidade, para se extrair células-tronco é necessário que se aguarde a formação de um embrião de cinco dias (um aglomerado de cerca de 100 células, chamado blastocisto).

No cerne da discussão ética sobre a clonagem terapêutica, a pergunta: o embrião em estágio muito precoce de desenvolvimento é vida? Para a Igreja Católica, a vida já existe no encontro de um óvulo com um espermatozoide. Entre os protestantes, não há preocupação em sacralizar o embrião, mas o interesse no desenvolvimento e na saúde da mulher. Os judeus são mais liberais com relação a práticas de reprodução assistida e privilegiam a saúde da mãe quando o filho *in utero* é sinônimo de estresse moral ou risco físico para ela. Cientistas como René Frydman, professor da Universidade de Paris V, preferem definir o embrião como "potencialidade de pessoa", "um quase nada" que pode se tornar "um quase tudo". "Portador de um projeto de família, ele é sagrado. Sem projeto, sem futuro, ele não é um nada, mas 'um quase nada'".

Com toda a sua complexidade ética, o tema atrai a imprensa. *O Globo* de 13/2 trouxe matéria em tom favorável à clonagem terapêutica. Ouviu simpatizantes da prática e bioeticistas a ela favoráveis. Woo Suk Hwang, um dos cientistas envolvidos na pesquisa, revelou a preocupação de que a tecnologia caia em mãos de aventureiros interessados em clonar seres humanos.

O Estado de S. Paulo, reescrevendo textos internacionais — *New York Times*, *Boston Globe*, *Reuters* e *Associated Press* — registrou, na mesma data, opiniões favoráveis à clonagem terapêutica, a resistência dos Estados Unidos e os eventuais impedimentos legais no Brasil. Se o Projeto de Lei de Biossegurança que tramita no Senado for aprovado sem alterações, se-

rão proibidas as pesquisas no país com células-tronco embrionárias. No dia seguinte, o jornal paulista reproduziu entrevistas dos pesquisadores sul-coreanos, revelando que os pacientes não devem ter ilusões: a pesquisa deve levar décadas.

Destaque também foi dado à proeza pelas revistas semanais, como *Veja* e *IstoÉ*. A *Veja* de 18 de fevereiro (p. 64), em matéria de página inteira, deteve-se mais na descrição do processo técnico dos pesquisadores Woo Suk Hwang e Moon Shin-yong, da Universidade Nacional de Seul. Menção aos problemas éticos da experiência também é feita: "A questão ética é que [a técnica] também abre as portas para aventureiros que queiram fazer um bebê clonado, mas não conseguem desenvolver a tecnologia para isso". Se implantados no útero de uma mulher, embriões desenvolvidos neste experimento sul-coreano dariam origem a um clone humano. No entanto, para que se retirem as células-tronco destes embriões é necessário destruí-los, o que lança novos problemas éticos.

A referida matéria informa que, dos 30 embriões clonados, apenas um resultou em células formadoras de tecidos, o que revela que entre a técnica e o sonho de cura uma distância considerável precisa ser percorrida. Além disso, informa que, por alguma razão, a técnica não funcionou quando foi tentada a clonagem de células masculinas (fato que coloca em questão o eventual potencial terapêutico para homens).

O RADIS ADVERTE



Cresce assustadoramente o número de sites de "saúde" na internet, que oferecem consulta online e até prescrição de medicamentos. Pesquisar doenças é útil, mas o computador não substitui um bom exame clínico e o acompanhamento de profissionais de saúde.



toques da redação

A *IstoÉ* abriu seu primeiro parágrafo mencionando uma "corrida acirrada" para uma "revolução na medicina" vencida pela Corêia do Sul. Mais adiante, afirma que "como todo progresso científico esse tipo de pesquisa dá margem a discussões éticas delicadas". Mayana Zatz, geneticista que coordena o Centro de Estudos de Genoma Humano, em São Paulo, lembra na matéria que embriões excedentes de clínica de fertilização poderiam ter sido aproveitados no experimento, já que são descartados. A reportagem relata o empenho de Mayana em alterar o Projeto de Lei da Biossegurança que, recentemente modificado, tramita no Congresso. A matéria afirma, em seguida, que "ninguém duvida" da importância do tratamento com células-tronco para regenerar órgãos ou tecidos.

Mais cautelosos, alguns veículos da imprensa mundial não embarcaram no otimismo triunfante das matérias nacionais. O *Los Angeles Times* (13/2) diz que "o informe de uma clonagem humana bem-sucedida foi um marco no campo da pesquisa com células-tronco", mas ressalva que "a promessa médica de tal empreendimento ainda está a muitos anos de distância".

Gina Kolata, repórter de ciência do *New York Times*, escreve que, ao discutir a promessa da pesquisa em células-tronco, alguns pesquisadores dizem que medem suas palavras com cuidado. "Nós estamos preocupados com a badalação em torno desse campo", diz Irving Weisman, que dirige o instituto de células-tronco da Universidade de Stanford. Mas, quando tenta diminuir as expectativas de seus pacientes diante disso, Weisman se sente "como que gritando ao vento".

De fato, as esperanças com relação a esta técnica ganharam uma ducha de água fria quando o *New York Times* noticiou, em agosto de 2001: "Um cuidadoso estudo que tentou tratar a doença de Parkinson com o implante de células de fetos abortados em cérebros de pacientes falhou não só em revelar um benefício global, mas ao evidenciar desastrosos efeitos colaterais". A pesquisa foi liderada por cientistas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado e do Colégio de Médicos e Cirurgiões da Universidade de Colúmbia. (C.C.) ■

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

DIAZEPAM OU DIAS SEM PÃO? – Fontes Fidedignas, o repórter, acompanha de perto o delicado processo da reforma psiquiátrica implementado pelo atual governo. Neste novo modelo, como se sabe, o hospital psiquiátrico deixa de ser o principal dispositivo de assistência, e os Centros de Atenção Psicossocial vão sendo gradualmente criados para substituí-lo. Prova de que o modelo hospitalocêntrico do passado precisa ser superado foi dada em fevereiro. Um hospital psiquiátrico privado do Rio, cadastrado no SUS, recebeu a visita de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, que constataram: o consumo de proteína *per capita* na instituição equivalia a dois frangos para 120 pacientes! O Ministério Público (MP) foi acionado e a secretaria deu prazo para o hospital tomar jeito: receberá visitas-surpresa de inspeção.

Vale lembrar que em 2000 a Caravana da Cidadania percorreu o país e constatou que 16 hospitais psiquiátricos eram uma catástrofe. Entre eles, a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi (RJ). O MP determinou a dispensa dos 1.500 pacientes, mas apenas 600 foram retirados pela Secretaria Estadual de Saúde. Claro, tirar pacientes de um hospital supõe acolhida em outro lugar. A secretaria pediu prazo maior, pois a direção do hospital cria todo tipo de dificuldade.

Eis o perfil atual dos pacientes: 40 anos, do sexo masculino, de cor parda, analfabeto funcional, média de 20 anos de internação, sem vínculo afetivo. Nenhum deles reside em Paracambi. Roupas íntimas femininas lá não existem; dois auxiliares de enfermagem atendem 60 pacientes que, por conta disso, recebem comida em mamadeira. O MP critica a lentidão do processo e culpa os servidores encarregados da desativação. Fontes Fidedignas lastima que esses profissionais comecem a ser vistos como criminosos, como os proprietários das clínicas, por certa insensibilidade do MP quanto às especificidades deste delicado processo.

POLÊMICA – A polêmica do início do ano sobre planejamento familiar continua repercutindo em Brasília. O governo decidiu aumentar a oferta gratuita às mulheres mais pobres, nas unidades do SUS, de camisinhas, anticoncepcionais, DIUs e até pílulas do dia seguinte, entre outros métodos. O Ministério da Saúde ressaltou que as novas políticas de planejamento familiar não serão autoritárias, determinadas de cima para baixo: será respeitado o direito de opção da mulher.

INTRIGA CARNAVALESCA – No desfile das escolas de samba do Rio não deu para a Acadêmicos do Grande Rio, que desafiou o conservadorismo com seu samba-enredo em defesa do uso da camisinha. Mas o segundo lugar da Unidos da Tijuca foi uma certa compensação – na área de ciência e tecnologia: o carro alegórico da seqüência do DNA revolucionou a história dos desfiles. O enredo, "O sonho da criação e a criação do sonho: a arte da ciência no tempo do impossível", foi resultado de seis meses de trabalho dos pesquisadores da Casa da Ciência, do Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da UFRJ.

Inocência Foca, nosso repórter-estagiário, notou que a ala da escola dedicada a Sherlock Holmes, personagem-detetive de Conan Doyle, foi considerada uma gafe por muitos pesquisadores. Afinal, em *Um estudo em vermelho* (1887), Holmes diz a Watson: "Você afirma que giramos em torno do Sol. Se girássemos em torno da Lua não faria a menor diferença para o meu trabalho". Se Holmes nada sabia, em pleno século 19, da teoria de Copérnico ou da composição do sistema solar, como concluiu Watson, estava fazendo o que num enredo de ciência?

CONVOCAÇÃO DAOMS – Para gestores, ONGs, escolas e cidadãos anotarem no caderninho: neste 2004, o lema do Dia Mundial da Saúde (7 de abril, data de criação da Organização Mundial da Saúde) é "Segurança no trânsito não é acidente". Não espanta que a OMS esteja chocada com esta guerra sangrenta, que mata 1,2 milhão de pessoas por ano, e a considere gravíssimo problema de saúde pública. Hora de cobrar postura ativa de governos, instituições, sociedade civil e, por que não?, de cada motorista. ■

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

INVISIBILIDADE

a maior das dores

Sou um homem invisível. Não, não sou um fantasma como os que assombravam Edgar Allan Poe... Sou um homem de substância, de carne e osso, fibras e líquidos — talvez se possa até dizer que possuo uma mente. Sou invisível, compreendam, simplesmente porque as pessoas se recusam a me ver... Minha invisibilidade também não é, digamos, o resultado de algum acidente bioquímico da minha epiderme. A invisibilidade à qual me refiro ocorre em função da disposição peculiar dos olhos das pessoas com quem entro em contato...

O Homem Invisível (1952), de Ralph Ellison (1914-1994)

Katia Machado e Marinilda Carvalho

A dor da invisibilidade de que fala acima o personagem negro do romance de Ellison aflige igualmente, meio século depois, a população negra brasileira. É uma população "de substância, de carne e osso, fibras e líquidos", uma população com mente, alma e cultura e, ainda assim, invisível, mantida em silêncio pela cultura do "racismo cordial" - fincada nas falácias da evidente desigualdade social ("a discriminação é contra o pobre, não contra o negro") e da conveniente "democracia racial" ("o brasileiro não é racista, brancos e negros convivem muito bem").

"O racismo é tão eficiente no Brasil que o próprio negro fica invisível e nem se vê a si próprio", afirmou na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro, Maria do Carmo Sales Monteiro, da Rede Feminista de Saúde-SP. Também pensa assim Fátima Oliveira, médica e diretora da Rede Nacional Feminista de Saúde: "Invisibilizar é uma velha e vitoriosa estratégia política racista". Luciano Toledo, diretor da unidade da Fiocruz na Amazônia e um dos coordenadores do Projeto Quilombo, acrescenta que o negro acaba não vendo a si próprio porque lhe falta, entre muitas oportunidades, o acesso à informação. "Ele não conhece sequer as doenças genéticas de sua etnia", afirma.

No ano do 10º aniversário do Programa Saúde da Família, que enfatiza a atenção à saúde, esta é uma constatação dolorosa de desatenção. Alaerte Leandro Martins, enfermeira da Secretaria de Saúde do Paraná e ex-presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, considera a invisibilidade do negro brasileiro consequência concreta do racismo - inclusive, e por muitas décadas, na esfera governamental. "Realmente, poucos negros se classificam como tal, e é por isso que, em qualquer base de dados que se analise, a população de pardos e brancos é sempre maior", diz. Isso não é casual. A informação sobre cor desapareceu do Censo de 1970, durante a ditadura, e deixou enorme vazio, lembra a demógrafa Elza Berquó no livro *Saúde da População Negra*, que Fátima Oliveira escreveu em 2001 para a Organização Pan-Americana da Saúde, em preparação à III Conferência Mundial da ONU contra o Racismo, em Durban, África do Sul.

— Tínhamos dados sobre cor nos censos de 40, 50 e 60. Acontece que o Censo de 1960 só veio a público em 1978 e, ainda assim, incompleto — sua divulgação nunca foi completada. Então, quando em 1970 a informação sobre cor não entrou, isto significou que tivemos um vazio de informações sobre a população negra brasileira de 1960 até 1978. Durante 20 anos não havia nenhuma idéia sobre como estava evoluindo a população negra — lamenta Elza. Durante a preparação do Censo de 80, ela presidiu uma

Maria Inês Barbosa, da Seppir, diz que raça é um conceito socialmente construído. "Se analisarmos segundo um conceito biológico, a raça negra não existe, e sim a raça humana". Usa-se até hoje a palavra raça, em vez de etnia, como forma de desconstruir tal conceito. Afinal, diz ela, "não foi em torno das etnias que se estabeleceram as relações sociais e o racismo". A etnia, como explica o dicionário *Aurélio*, é toda população ou grupo social que apresente relativa homogeneidade cultural e linguística, compartilhando história e origem comuns.

mesa de debates na reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, com plenário lotado, que contribuiu para que o quesito *cor* voltasse ao censo.

"Enquanto isso, o negro ficou na marginalidade como pobre, sujo, do subúrbio, da favela, sem escolaridade, desempregado", diz Alaerte Martins. "Ou seja, no Brasil, gênero, raça e classe social se confundem. Se você não é homem, branco e rico você é invisível." Elza conta no livro que uma pessoa negra do auditório perguntou por que uma pesquisadora branca queria trabalhar com a demografia do negro. Uma das razões, respondeu ela, é que não havia demógrafos negros no Brasil.

O QUESITO COR

"Em todo o mundo, minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente mais pobres, desproporcionalmente mais afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizadas do que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida. Estas e outras formas de injustiça racial são a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro". O alerta, de março de 2001, foi de Kofi Annan, secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

A "cruel realidade" é clara na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), de 1999, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No levantamento da população indigente, 30,73% são brancos e 68,85%, negros. A população pobre branca representa 35,95%, e a negra,

63,63%. Conferindo a média da população jovem – entre 15 e 25 anos de idade – e analfabeta, o Pnad aponta 2,6% de brancos e 7,6% de negros. Quanto à população acima de 25 anos, com menos de quatro anos de estudo, 35% são de brancos e 46,9%, de negros; 7,85% de brancos têm abastecimento de água inadequado, e esse percentual sobe para 26,15% entre os negros. Já os domicílios com esgoto sanitário inadequado são habitados por 27,73% de brancos e 52,12% de negros.

Como se fosse pouco, há doenças que lhes são características: anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, diabetes melito (tipo II), hipertensão arterial e miomas uterinos (ver box abaixo). Fátima Oliveira, tomando como base a literatura médica americana, constata que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior do que em mulheres brancas. Pesquisa com mulheres negras e brancas realizada em 1995 na cidade de São Paulo pela especialista Vera Cristina de Sou-

za, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, detalhou: 41,6% de prevalência de miomas entre mulheres negras e 22,9% entre brancas, e 21,9% de reincidência entre negras contra 6% entre brancas.

Os negros dos dois sexos adoeçam e morrem de males provocados pelas condições precárias de moradia e de vida: desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, altos índices de Aids e doenças de trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e derivados do abuso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas. "Sabemos que saúde é resultado de diversos fatores, ambientais, sociais, econômicos, culturais, e a população negra, em nosso país, apresenta os piores índices de escolaridade, salários baixos e baixa expectativa de vida", ressalta o dentista José Marmo da Silva, coordenador do Projeto Ato-Ire/Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, responsável pela articulação nacional da Rede de Religiões Afro-Brasileiras e

As doenças da população negra

Entre as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra destacam-se:


Anemia falciforme – Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil, pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em freqüências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra. Apesar da triagem de doenças falciformes ou daquelas de caráter congênito realizada no período neonatal, como exige a Portaria nº 822 do Ministério da Saúde, de 6 junho de 2001, grande parte da população ainda desconhece o problema.

Diabete melito (tipo II) – Esse tipo de diabete se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais freqüência os homens negros – 9% a mais que os homens brancos – e as mulheres negras – em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas.

Hipertensão arterial – A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de

12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Segundo a médica Fátima Oliveira, a doença é resultante de fatores como predisposição biológica, associada a variáveis como sexo, idade, obesidade, maior ingestão de sal, estresse e raça. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.

Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase – Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta freqüência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais freqüente nos meninos.

Miomas – Tumores benignos (não-cancerosos) comuns do trato genital feminino. Também são conhecidos como fibromas, fi-bromiomas ou leiomiomas e se desenvolvem na parede muscular do útero. Embora nem sempre causem sintomas, seu tamanho e localização podem provocar problemas como sangramento ginecológico importante e dor em baixo ventre. 

O dever que tem o Estado de atender as necessidades de saúde de todo cidadão brasileiro. A integralidade vem sendo entendida como a articulação entre as várias áreas de conhecimento e a busca pelas reais necessidades de saúde da população. A equidade é a tarefa que tem o Estado de reconhecer que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade entre povos e regiões.

Saúde. "E o SUS ainda não funciona na prática como foi estabelecido e pensado, ainda não é uma conquista de toda a população".

A pergunta que surge naturalmente, quando se trata deste assunto: criar uma política específica para a população negra não esbarraria no princípio da universalidade que, com a equidade e a integralidade, forma os pilares do Sistema Único de Saúde?.

Fátima Oliveira tem a resposta na ponta da língua: "A universalidade na atenção e no acesso à saúde só existe quando se consideram as singularidades o caminho para a equidade". Alaerte Martins concorda: "Equidade é um dos princípios do SUS, assim como universalidade, e estes não se contrapõem: deve-se atender o *universo* mas com *equidade*, e isso significa dar atenção às particularidades de cada um ou de cada parcela da população".

Maria Inês Barbosa, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), destaca uma particularidade básica: a pobreza determina a gravidade dos problemas de saúde da população negra. "É importante que transformemos dados em informações e assumamos que o racismo faz a diferença", diz (ver entrevista na página 12). Segundo ela, a população negra tem vida 6 anos menor que a da população branca (64/70 anos). As mulheres negras perdem mais anos potenciais de vida que os homens brancos, contrariando a esperada diferença por sexo; 69,5% dos óbitos de homens negros ocorrem até 54 anos, enquanto a taxa para os homens brancos é de 45,1% em São Paulo. Estudos na cidade apontam que pretos morrem mais que brancos por causas externas em todas as faixas etárias (10 a 44 anos). Quanto às crianças, a diferença relativa entre níveis de mortalidade de negras e brancas aumentou, em 20 anos, de 21% para 40%. Em relação às mortes maternas, em algumas localidades, o risco chega a ser 7 vezes maior para mulheres negras.

A pesquisadora Fernanda Lopes, assessora para Equidade Racial em Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional (parceria OPAS/OMS-Brasil/governo britânico), destaca outras particularidades. "As mulheres negras apresentam menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal", informa. "Para aquelas que têm acesso à assistência pré-natal, a possibilidade de iniciar o acompanhamento em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez é menor".

"Outro grave problema", diz Fernanda, "refere-se à maior vulnerabilidade da mulher negra em desenvolver o vírus da Aids". Em sua tese de doutorado na USP, para a qual Fernanda entrevistou 542 mulheres negras portadoras do vírus HIV e 526 mulheres brancas também soropositivas, fica claro que a vulnerabilidade aumenta à medida que o amparo social diminui. Ou seja, vivem mais as que têm acesso a serviços de saúde especializados de boa qualidade, são bem-informadas sobre seus direitos e se relacionam bem com os profissionais de saúde. "A atenção à mulher negra com Aids é menor porque, entre as entrevistadas, as negras apresentavam menor escolaridade e maiores chances de serem analfabetas, menor renda individual e familiar e mais dificuldade para chegar aos serviços de saúde, sem falar que a maioria delas demonstrou menos facilidade para entender o que os médicos diziam".

A POLÍTICA DE SAÚDE

A dura realidade da população negra aparece também nos índices de mortalidade infantil – 37,3% de mortes em cada mil crianças brancas e 62,3% entre as crianças negras. Na opinião de Fátima Oliveira, a mortalidade precoce dos negros desnuda o racismo no que ela chama de "desatenção à saúde".

"No Brasil, negros morrem antes do tempo em todas as faixas etárias", diz. Segundo ela, apesar de a mortalidade infantil no país estar caindo, consideravelmente, há 20 anos, o quadro é dramático: em 1980, crianças negras apresentavam índice de mortalidade 21% maior do que o das brancas (para cada mil nascidos vivos morriam 76 brancos e 96 negros); em 1991, a proporção cresceu 40% (para cada mil nascidos vivos morriam 43 brancos e 72 negros). "Parece que muito pouco ou quase nada se faz para amenizar e melhorar o quadro de saúde e de mortalidade da população negra", afirma Fátima. "Entre

1977 e 1993, a mortalidade de menores de 1 ano no país foi de 51%, mas ao incluir-se o quesito *cor* a desigualdade racial aflora: a mortalidade de brancos foi reduzida em 43%; a de negros em apenas 25%".

As primeiras experiências governamentais com foco na questão racial na área da saúde surgiram no início dos anos 80, quando setores do Movimento Negro, em São Paulo, atuaram com as secretarias de Saúde. Surgiram vários estudos sobre a saúde dos negros. Em 1995, em resposta às demandas da Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, o governo federal instituiu, por decreto presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI). Daí formou-se um subgrupo Saúde, que procurou implementar recomendações do Movimento Negro: considerar as variáveis sexo e cor pontos essenciais na demarcação do perfil epidemiológico da população, para identificar a evolução de doenças em grupos como brancos, indígenas, amarelos, negros e judeus.

Era a gestão de Adib Jatene no Ministério da Saúde (MS), e o primeiro embrião de uma Política de Saúde para a População Negra, definida na administração seguinte, do ministro Carlos Albuquerque – desativada pouco a pouco, até ser extinta no período José Serra.


Hoje, o Ministério da Saúde e a Seppir buscam a formulação de uma Política Nacional de Saúde da População Negra que dê conta das peculiaridades desse grupo, com base no Programa Saúde da Família. Para tanto, como explica Maria Inês Barbosa, da Seppir, caberá a essa secretaria e ao ministério formar um comitê técnico de saúde da população negra e um comitê consultivo com participação de pesquisadores e ativistas do campo da saúde da população negra. "Esse trabalho impulsiona a introdução do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, com metas específicas", informa. O objetivo é diminuir e eliminar as desigualdades raciais em saúde, principalmente em torno das mortalidades precoces, que caracterizam dramaticamente o perfil de saúde da população negra.

Entre muitas ações, o quesito *cor* precisa estar presente em todos os documentos do SUS, do cartão aos prontuários médicos. Tal lacuna na informação compromete as estatísticas, vitais para um quadro preciso da população brasileira, em toda a sua diversidade. É a partir deste quadro

A realidade quilombola

Dentro do grupo da população negra, podemos destacar os remanescentes dos quilombos. Além das doenças que lhes são peculiares devido à etnia, esse grupo populacional está hoje esquecido nas matas brasileiras e periferias das cidades. "Observamos muitos problemas de saúde específicos da população negra e, principalmente, dos remanescentes de quilombos", alerta Luciano Toledo. Para entender a realidade dos quilombolas, o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, da unidade Fiocruz Amazônia, vem desenvolvendo pesquisa cuja proposta é levantar os principais pro-

blemas de saúde que atingem os remanescentes de quilombos da Região Norte.

Os resultados preliminares do segundo levantamento realizado pelo Projeto Quilombos, em 650 comunidades localizados em áreas de Várzea de Saracura e Arapemã, mostram crianças em risco nutricional. O trabalho constatou também que a desnutrição é problema preocupante entre os idosos, enquanto na população adulta ocorrem obesidade, diabetes, hipertensão e o primeiro caso de anemia falciforme, informa Ana Felisa Gerrero, coordenadora do projeto. 

que se produzem as análises que vão fundamentar as políticas públicas.

Para o movimento negro, representado por várias instituições na 12ª Conferência, a política nacional de saúde para a população negra deve ser baseada em quatro pilares interligados: a produção do conhecimento científico, a capacitação dos profissionais de saúde, a informação eficaz da população negra e a atenção à saúde desta população transformada em rotina assistencial e acesso facilitado em todos os níveis do sistema de saúde.

Em discurso no dia 12 de março, na cerimônia de lançamento da Ação Kalunga, no quilombo goiano de Cavalcante, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva disse a descendentes de escravos que acabou o tempo em que eles eram segregados. Aludindo à ministra Matilde Ribeiro, da Seppir, o presidente afirmou: "Nós não colocamos uma negra de ministra para ser enfeite lá em Brasília, mas para que ela levante os problemas com os quais vivem os negros e as negras no Brasil, para que a gente possa começar a resolvê-los, senão não os resolveremos nunca."


É verdade que nesse mesmo dia a ONU fez crítica enérgica à política brasileira de combate ao racismo, e pediu que o governo Lula aplique a legislação para minimizar a discriminação.

O texto, citado pelo jornal *O Estado de S. Paulo*, foi produzido pelo Comitê de Combate ao Racismo da ONU e aponta, entre outras censuras, "a persistência de desigualdades profundas e estruturais que afetam as comunidades negras, mestiças e indígenas no Brasil".

Rebeca Oliveira Duarte, advogada e conselheira-gestora da Djumbay, entidade do movimento negro pernambucano, disse em 15/3 à Agência Ibase (www.ibase.br) que houve um avanço considerável no combate ao racismo nos últimos anos no Brasil, principalmente a partir do momento em que o debate sobre as cotas para negros na universidade atingiu a opinião pública, fortalecendo os argumentos dos militantes e conquistando adeptos à causa. "Mas ainda estamos muito longe de estremecer os fundamentos do racismo, que têm raízes profundas."

Há bastante trabalho pela frente".

José Marmo da Silva, do Projeto Ato-Ire, considera que a invisibilidade continua, mas acha também que não se pode esquecer o que já foi conquistado —, por exemplo na 12ª Conferência Nacional de Saúde. "Conseguimos várias vitórias no que diz respeito à inclusão da população negra, das mulheres negras e dos terreiros em diversos espaços de negociação."

Falta então estender as intenções à prática. Como disse no programa *Roda-Viva* de 15/3 (TV Cultura — SP) a educadora Arany Santana, 52 anos, titular da Secretaria Municipal da Reparação, de Salvador - a primeira do país, criada em dezembro de 2003 para atenuar a exclusão social que subjuga a população negra: "Não dá mais para usar nomezinho com penduricalho. É hora de reparar." 

Mais informações

O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe, org. de Jurema Werneck, Maisa Mendonça e Evelyn C. White, (Ed. Pallas/Criola, Rio de Janeiro, 1994).

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 1999) www.ibge.gov.br

Saúde da População Negra, de Fátima Oliveira (Opas-Brasil, 2001) www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=68

Saúde da População Negra: construindo políticas universais e equânimes no Brasil (Ministério da Saúde, 2001). http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra.pdf

“Temos que nos arrepender nesta geração, não tanto pelas más ações de pessoas más, mas pelo silêncio assustador das pessoas boas”

Martin Luther King

ENTREVISTA

Valcler Rangel Fernandes e Maria Inês da Silva Barbosa

"Romper o silêncio é tarefa de todos"

Katia Machado

Hoje, a discussão sobre uma política de saúde para a população negra tem como princípios básicos a redução da desigualdade social e o combate à discriminação racial. Esta entrevista, com Valcler Rangel Fernandes, subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, e Maria Inês da Silva Barbosa, secretária-adjunta da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, é um resumo do que pensam esses especialistas sobre o assunto e como o poder público se organiza na formulação dessa política.

Por que se faz necessária a construção de uma política de saúde específica para a população negra? Essa política não esbarraria no princípio da universalidade do SUS, garantido pela Lei Orgânica 8.080?

Valcler: O acesso se mantém enquanto universal. Só que é preciso tratar os diferentes de acordo com suas necessidades. E há evidências de processos de adoecimento e morte que também evidenciam o racismo. Mais do que uma necessidade, é uma obrigação nossa tratar de maneira diferenciada essa população que, na verdade, não é a minoria, mas maioria na população brasileira.

Maria Inês: O racismo impacta de forma perversa o viver, o adoecer e o morrer da população negra, conforme expresso nos diferentes indicadores sociais. Essa política não esbarra no princípio da universalidade, porque aliado a ele temos o princípio da equidade, que é tratar os desiguais de forma diferente, de acordo com suas especificidades.

Como construir uma política interdisciplinar?

Maria Inês: Uma política para a população negra deve considerar a discriminação racial, o trabalho e a educação. Deve estar atenta para o processo de formação dos profissionais na área de saúde, visto que essa



ação de discriminação racial é parte da cultura do país, e os profissionais são formados nesta ideologia racista.

Valcler: Deve ser destacado o combate à discriminação racial, e ressaltados o trabalho e a educação, que têm a ver com o profissional de saúde. Certamente, um trabalho que só pode ser interdisciplinar deverá ser realizado com o profissional que está trabalhando hoje nas unidades, no sentido de humanização do serviço.

A invisibilidade do negro é real?

Valcler: É real. Na área da saúde, a base do sistema, com os técnicos e auxiliares de enfermagem, é composta por maioria negra. Entre médicos e outros profissionais de nível superior, a presença do negro vai diminuindo. Isso revela um problema e também se associa à questão de o negro não estar se vendo na definição de questões que o afetam. Quanto à valorização de aspectos culturais na organização do SUS: se o sistema pretende ser adequado culturalmente à população, a observação de práticas como as existentes em terreiros, muitas vezes grandes centros terapêuticos, não é levada em consideração.

Maria Inês: A invisibilidade do negro é uma construção do racismo, de desconsiderar as estatísticas de desigualdades raciais na formulação de políticas públicas, em não incorporar cerca de 50% da população ao projeto de desenvolvimento econômico. Ela é real nesses termos, não no sentido de que o próprio negro se conceba invisível, ele é tornado invisível por determinada construção his-

tórica, que nega sua origem e contribuição, suas manifestações culturais. São exemplo as religiões de matriz africana, alvo de discriminação, de não-consideração. Poucos sabem da Lei nº 10.639, decretada pelo presidente Lula em janeiro de 2003, tornando obrigatória a história afro-brasileira no ensino fundamental e médio. Durante anos nos usurparam o conhecimento da nossa origem, da nossa sabedoria, da nossa ciência. É isso que torna invisível o negro, impede seu acesso a uma riqueza que é construída por todos nós. Ela é real nestes termos, se materializa dessa forma.

Qual a relação entre violência e saúde?

Valcler: A violência é um problema de saúde pública e atravessa a violência policial, a do crime, a que ocorre dentro de casa e na escola, a violência no sistema de saúde e contra a mulher. É a primeira causa de óbito na população jovem. Pesquisa de Luiz Eduardo Soares, em 1992, revelou que, na Zona Norte do Rio, os negros foram 66,7% das vítimas de homicídio, embora correspondessem a 18,8% da população.

Maria Inês: Numa cidade como São Paulo, o homicídio é a primeira causa de morte para a população negra. Martin Luther King disse: "Temos que nos arrepender nesta geração, não tanto pelas más ações de pessoas más, mas pelo silêncio assustador das pessoas boas". O rompimento do silêncio é tarefa que cabe a todos nós, de todas as cores e raças. Está posto o desafio. ■

♦ Leia a íntegra da entrevista em www.ensp.fiocruz.br/publi/radis/20-web-01.html

SAÚDE MENTAL

Governo inicia política "firme e segura" de redução de leitos psiquiátricos

Cláudio Cordovil

Coordenadores de saúde mental de 84 municípios ou seus representantes, além de alguns secretários estaduais e municipais de saúde, estiveram reunidos no dia 9 de março no Hotel Torre, em Brasília, para discutir o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. O objetivo do encontro foi informar às autoridades estaduais e aos gestores destes municípios, que têm hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos, sobre as novas decisões ministeriais a respeito de sua redução e gradual substituição por serviços extra-hospitalares de saúde mental, como determinam as portarias ministeriais 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004 e 1º de março de 2004.

Muita atividade também ocorreu entre os dias 10 e 12 de março. Aproveitando a presença de representantes de tantos municípios em Brasília, a Coordenação de Saúde Mental do MS apresentou no dia 10 interessante e detalhada radiografia da situação atual das redes assistenciais em todos os estados brasileiros. No dia seguinte, foi promovida a primeira reunião entre coordenadores de saúde mental e coordenadores da atenção básica na saúde. A idéia é incluir ações de saúde mental no Programa Saúde da Família, que completa 10 anos em 2004, de forma mais esquemática e planejada. A maratona se encerrou no dia 12, com o anúncio oficial da realização do I Congresso Brasileiro de Caps (Centro de Atenção Psicossocial), de 27 a 30 de abril, em São Paulo.

Na abertura, no dia 9, o secretário de Atenção à Saúde, Jorge Solla, informou que foram incluídos no orçamento da saúde deste ano R\$ 42 milhões para serem empregados exclusivamente na reestruturação da rede hospitalar psiquiátrica, com aumento das diárias de hospitais menores e daqueles que tiveram melhor avaliação no PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar). A ênfase em premiar hospitais

menores tem sua razão de ser. "O hospital de grande porte é aquele que atende pacientes de todos os lugares e funciona como o espaço em que eles se descolam completamente de seu meio social e vão sofrer longas internações", afirmou no encontro Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental do MS.

NÃO FALTARÁ DINHEIRO

Solla foi absolutamente enfático ao assegurar que não faltará dinheiro para novos Caps em 2004. "Gostaria de frisar que não há nenhuma limitação financeira no orçamento do ministério para 2004, com vistas ao credenciamento de novos Caps". Desta forma, afirmou, os leitos que permanecerem serão mais bem remunerados. Além disso, outra parte destes recursos não ficará no hospital: vai para o teto financeiro (custeio da esfera federal para assistência ambulatorial e hospitalar) do município ou do estado, para melhoria da capacidade de assistência extra-hospitalar em saúde mental.

"Queremos estabelecer com esse plano uma transição do modelo hospitalocêntrico para o extra-hospitalar, de maneira segura e firme", disse Delgado. "Tudo somado, nossa estimativa é que tenhamos redução entre 2.000 e 2.500 leitos em 2004. No ano de 2003, reduzimos 1.900 leitos".

Pela Portaria nº 52 do Ministério da Saúde, os hospitais com mais de 160 leitos deverão retificar seu número para menos até o fim de abril, desde que seja um múltiplo de 40. Assim, um hospital com 168 leitos deverá reduzi-los nessa primeira fase para 160,



Jorge Solla, secretário de Atenção à Saúde, anunciou a reserva de R\$ 42 milhões para a reestruturação de hospitais

módulo imediatamente inferior. Já o de 416 leitos deverá se ajustar para 400, também imediatamente inferior. Nesta fase de "retificação" não se exigem reduções substanciais no número de leitos, somente que remeta ao módulo imediatamente inferior. Isto é proposital. Afinal, o governo não quer promover a desospitalização irresponsável. Esta operação faz automaticamente o hospital subir uma categoria em sua classificação, com conseqüente aumento das diárias.

Nesta primeira fase, de "retificação", os gestores municipais de saúde de localidades com hospitais de mais de 160 leitos deverão firmar um Termo de Compromisso e Ajustamento com prestadores públicos e privados, em que serão definidas as obrigações de ambas as partes na garantia do adequado atendimento aos pacientes. Ali o prestador se compromete, informando, por exemplo, a equipe mínima de que disporá para a assistência.

Num segundo momento, a partir de maio de 2004, os hospitais que conservarem entre 160 e 600 leitos após a "retificação" deverão reduzir ainda mais seus leitos. Cada redução de um módulo de 40 leitos nesta fase leva o hospital à classe imediatamente superior, com ganhos nas diárias. Mas há limites para a redução de leitos nesta fase. Hospitais com 160 a 240 leitos só poderão reduzir um módulo (40 leitos) neste ano. Já os entre 241 e 360 leitos poderão reduzir até dois módulos (80 leitos) em 2004. ■

HEMODERIVADOS

Fábrica nacional, golpe nas multinacionais

Jesuan Xavier

Aguardada construção de uma fábrica de hemoderivados no país, prevista no Plano Plurianual de Saúde e prometida a Pernambuco, agora divide as atenções dos especialistas com o anúncio de empreendimento semelhante pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Esta corrida de milhões de dólares promete se converter num duro golpe nos interesses das multinacionais, que há anos vendem ao Brasil remédios fabricados com a proteína do sangue.

Não por acaso, o projeto brasileiro que dará autonomia ao processamento de plasma ficou engavetado por décadas. "Tivemos uma monumental interferência externa", acusa o pesquisador Isaias Raw, diretor da Divisão de Desenvolvimento Tecnológico e Produção do Instituto Butantan, em São Paulo.

Raw coordena um estudo para a implantação de uma fábrica em São Paulo, e afirma que o país detém tecnologia para se tornar auto-suficiente na produção de insumos do sangue há muito tempo. "Interesses políticos e econômicos é que não permitiram que o país já tivesse uma fábrica de hemoderivados em pleno funcionamento", denuncia.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Brasil gasta cerca de US\$ 150 milhões por ano com a importação de hemoderivados. No mesmo período, desperdiça outros US\$ 30 milhões com o sangue que sobra das transfusões.

UM MERCADO DE BILHÕES

O mercado de hemoderivados movimentava anualmente o montante de US\$ 20 bilhões, de acordo com levantamento feito por Luiz Amorim, chefe do serviço de Hemoterapia do Rio de Janeiro. Estados Unidos, Alemanha, Áustria, França e Inglaterra são os maiores produtores mundiais.

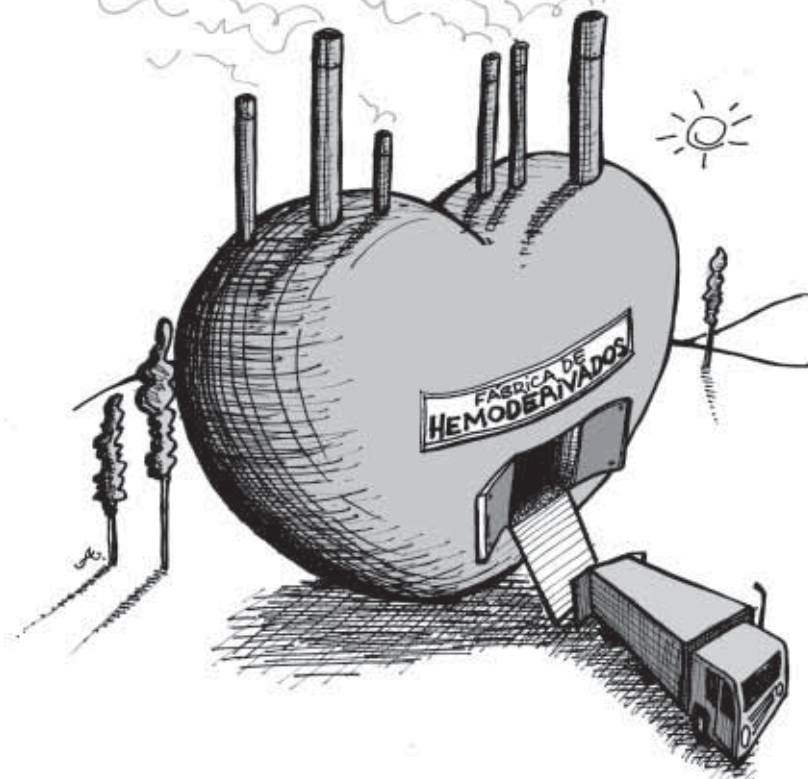


ILUSTRAÇÃO: ANDRÉ ARANTES

O Brasil importa hemoderivados basicamente dos Estados Unidos e da Europa. Empresas como Baxter (americana), LFB (francesa), Bayer, GRK, Kedrion (alemãs) e Kedrion (italiana) seriam as mais afetadas pela construção de uma fábrica nacional.

Em média, o Brasil compra anualmente 160 milhões de unidades internacionais (UI) de Fator 8 de coagulação, 20 milhões de Fator 9, 10 milhões de gramas de albumina e 500 mil gramas de imunoglobulina. É bem verdade que desde 2003, a partir da mudança na forma da compra desses derivados – de licitação para pregão –, o custo baixou um pouco. Mas, ainda assim, é muito alto, afirma Raw.

Em 1988, o sociólogo e cientista político Herbert de Souza, o Betinho, já criticava o comércio do sangue. Em depoimento à revista Tema, do Radis, ele atacou: "Quem vive industrialmente, comercialmente, financeiramente do sangue deve refletir e pensar em, se quiser lucro, mudar de ramo, de setor, vender refrigerantes, abrir uma boutique, fazer outra coisa..."

Mas esse mercado só fez crescer ainda mais. No estudo de Amorim há interessante comparação entre o valor do plasma e o preço do petróleo. Ele demonstra que o barril do chamado "ouro negro" é vendido mundialmente ao preço médio de US\$ 25, enquanto a mesma quantidade de plasma "bruto" atinge até US\$ 16 mil.

Hoje, o valor de apenas um grama de hemoderivado no mercado internacional chega a US\$ 30. Esse alto valor de mercado se explica pela re-

A redução mais significativa de valor ocorreu na aquisição do Fator 8 da coagulação. Na última década, a unidade custava US\$ 0,42, um gasto anual de US\$ 65 milhões. Com a nova política de compra do governo, uma espécie de leilão, o preço baixou para US\$ 0,12 – queda de 71,5% no preço da unidade. O consumo anual de Fator 8 ultrapassa 150 milhões de unidades, atendendo a cerca de sete mil hemofílicos.



A crise do sangue contaminado

Com as galerias do Congresso Nacional lotadas por representantes de sindicatos de trabalhadores da área da saúde, entidades médicas, conselhos regionais e nacionais de diversas profissões, secretários municipais e estaduais de saúde e de diversas instituições ligadas ao setor, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Assembléia Nacional aprovou, em primeiro turno, a proibição da comercialização do sangue e seus derivados por 313 votos contra 127 e 37 abstenções. Aos gritos de "salve o sangue do povo brasileiro", os representantes do setor saúde comemoraram a aprovação da emenda do sangue, única a ser votada em separado devido à impossibilidade de se chegar a um acordo em torno de tema tão polêmico.


O trecho acima, retirado da revista *Tema/Radis*, de 1988, retrata bem a dura batalha travada na

Constituinte contra o poderoso lobby das multinacionais do sangue e seus aliados internos, pela legalização do comércio. "Alguns fatores foram decisivos para que a nova Constituição brasileira definitivamente proibisse o comércio de sangue no país", analisava o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, em artigo da época.

Para ele, o ponto principal foi a descoberta dramática de que o sangue no Brasil era um dos modos fundamentais de transmissão do vírus da Aids. "Alguns mortos muito conhecidos provocaram essa descoberta", dizia. Betinho falava, entre outros, de seus próprios irmãos, Henrique de Souza Filho, o Henfil, e Chico Mário, também hemofílicos, que morreram naquele ano.

Apenas no Rio de Janeiro, quase metade dos hemofílicos tinham os sintomas da Aids: dos 1.100 cadastrados na Casa do Hemofílico, 43% já

demonstravam sintomas do HIV. Betinho fez relato dramático assim que recebeu as primeiras informações sobre a transmissão da Aids via sangue. "Quando deixei de tomar transfusões, sabia que 95% dos hemofílicos já deveriam estar contaminados e que a probabilidade estatística de eu também estar era altíssima", contou, em entrevista à *Tema*.

Mas a crise do sangue contaminado não era privilégio nacional. Na década de 80, houve escândalos em vários países. Calcula-se que na França, entre 1982 e 1985, cerca de sete mil pessoas que fizeram transfusão de sangue tenham sido infectadas pelo vírus HIV. A maioria dos países tornou obrigatórios os testes de sangue — no Brasil, isso ocorreu em maio de 1987 — e muitos proibiram a doação remunerada. EUA, Alemanha e Áustria ainda coletam sangue mediante remuneração ao doador. 

levância dos elementos derivados do sangue: plasma, plaquetas, hemácias etc. Com eles, que podem ser utilizados isoladamente, através de transfusão, produzem-se diversos medicamentos para combater doenças como hemofilia, neoplasia, hepatite e várias formas de câncer.

DOIS PROJETOS EM ESTUDO

No começo deste ano, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo anunciou que planeja investir na construção de uma fábrica de hemoderivados. O projeto prevê um gasto de R\$ 100 milhões, totalmente financiado pelo governo paulista. "Em no máximo um ano e meio, após a licitação, a fábrica já estará em atividade", garante Isaias Raw.

Ele explica que a intenção é produzir 300 mil litros de plasma por ano, gerando imunoglobulina, albumina e fator anti-hemofílico 8 e 9, suficientes para atender à demanda interna. "Será a primeira fábrica de processamento de plasma de toda a América do Sul", diz o professor do Instituto Butantan.

Uma das pioneiras na defesa de uma fábrica nacional de hemoderivados, a médica Beatriz Macdowell Soares, atualmente gerente-geral da área de Sangue e Hemoderivados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), lembra que o Ministério

da Saúde também tem um projeto para a construção de uma unidade de processamento de plasma. Beatriz ressalva: "O desperdício de plasma é muito grande, mas não em quantidade suficiente para se justificar a construção de duas fábricas".

Segundo Beatriz, o governo paulista não tem autonomia para decidir sobre a construção de uma fábrica. Precisa contar com autorização do Ministério da Saúde, que ainda não recebeu qualquer pedido oficial das autoridades paulistas.


Ela conta que o projeto do governo já foi encaminhado ao Congresso Nacional pelo próprio presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. "O plasma pertence à nação brasileira", diz Beatriz. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil importa hoje 90% dos derivados de sangue usados no atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde. A construção da fábrica de hemoderivados faz parte do Plano Plurianual de Saúde, informa. "O presidente entende que a fábrica está dentro do projeto social do país".

A expectativa é que, com a fábrica construída, o Brasil passe a economizar quase metade das despesas com hemoderivados — cerca de US\$ 60 milhões por ano. "O projeto prevê o fracionamento de 400 mil a 500 mil litros de plasma por ano", afirma. Com o fracionamento do plasma, conse-

guem-se 60 proteínas, metade já identificada para uso terapêutico. "Calculamos, com essa produção interna, uma redução de custo de 50%".

Beatriz explica que o sangue para transplante tem validade de um ano e, para a produção de hemoderivados, de cinco. Após esse período, a sobra é jogada fora. Enquanto a nova fábrica não sai do papel, o Ministério da Saúde vem fazendo licitações para aproveitar o sangue "dispensado".

A idéia de construção de uma fábrica de hemoderivados já fazia parte da dissertação de mestrado de Beatriz, defendida na Universidade de Brasília. "Estou tendo a oportunidade, aqui na Anvisa, de colocar em prática um trabalho de muitos anos". Na obra "Política Nacional de Hemoderivados: desafios e perspectivas", a pesquisadora chamava a atenção para a dependência do país em conseguir remédios tão importantes para a saúde do brasileiro. "Temos todas as condições para atender muito melhor a população, já que os remédios terão um custo mais baixo", acredita.

A Fábrica Nacional de Fracionamento de Plasma, a Hemobrás, deverá ser construída em Pernambuco. A previsão é que atinja seu pleno funcionamento em até quatro anos. "Se correrem muito, se tudo for bem, em três", espera Beatriz. 

Rir é o melhor remédio

Ministro visita o *Pasquim 21* e dá entrevista bem-humorada ao semanário carioca

O ministro da Saúde, Humberto Costa, visitou a redação de *O Pasquim 21*, no Rio de Janeiro, no dia 13 de fevereiro, para dar entrevista à briosa equipe do semanário carioca mais bem-humorado do país, sob o comando do cartunista Ziraldo. Descontraído e espirituoso, o ministro surpreendeu os entrevistadores por não deixar pergunta sem resposta. A conversa, que durou animadas duas horas e meia, teve de tudo. De sucateamento de hospitais a saneamento básico, de transplantes a Viagra e Carnaval. Pontual, o ministro adentrou a redação às 11h, mas teve que esperar 40 minutos pelo anfitrião, Ziraldo. Um código de etiqueta é sagrado na redação: a entrevista semanal com autoridades ou celebridades não começa sem a presença de Ziraldo. A não ser que esteja em outro compromisso. A reportagem da Radis esteve lá e reproduz os melhores momentos do encontro — alguns não-publicados no semanário por falta

Porque o sanitarista tem uma visão muito limitada da política. Eu conheço saúde pública, estudei, aprendi na prática, tive uma experiência clínica de trabalhar com pacientes. Como tive também uma experiência de militância política, acho que você consegue adquirir uma sensibilidade de que as coisas que podem gerar alguma visibilidade são fundamentais para legitimar as mudanças estruturais que quer fazer. Sempre me dei muito bem com Arouca, militamos juntos, mas não sou sanitarista por formação.

Perguntamos ao ministro sobre o destino das resoluções da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que, segundo se anunciou na época, seriam todas acatadas pelo ministério.

— Veja, fui claro no sentido de que as definições gerais, que não fossem administrativas, seriam incorporadas. O tema da vinculação da receita, por exemplo, não foi discutido tecnicamente. Tem gente que defende que continue como hoje: com o crescimento do PIB, cresce também o orçamento da Saúde. Tem gente achando que a vinculação deva ser semelhante à dos estados, com receitas correntes. Não é simples e envolve o governo como um todo.

Mais adiante, Ziraldo perguntou ao ministro se pretende rever as remunerações pagas pelo SUS.

— No ano de 2003, melhoramos várias coisas, principalmente nas diárias hospitalares de média complexidade. Os transplantes e as cirurgias cardíacas são muito bem pagos. Para se ter uma idéia, o Hospital Albert Einstein, de São Paulo, está pedindo para ser credenciado. O

problema está nas internações, o paciente que passa três meses no hospital, e nos exames de média complexidade. Neste ano vamos aumentar isso também. Estamos tentando criar uma forma pela qual alguns hospitais, em vez de receber pelo que produzem, recebam um orçamento fixo, com um contrato de metas a cumprir. Para conseguir cumpri-las, ele próprio vai ter a preo-



FOTOS: FREDERICO ROZÁRIO

Ao redor de Humberto Costa, da esquerda para a direita, Ziraldo, Zezé Sack, Laércio Portella (assessor de imprensa do ministro), Jesus Chediak, Ilclemar Nunes, Nei Sroulevich, Cláudio Cordovil, Ricky Goodwin e Cláudio Iusi

de espaço. Participaram da entrevista Cláudio Iusi, Ilclemar Nunes, Jesus Chediak, Maria Célia, Nei Sroulevich, Ricky Goodwin, Zezé Sack e Ziraldo, além deste repórter.

No início da entrevista, uma revelação curiosa. Ziraldo indagou ao ministro sobre eventual ligação com os sanitaristas.

— Eu digo às vezes, brincando com o pessoal que trabalha comigo, que graças a Deus não sou sanitarista.

cupação de fiscalizar adequadamente estes recursos. Outra coisa: qualquer aumento que formos dar estará condicionado à garantia da qualidade da gestão.

O ministro aproveitou para falar da situação da Santa Casa de Belo Horizonte, que ficou sob intervenção.

— Havia ali um débito de R\$ 300 milhões. Tinha várias gerências e cada gerente ganhava de 7 a 8 mil reais. Tinha uma área de plano de saúde e uma de SUS. Nos hospitais, geralmente, a área de plano de saúde subsidiava o SUS. Lá era o contrário: pegavam dinheiro do SUS e aplicavam na área de plano de saúde. Agora, a Santa Casa está sendo arrumada e está superavitária.

Em clima agradável, boa parte da entrevista foi dedicada a revelações sobre a situação do transplante no país. O ministro não poupou críticas à antiga estrutura do Centro de Transplantes de Medula Óssea.

— Era três coisas ao mesmo tempo: prestador do sistema público, com o hospital que fazia o transplante; quem definia a política nacional de transplantes, dizendo quantos hospitais faziam o transplante de medula e quantos e quais laboratórios faziam o exame; e era quem controlava a relação de pessoas que aguardavam uma busca internacional. Não tinha orçamento, não tinha planejamento, a fila era de 600 e dizia-se que era de 2 mil e tantos, era uma caixa preta. Quando tivemos acesso à lista, vimos que uns 500 tinham morrido, outro tanto era de estrangeiros que pediam informações aqui...

O ministro Humberto Costa mostrou-se confiante no sucesso de seu projeto que pretende incluir a saúde bucal na atenção básica.

— A promoção da saúde bucal no Brasil, com tratamento dentário, sempre foi da classe média pra cima. Como diz o presidente, a boca sempre foi esquecida. Queremos fortalecer a presença dos profissionais de odontologia na equipe da atenção básica. Já tivemos este ano um crescimento de 45%. Apenas 50% das cidades brasileiras que têm água tratada usam a fluoretação. Isso das que têm tratamento de água. Nossa meta é fluoretar 100% das cidades com água tratada no Brasil. Isso é baratíssimo: 1 real por habitante/ano! E o impacto disso em termos de saúde bucal é gigantesco.

Afirmando que odontologia para pobre "sempre foi extração e



obturação", o ministro pretende oferecer na atenção básica serviços de tratamento de canal, correção dentária e cuidados com o esmalte dentário. "A dentadura no Brasil sempre foi um negócio de político em época de eleições", disse. "Temos que tornar isso uma coisa de cidadania. Esse programa vai ter um impacto interessante na saúde pública."

Nei Sroulevich perguntou ao ministro se ele se sentia "como um marido enganado" com relação à CPMF.

— Num primeiro momento ela foi criada para a Saúde e terminou sendo desviada para outras coisas, mas ela não tem nenhuma aplicação fora da área social. Por que isso é melhor do que se fosse só para a Saúde? Várias contribuições diferentes vão para a Saúde, para a Previdência e para a Assistência: Cofins, CPMF, a contribuição sobre o lucro líquido... Uma é sobre o lucro, outra é sobre a movimentação bancária e outra é sobre a cadeia produtiva. Se tivéssemos uma só, como uma fonte única, numa alteração conjuntural da economia, ela poderia ter um comportamento ruim, *desfinanciando* aquele setor. Sendo três, se uma não tem o mesmo poder de arrecadação as outras podem compensar. Então isso não é ruim.

Perguntamos ao ministro se ele não via um conflito entre a criação da Farmácia Popular e o princípio da integralidade do SUS, que vê o remédio como parte da assistência integral.

— A Farmácia Popular tem como público aquele que não usa muito o SUS. Nós queremos atingir um segmento de classe média baixa que já usa a farmácia privada para ter acesso aos medicamentos. Queremos garantir que essas pessoas tenham remédios a um preço mais em conta. O que queremos é ampliar a distribuição do SUS. Do nosso ponto de vista, a Farmácia Popular não se contrapõe à nossa política de fortalecer a assistência farmacêutica no SUS. (C.C.)

O Pasquim 21, nº 100, 21/2/2004
site www.opasquim21.com.br

Nota da Redação: Ao finalizarmos esta edição, soubemos da morte de Nei Sroulevich, que participou da entrevista. Jornalista e produtor cinematográfico, Nei morreu em 14 de março, de infarto.

SERVIÇOS

EVENTOS

5º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA

O evento, que tem o apoio da Sociedade Brasileira de Bioética, abordará cinco grandes temas: Bioética e Cidadania, Ética em pesquisa envolvendo seres humanos, Contribuição das religiões à bioética, Bioética e ética profissional e Ética e biosfera: desafios rumo ao futuro.

Data 13 a 15 de maio

Local Mar Hotel, Recife / PE

Mais informações

Tel. (81) 3463-0871 / fax (81) 3463-0853

e-mail bioetica@factos.com.br

site www.cro-pe.org.br/bioetica

1º CONGRESSO SOBRE A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

O congresso vem iniciar no Brasil um debate jurídico multidisciplinar sobre a saúde mental no trabalho, e tem como objetivo específico o estudo e o aprofundamento do conhecimento na área de qualidade de vida e saúde do trabalhador, buscando promover, proteger e valorizar o ambiente de trabalho saudável e a saúde mental do trabalhador. O evento é resultado de parceria do Ministério Público do Trabalho e da Procuradoria Regional do Trabalho da 18ª Região/Goiás com o Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho de Goiás e o Instituto Goiano de Direito do Trabalho.

Data 3 a 5 de maio

Local Castro's Park Hotel, Goiânia / GO

Mais informações

site www.prt18.mpt.gov.br

e-mails eventos@prt18.mpt.gov.br

penido@prt18.mpt.gov.br

6º CONGRESSO PAULISTA DE DIABETES E METABOLISMO

Dirigido aos grupos de pesquisa básica e clínica e aos clínicos e especialistas interessados em discutir temas relacionados à doença, o evento apresenta como tema central a "Heterogeneidade do Diabetes Mellito: da pesquisa para a clínica".

Data 29 de abril a 2 de maio

Local Campos do Jordão Arts & Convention Center, Campos do Jordão / SP

Mais informações

site www.eventus.com.br/diabetes

NA INTERNET

PORTAL DE MEDICINA SOCIAL

Desenvolvido pelo Departamento de Família e Medicina Social da Albert Einstein College of Medicine (EUA), o site pretende promover os princípios e as práticas da medicina social, colocando os visitantes em contato com estudos e trabalhos de profissionais especializados. O portal pretende promover maior interação entre saúde e sociedade, e pode ser acessado pelo endereço www.socialmedicine.org

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PATENTEADOS

A organização internacional Médicos Sem Fronteiras lançou recentemente o livro *Patentes de medicamentos em evidência. Compartilhando experiência prática sobre patentes de produtos farmacêuticos*, resultado de ampla pesquisa sobre quais são os medicamentos e onde estão patenteados, incluindo o prazo de validade de certas patentes. No livro o leitor encontrará esclarecimentos sobre este polêmico sistema de proteção de produtos e suas consequências para a saúde pública. Versão em PDF para download está no site www.msf.org.br

PUBLICAÇÕES

LANÇAMENTOS — EDITORA FIOCRUZ

A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX, de Fabíola Rohden, faz parte da Coleção História e Saúde, publicado pela Editora Fiocruz. O livro revela os inúmeros e diversos embates morais, políticos, médicos e jurídicos em torno das idéias, representações e práticas de controle da natalidade no Brasil da primeira metade do século 20. Associando antropologia e história, conceitos e narrativas, múltiplas fontes e análise de casos, a autora oferece decisiva contribuição, que se esten-



de a vários campos disciplinares e temáticos. Fabíola aborda a história da sexualidade e da reprodução no Brasil e das relações de gênero e políticas públicas voltadas para as mulheres.

Flebotomíneos do Brasil, organizado por Elizabeth F. Rangel e Ralph Lainson, é resultado de um trabalho conjunto envolvendo entomologistas e parasitologistas reconhecidos na área da saúde. O livro apresenta riqueza de informações sobre a biologia e a ecologia dos flebotomíneos, abordando os inter-relacionamentos entre fatores do ambiente, animais hospedeiros, parasitos e o homem. Com visão concisa e atualizada sobre tema tão específico, aponta para novos caminhos no âmbito da pesquisa. É digno de nota o destaque dado aos flebotomíneos não apenas como transmissores de doenças humanas, mas, também, de tripanossomas, hemogregarinas e parasitas maláricos de outros animais.

Mais informações

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ — CEP: 21040-361

Tel. (21) 3882-9039

Site www.fiocruz.br ou www2.fiocruz.br/editora_fiocruz/index.htm

LANÇAMENTO — UNESCO

O Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2003, lançamento da Unesco no Brasil, é fruto de ampla pesquisa coordenada pelo chefe do escritório da Unesco em Pernambuco, Julio Jacobo Waiselfisz, com um panorama da situação da juventude nos 26 estados e no DF, utilizando as bases de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE, do Subsistema de Informações de Mortalidade, do Ministério da Saúde, e do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Básico, do Ministério da Educação. O relatório apresenta o Índice de Desenvolvimento Juvenil (IDJ), criado para medir as condições de vida da juventude brasileira: Santa Catarina aparece em 1º lugar, com IDJ de 0,673, e Alagoas em último, com 0,337.

Mais informações pelo site

www.unesco.org.br/publica



PÓS-TUDO

Formação de pesquisadores negros, uma necessidade democrática

Henrique Cunha Jr. *

A história da formação social brasileira é a história do escravismo criminoso que produziu ao longo de quase 300 anos a imigração maciça de africanos. O conhecimento produtivo do Brasil Colônia é fundamentalmente africano nas áreas de mineração, produção de ferro, agricultura, produção de açúcar, manufaturas, tecelagem, construção. O mesmo no campo da política, se considerarmos que os quilombos foram a forma mais sistemática da produção de contestação do Estado escravista. Não paradoxalmente, as artes e a cultura se fundam também sobre as mesmas heranças africanas.

Na produção da pesquisa científica, iniciada nos fins do século 19 e início do 20, também encontramos a participação ativa de afrodescendentes. Há casos extremos como o do engenheiro Teodoro Sampaio que, filho de escrava, depois de formado na Escola Politécnica do Rio de Janeiro voltou à Bahia para comprar a liberdade da mãe. Tornou-se geógrafo, sanitário, pesquisador, foi fundador da Escola Politécnica da USP.

Mesmo em face de inúmeras evidências históricas, ainda é necessária a discussão sobre a pesquisa que trata da população negra e sobre a formação de pesquisadores negros. Os argumentos da história não são suficientes para a consciência de que existe um erro se perpetrando na composição do corpus de pesquisadores brasileiros, nas temáticas eleitas pela ciência brasileira e sobretudo nas políticas científicas e de formação de pesquisadores no país. Surpreendente não é apenas a ausência de políticas nesta área, como também a falta de preocupações democráticas com sua implantação. Num país que forma 6 mil doutores por ano, menos de 1% é de negros e menos de 1% das teses trata de temas de interesse dos afrodescendentes.


"Ninguém discrimina ninguém, a razão disso é que o negro é pobre", dizem. Errado, a razão é que os métodos de discriminação estão tão institucionalizados que não incomodam as consciências críticas. Examinando o histórico de cerca de dois mil mestres e doutores negros, a faixa etária das candidaturas e os regimes de trabalho estão fora dos perfis privilegiados pelos programas de pós-graduação. A média dos pesquisadores negros ingressa no mestrado aos 35 anos e sustenta a família. Vêm de ensino universitário noturno, que não dá oportunidades para a iniciação científica. As disciplinas de base dos temas não existem na graduação. A fonte de formação tem sido o próprio movimento negro, e os programas rejeitam pesquisadores militantes dos movimentos negros. Bancas de entrevista não conseguem superar a relação patroa-empregada das relações sociais cotidianas, tornando as entrevistas tensas e as pesquisadoras negras antipáticas. Para os que entram não há orientadores que conheçam os temas. A universidade brasileira, porém, não confessa sua ignorância nos temas de interesse dos afrodescendentes.

As populações negras vivem em espaços geográficos que não recebem políticas públicas. São áreas sobre as quais o conhecimento científico é praticamente inexistente. Forma-se um círculo vicioso: nada se sabe e nada se faz de coerente porque nada se sabe. As políticas universalistas do Estado se mostram inócuas. Pesquisa do IPEA concluiu o que os movimentos negros vinham dizendo há quase 30 anos: há necessidade de políticas específicas. No entanto, não há pesquisa, não há política pública, não há solução objetiva dos problemas.

Temos uma mentalidade nacional avessa à existência de negros ou, pelo menos, insensível a qualquer manifestação de afirmação da existência de identidades negras. A aversão não é contra sua existência material, mas

contra sua existência política. Como no período do escravismo criminoso, persiste a ótica dominante do medo branco da onda negra. Pulamos carnaval juntos e jogamos futebol, mas não estudamos juntos e, muito menos, pesquisamos juntos.

Desde que organizamos a Associação de Pesquisadores Negros, em 2000, para acelerar o processo de pesquisa das temáticas de interesse dos afrodescendentes, tenho ouvido: pesquisa não tem cor; as temáticas abordadas não são suficientemente universais. A pesquisa não tem cor, mas as políticas científicas, que nada têm a ver com o cerne do fazer científico, essas têm os atributos de cor, de grupo social, de grupo histórico, de marginalização e produção das desigualdades sociais, econômicas e políticas.

A formação dos pesquisadores negros passa por todos esses obstáculos ideológicos, políticos, preconceituosos, eurocêntricos, de dominação e até de inocências úteis. Problema que a sociedade científica (e a esfera governamental, que a reflete) se nega a reconhecer como problema. 

* Henrique Cunha Jr. é professor-titular do Departamento de Engenharia Elétrica do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará; a íntegra deste artigo está na revista *ComCiência* www.comciencia.br/reportagens/negros/17.shtml





Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

50 anos contribuindo para a melhoria das condições
de vida e saúde da população brasileira



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

www.ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
sala 310 - Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ - 21041-210
Tel: (21) 2598-2525 R. 2546
Fax: (21) 2290-0484