

NESTA EDIÇÃO

**DST/aids em BH**

Novidades e balanço mundial da epidemia

**Saúde do idoso**

Fase de conquistas numa área essencial

**Reforma Sanitária**

Militantes históricos de volta ao ativismo

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 53 • Janeiro de 2007

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

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

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ  
Fundação  
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



# Controle social

A saúde pública começa a manejar  
melhor esta ferramenta democrática

# Em 1982, o apreço pela informação em saúde



Neste 2007, o RADIS completa 25 anos de trajetória pioneira e ininterrupta de comunicação em saúde. Um jubileu de prata com muita dedicação: 88 edições da antiga *Súmula*, 23 da *Tema*, 20 da *Dados*, 36 do jornal *Proposta* e, agora, com cinco anos e meio de existência, 53 edições da revista *Radis*.

Diz o ditado que filho bonito (modestamente...) tem muitos pais. Com o RADIS não é diferente. O idealizador e criador do programa, contudo, é o economista-sanitarista e escritor Sérgio Goes de Paula, que aqui conta aos leitores como surgiu a idéia do projeto e de suas publicações.

Em julho de 1982, aos 37 anos, Sérgio era professor do Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz, e sentia que seus alunos precisavam continuar informados quando voltassem aos postos de origem. Daí a criação do RADIS: eles recebiam em casa *Súmula*, *Tema* e *Dados*, numa época em que "a política de informação em saúde não tinha destaque nem valor", diz.

Hoje, aos 61, coordenador de Assuntos Estratégicos de Farmanguinhos, unidade da Fiocruz que produz medicamentos, fala da pessoa que viabilizou os recursos para o projeto: Mozart de Abreu e Lima, um dos mentores do Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS), formatador da logística dos dias nacionais de vacinação no Brasil – um modelo internacional. O RADIS agradece a ambos.

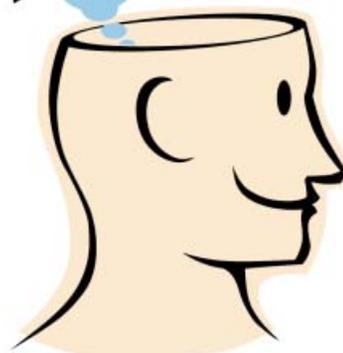
## Como surgiu a idéia do RADIS?

Entrei na fundação no fim de 1979, no Departamento de Ciências Sociais da Ensp. Quando dava aula nos cursos de ensino descentralizado, percebi que as pessoas voltavam a seus lugares de trabalho e não tinham nada que as alimentasse de informação. Pensei em publicar coisas para despertar o interesse dessas pessoas. Daí surgiu a idéia do RADIS. Pensei primeiro na *Súmula*, como um resumo do que saía na imprensa. Em segundo lugar, na *Dados*, para aqueles sanitaristas que passavam pelos cursos e precisavam saber dos efeitos de suas ações. E, em terceiro, na *Tema*: elegíamos um assunto para ser debatido na revista, como a tuberculose (agosto de 1983). As publicações eram no início enviadas às pessoas que faziam o curso regular da Ensp e os cursos descentralizados.

## Quem financiou o programa?

A escola, na época, não tinha recursos. Como havia trabalhado com Mozart de Abreu e Lima e estabelecido uma relação de confiança com ele, que na época era secretário-geral do Ministério da Saúde, apresentei-lhe a idéia. Veio dele o primeiro apoio significativo para que o RADIS acontecesse. Depois, a escola incorporou o programa a seu orçamento.

25 ANOS DE PENSAMENTO SANITÁRIO



**RADIS**  
1 9 8 2  
2 0 0 7

## Quantas pessoas havia na equipe, no início?

Cinco a 10 pessoas. Acho que era mais para cinco pessoas, pois todos cabiam numa sala de aula na Ensp.

## E o nome do programa e das publicações, quem criou?

Fui eu mesmo. Pensei em RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde) porque queria trazer a idéia de rede.

## Como você vê a importância do RADIS para a Saúde Pública?

Sou suspeito para falar disso. Mas, na época da criação, recebemos muitos elogios e pedidos de inclusão em nossa mala direta. Acho que o RADIS busca até hoje a integração de um conjunto de categorias profissionais espalhadas país a fora. Creio que o grande mérito foi começar numa época em que a política de informação em saúde não tinha destaque nem valor. E foi um programa que deu certo. (K.M.)

# Almanaque para conselheiros

A partir deste número, a revista *Radis* será enviada mensalmente a cada um dos 5.585 conselhos estaduais e municipais de saúde do país, com ampliação de tiragem patrocinada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Para o aperfeiçoamento de nossa mala direta, contamos com o retorno dos conselheiros informando qualquer dificuldade no recebimento.

Esta edição de janeiro parece aqueles deveres de casa, que antigamente as professoras passavam aos alunos quando entravam de férias. Volumosa, diversificada e densa — normalmente a revista tem 20 páginas —, esta é quase um almanaque de informações sobre saúde. Não qualquer saúde, mas aquela de sentido amplo, politizado, saúde coletiva.

Nosso assunto principal é o Controle Social, tema que nossos novos leitores, os conselheiros, dominam e praticam. Mas nunca é demais lembrar que para a Saúde Pública a expressão controle social assume o significado nobre de “ação organizada dos diversos segmentos da população na formulação das políticas e na decisão pública”, diferentemente do tradicional conceito das ciências sociais, de sentido contrário, o de controle sobre a sociedade exercido pelo Estado. São muitos os

aspectos e debates interessantes sobre o tema nas 10 páginas de nossa primeira matéria com o selo *Rumo à 13ª Conferência Nacional de Saúde*, marcada para dezembro de 2007.

Nas demais reportagens e artigos, o estado da arte da Reforma Sanitária, na visão de alguns de seus defensores históricos, da prevenção à aids e demais doenças sexualmente transmissíveis, que mostra mulheres e pobres cada vez mais atingidos pela doença que ameaça a todos, e da luta pela dignidade e pelos direitos dos idosos, em matéria que a revista *Radis* devia aos leitores desde a Conferência Nacional da Saúde do Idoso, que infelizmente não pudemos cobrir. Na seção *Pós-Tudo*, artigo sobre a obesidade dos brasileiros, socialmente produzida pelo mercado e pela mídia.

Este mês, o idealizador do Programa RADIS nos confidenciou que nunca imaginou que o projeto seguiria ativo por tanto tempo. Nessa primeira revista de 2007, quando o RADIS completa 25 anos de atividade, é com o maior prazer que trazemos uma pequena mas afazer entrevista com Sergio Goes. Começando pela página ao lado, tenha uma boa leitura.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## CARTUM



### Comunicação e Saúde

- ♦ Em 1982, o apreço pela informação em saúde 2

### Editorial

- ♦ Almanaque para conselheiros 3

### Cartum

3

### Cartas

4



### Súmula

6

### Toques da Redação

11

### Controle social

- ♦ A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à praxis democrática 12
- ♦ Radis adverte 18
- ♦ Entrevista: Francisco Batista Júnior "O controle social é um projeto em construção" 20

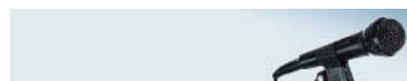


### 6º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids

- ♦ Feminização e pauperização, os desafios da prevenção 22
- ♦ Entrevista: Mariângela Simão "É preciso entender que todos nós que temos vida sexual ativa podemos contrair o vírus" 26

### Direitos da pessoa idosa

- ♦ Uma sociedade mais velha e com saúde 28



### Debates na Ensp/Fiocruz — Reforma Sanitária

- ♦ A saúde na política e a política na saúde 30

### Serviço

34

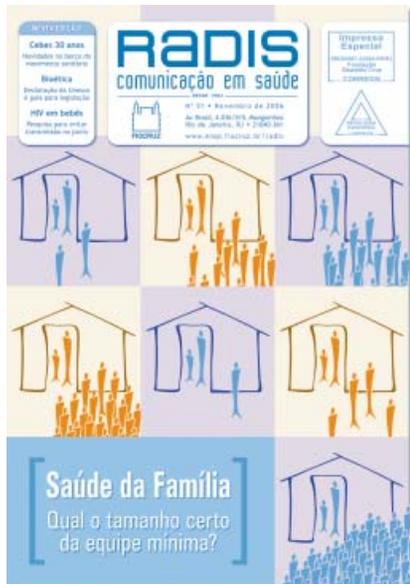
### Pós-Tudo

- ♦ Obesidade: consumo e produção 35



## CARTAS

## PSF E EQUIPE MÍNIMA



Sou leitora da revista *Radis* e, após ler a matéria "Equipe mínima, dilemas e respostas" (*Radis* 51), de novembro de 2006, resolvi enviar este e-mail para informar

que no município no qual estou trabalhando foi implantado recentemente o PSF, e ainda estamos em fase de mudanças, reestruturações para melhor nos adequarmos e também porque sempre há algo novo para implantar ou algo a modificar para melhorar e qualificar o serviço. O PSF conta com uma rede de apoio na Unidade Básica de Saúde: pediatra, ginecologista, assistente social, nutricionista (ambos de forma itinerante). E também há uma rede de serviços no município, como Centro de Reabilitação e Fisioterapia, Centro de Atendimento Psicossocial (CAP) adulto e infantil, Centro de Especialidades Odontológicas e Clínica de Especialidades. Na unidade em que trabalho ainda contamos com uma auxiliar administrativa, e o dentista também compõe a equipe. O município localiza-se em Minas Gerais, próximo a Belo Horizonte (40 minutos), e tem aproximadamente 42 mil habitantes.

Gostaria de parabenizá-los pela matéria e pedir que enfatizem mais e sempre o PSF.

♦ Fabiana Machado, Itabirito, MG

## DOCTRINA DO SUS

Gostaria de ver debatido o assunto "doutrina do SUS", pois acredito que sem entendimento da filosofia do sistema seja muito difícil aplicá-lo. Principalmente no interior do Brasil, não são respeitadas as mínimas condições de aplicação do sistema, sendo o PSF visto como fonte de renda para o município.

♦ Marco Antônio Andrade de Sousa, médico, Almenara, MG

☑ *Caro Marco, temos matéria sobre o assunto na página 32.*

## CAOS EM ITABUNA

É preciso falar que a saúde de Itabuna (município-sede da 7ª Diretoria) está um CAOS. O pronto-socorro da Santa Casa fechou, o Hospital de Base demitiu mais de 40 funcionários e trabalha sem material mínimo (luva de procedimento é um luxo!). Tudo isso porque a Prefeitura não repassa as verbas, dizem que o dinheiro de alguns meses simplesmente sumiu e ninguém faz nada para protestar contra o "coroné".

É um absurdo, as unidades básicas de saúde estão abrindo nos fins de semana para atender as emergências – já que o PS da Santa Casa fechou por falta de repasse das verbas. Só que não há a mínima condição. Não há material para curativo, nem sequer medicação para dor. As unidades ficam ligando uma para a outra para ver quem tem diclofenaco "pra arrumar".

Como eu sei disso? Sou graduando de Enfermagem da Uesc. Estou cansado dessa situação caótica da saúde de Itabuna. O Ministério Público acabou de fazer uma auditoria (ou brincou de fazer), mas não vi nenhuma atitude ser tomada. Alguém tem de fazer alguma coisa! Coloque quem isso na *Radis*. Sou assinante, essa revista é o máximo.

♦ Gefferson Santos Almeida, estudante, Itajuípe, BA

## ESPECIAL ABRASCÃO

Quero parabenizar toda a equipe da *Radis*, em especial pela edição primorosa do número 50. Um trabalho difícil de manter, sabemos disso, e eu, como um dos 50 mil

## 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 Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 56.000 exemplares  
Assinatura grátis  
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss  
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

Ouvیدoria Fiocruz  
Telefax (21) 3885-1762  
Site [www.fiocruz.br/ouvidoria](http://www.fiocruz.br/ouvidoria)

PROGRAMA RADIS  
Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco

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

Edição Marinilda Carvalho  
Reportagem Katia Machado (subeditora),  
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha Dominguez

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Cassiano Pinheiro (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,  
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas, Cícero Carneiro e Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Osvaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (estágio supervisionado)

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

E-Mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)  
Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)  
Impressão  
Ediouro Gráfica e Editora Ltda.

responsáveis 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.

leitores, me sinto muito agradecido por fazer parte dessa comunidade. A nota na *Súmula* sobre o diclofenaco (muito usado pela população) e a magnífica reportagem sobre os reflexos da globalização nas políticas sociais bem demonstram o porquê do sucesso da revista.

♦ Sidnei Nobre da Silva, zootecnista, Rio de Janeiro

implantação nos municípios conforme determina a Lei 8.080/90.

Só que a lei foi rejeitada em 16 e 23/10 por cinco vereadores e aprovada por apenas três, cujos nomes faço questão de citar: Artur Teixeira Rabelo, Alair Antônio Borges e José Maria Domingos.

Quero manifestar aqui minha indignação com esse resultado, pois os vereadores que a reprovaram, tenho certeza, não basearam tal atitude no conhecimento, ou a rejeitaram por questões políticas. Só que saúde coletiva não deve ser encarada como questão partidária ou eleitoreira, mas sim de forma respeitosa e responsável.

Quero solicitar que nas próximas edições seja publicada matéria voltada para o poder legislativo municipal, explicando o que é Vigilância Sanitária e as consequências que ela acarreta à saúde coletiva dos municípios. E, se for possível, que enviem mensalmente à Câmara Municipal um exemplar da revista para que os vereadores saibam como caminha a saúde no Brasil e possam tomar decisões sensatas e fundamentadas em prol de uma melhor saúde coletiva.

♦ Priscila Rabelo, Japaraíba, MG

☑ *Cara leitora, na edição de fevereiro teremos cobertura do 3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária. E cadastraremos a Câmara Municipal.*

#### RADIS AGRADECE

Gostaria de agradecer a todos os envolvidos na edição da revista *Radis* que, a cada número, me surpreende com suas excelentes reportagens de qualidade e que tanto vêm a contribuir com o nosso dia-a-dia de enfermeiro. Parabéns a todos.

♦ Ildineia Batista de Faria, enfermeira, Bom Jesus do Itabapoana, RJ

Sou conselheira de Saúde e num Sevento ganhei algumas edições da *Radis*. Fiquei encantada com todo o conhecimento que adquiri. Está próximo ao Natal e pode acreditar, ela foi meu Papai Noel. Obrigada.

♦ Sonia Regina Cavalcanti Cardoso, Juiz de Fora, MG

Olá, quero agradecer e parabenizar a todos que fazem parte da produção desta revista. Estava muito ansiosa para recebê-la e agora chegou o meu segundo exemplar. Quero agradecer a todos vocês.

Saibam que estão contribuindo demasiadamente para este país e para minha formação profissional.

♦ Juliana Rodrigues Miranda, Guaçuí, ES

Sou enfermeira do PSF. Gostaria de agradecer por estar recebendo a *Radis* em minha casa. É uma alegria quando ela chega. E já tem contribuído muito para minha vida profissional.

♦ Rachel de Sousa Pinho, Fortaleza

Sou fã incondicional da revista, a qual é fundamental para nós, gestores. Por abordar assuntos de nossa realidade, colaborando na elucidação de problemas enfrentados diariamente.

♦ Ivete Maria Lorenzi, secretária municipal de Saúde de Chopinzinho, PR

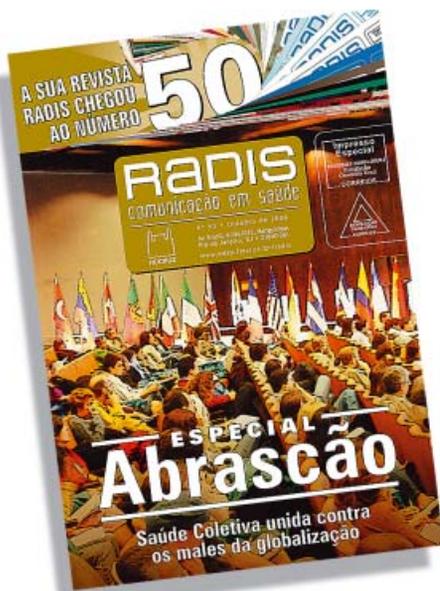
#### PRÁTICAS INTEGRATIVAS DE SAÚDE

Gostaríamos de sugerir aos editores desta prestigiosa revista a inclusão de uma matéria sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas de Saúde, que vem sofrendo investidas da corporação médica e demais interessados na manutenção da hegemonia da lógica da "doença".

O precedente brasileiro de uma política pública para implementar outras racionalidades médicas é um risco para os grandes interesses econômicos que estão envolvidos neste setor. Neste sentido, só com a mobilização da população interessada poderemos contribuir para reforçar a perspectiva democrática desta iniciativa ministerial – passo necessário para eliminação da iniquidade presente neste campo dos direitos à saúde. É relevante considerar que não se trata apenas de garantir o direito de opção terapêutica mas, fundamentalmente, de garantir o direito à diferença, de assegurar o direito de se ser minoria. Este tem sido o enfoque de nosso trabalho quando nos referimos ao caráter democratizante desta política de direitos.

Certamente que sob este ponto de vista, esta questão já poderia ter sido levantada e o debate ampliado. No entanto, só após a publicação da PNPIC e da necessidade de defendê-la dos ataques é que aprofundamos as reflexões que nos levaram a perceber esta questão como um regime de exclusão de direitos que afeta interessados, usuários, estudantes, profissionais, simpatizantes etc.

A grande maioria da população e dos formadores de opinião não tem ciência das implicações da PNPIC



Fiquei muito feliz em ser presenteado com a *Radis* n° 50 e de ter contribuído para que se chegasse aos 50 mil leitores. E não poderia ser melhor. Ter recebido o "Especial Abrascão" foi como se eu tivesse participado de todos os debates do congresso. Parabenizo a equipe da *Radis* por mais essa excelente cobertura de informação. A n° 50 estava 1.000. E como não quero ficar de fora de todo esse processo histórico-informativo, gostaria de continuar tendo acesso às informações da *Radis*. Parabéns e felicidade a todos.

♦ Dilermando Mota Sales, Belém

#### DECEPÇÃO EM JAPARAÍBA

Inicialmente quero parabenizar pelo excelente conteúdo da revista. Sou chefe do Departamento Municipal de Saúde de Japaraíba (MG) e estudante do 4º período de Enfermagem da Unipac/Bom Despacho. Em agosto de 2006 enviamos à Câmara Municipal a legislação que criava a Vigilância Sanitária no município. Fizemos excelente campanha em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, mostramos a importância da ViSa e falamos da necessidade e obrigatoriedade de sua

(Portaria de 3/5/2006). Raros os cidadãos que compreendem o significado desta política para a democratização de nosso país. Poucos têm ciência de que existem 15 mil profissionais homeopatas atuando na clínica privada, segundo a Associação Médica Homeopática Brasileira, e apenas 517 nos serviços públicos em todo o país, segundo o Ministério da Saúde.

Estes dados deixam claro que é a população que depende dos serviços públicos de saúde a parcela excluída do direito a ter acesso à homeopatia e às outras práticas integrativas. De modo análogo, quase todos os diversos profissionais de saúde que se formam no país não têm acesso a informações sobre a efetividade destas práticas, sobre a maneira como contribuem para restituir saúde aos indivíduos, ainda que a OMS recomende, desde 1980, sua inclusão nos programas de saúde pública.

Com esta portaria, o Ministério da Saúde atende à recomendação da OMS e, também, às sucessivas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde a este respeito. Agora, as faculdades de Ciências da Saúde, bem como os cursos profissionalizantes, precisarão ensinar estas práticas de cuidado e tratamento. No entanto, a Portaria 971 está incompleta, deixando lacunas no que se refere à discriminação de fontes de recursos e parâmetros para monitorar a sua implementação.

Assim, visando dar conseqüência a este compromisso democrático e trabalhando pela defesa do direito da população, a Ação Pelo Semelhante, como organização da sociedade civil com a missão de democratizar o acesso à homeopatia, convocou um abaixo-assinado de apoio à Portaria 971. Está em todas as farmácias de homeopatia do país e também em [www.semelhante.org.br/](http://www.semelhante.org.br/).

No dia 8/11 esta proposta foi exposta no Centro de Estudo da Ensp/Fiocruz no contexto de um debate sobre "Práticas Integrativas e Complementares no SUS: direito de cidadania", como noticiado no *Informativo Ensp* [www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=2036](http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=2036).

♦ Hylton Sarcinelli Luz, presidente da Ação pelo Semelhante

#### NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

## SÚMULA

### DUAS FACES DE NOVA YORK



A Prefeitura de Nova York proibiu o uso de gordura trans nos 20 mil restaurantes e lanchonetes da cidade, informou a *Folha de S. Paulo* de 6/12 – uma medida de impacto em saúde pública que a transforma na primeira metrópole americana a cortar este malsinado ingrediente da dieta. Por outro lado, análise química das águas do Rio Hudson, que corta a cidade, indicou, pela concentração da substância benzoilecgonina, que a população nova-iorquina é a maior consumidora de cocaína do mundo. A benzoilecgonina está na urina dos consumidores da droga e é levada aos rios pelo esgoto, como informou a edição 1.985 da revista *Veja* (data de capa de 6/12).

O prefeito Michael Bloomberg decidiu que a partir de julho de 2007 fica vetado o uso de óleos para fritura que contenham a gordura trans e, a partir de julho de 2008, nenhum alimento vendido na cidade poderá incluí-la na receita. O objetivo da medida é a redução da incidência de doenças cardíacas. "Pessoas não morrem mais de febre tifóide, morrem de doenças do coração", afirmou o secretário local de Saúde, Thomas Frieden.

E mais: o valor calórico e nutricional dos alimentos deverá constar dos

cardápios dos restaurantes, em auxílio ao controle da obesidade. A Associação

Nacional dos Restaurantes reagiu mal, segundo a *Folha*: "É uma engenharia social mal conduzida por um grupo médico que não entende a indústria alimentícia".

Os ácidos graxos não-saturados, como também as gorduras saturadas, elevam o nível de colesterol "ruim" e o risco cardíaco. O problema com eles é que só passam do estado líquido ao sólido pela hidrogenação. Esses ácidos entram na receita da margarina, de bolos, biscoitos, pães, sorvetes, batata frita, salgadinhos e numerosos outros produtos industrializados.

Nos Estados Unidos, lei federal do início de 2006 determinou que todos os produtos que contenham gordura trans tragam no rótulo a expressão "ácidos graxos trans".

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) obriga as lanchonetes a informarem o valor nutritivo do alimento que servem e, a indústria, o teor de gordura trans nas embalagens. Um alimento só pode, segundo a Anvisa, ser considerado "zero trans" quando contiver, no máximo, 0,2 grama de gordura hidrogenada.

A sanitarista e pesquisadora Gular Azevedo e Silva Mendonça, coordenadora de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, avisa que quanto mais crocante o alimento industrializado mais gordura trans ele contém. "Aqueles biscoitinhos em pacotes coloridos que parecem estar sempre fresquinhos são os piores, que a criança brasileira consome todo dia", alerta. Nas padarias, é bom fugir dos pães e doces muito cremosos feitos com gordura hidrogenada, e nas lanchonetes, da popular coxinha de galinha que, além da massa com alto teor de amido, é fritada em litros de gordura saturada.

Essa *fast-food* recheada de gordura trans está presente no dia-a-dia das populações das grandes cidades, e tem papel relevante no conjunto de fatores de risco não só para as doenças coronarianas, mas também para o câncer (*Radis* 51).

Por sua vez, o Instituto para Pesquisa Biomédica e Farmacêutica, de Nuremberg, na Alemanha, analisou a água dos rios de 24 cidades da Europa e dos Estados Unidos para descobrir o tamanho do mercado de cocaína. O resultado da pesquisa fez da cidade de Nova York a campeã mundial: 16,4 toneladas da droga são consumidas por ano, contra as 2 toneladas das estimativas oficiais, que se baseiam nas apreensões no estado de Nova York. O segundo lugar ficou com a pequena Miranda de Ebro, no norte da Espanha – porta de entrada do narcotráfico na Europa.

Os alemães pesquisaram a concentração da benzoilecgonina nas chamadas águas servidas a partir de amostras coletadas entre quinta-feira e sábado – para evitar variações de fim de semana, quando o uso da droga é reconhecidamente maior. O estudo tem o mérito de identificar, pela primeira vez com um método científico, como o consumo da droga é distribuído ao redor do globo. Tradicionalmente, diz a *Veja*, a estimativa de consumo se baseia em entrevistas com usuários e nos volumes de droga apreendidos.

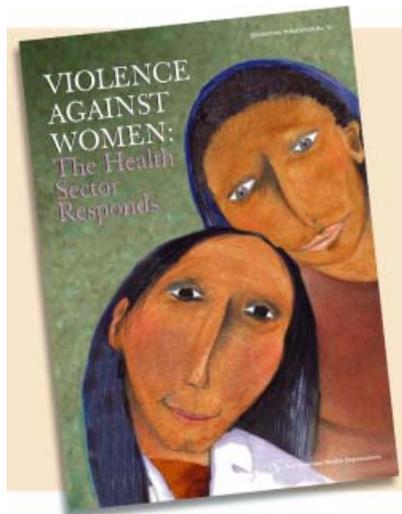
#### INCA FAZ DESCOBERTA SOBRE LEUCEMIA

A Agência Fapesp informou que pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio de Janeiro, descobriram um gene importante no processo de evolução da leucemia mielóide crônica (LMC) para a fase aguda, após identificarem proteínas em pacientes e doadores sadios. Resultante de lesão adquirida (não-hereditária) no DNA de uma célula-tronco da medula óssea, a LMC se caracteriza, na maioria dos casos, pela presença do cromossomo Philadelphia (Ph), anormalidade genética descoberta nos Estados Unidos em 1960. Agora, o grupo, da Divisão de Laboratórios do Centro de Estudos de Medula Óssea do Inca vem dando passos significativos no estudo da LMC – responsável por 15% das leucemias.

Num primeiro momento, o grupo, liderado pela biofísica Eliana Abdelhay, identificou 22 proteínas específicas de pacientes com a doença e outras nove proteínas expressas

somente em doadores sadios. Comparadas, foram descobertos os biomarcadores, ou seja, as proteínas que podem definir um portador da doença ou não. A descoberta pode auxiliar os especialistas a evitarem as fases agudas da doença. O trabalho foi publicado na revista americana *Biochimica et Biophysica Acta* (BBA, v. 1764).

#### VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, NOVA CAMPANHA



A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS) lançou em 1 de novembro, Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, campanha que visa a conscientização da necessidade de se dar fim ao problema nas Américas. Uma em cada três mulheres na América Latina e no Caribe já foi vítima de violência sexual, física ou psicológica por parte de parceiro ou parente. Na Bolívia, por exemplo, 53% das mulheres sofreram violência física, e 12%, violência sexual. O mesmo ocorre em outros países. Peru (2004): 42% sofreram violência física, 10%, sexual; Colômbia (2005): 39% e 12% respectivamente; Equador (2004): 31% e 12%; Haiti (2000): 29% e 17%.

“Além de violação dos direitos humanos e enorme problema de saúde pública, a violência contra a mulher é um pesadelo que compromete o desenvolvimento dos países, pois as vítimas ficam impedidas de contribuir plenamente para suas comunidades”, disse o especialista da Opas Alberto Concha-Eastman.

#### NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, MAIS UM PASSO

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou em 6/12 o Projeto de

Lei 4.699/04, do ex-deputado Ivan Paixão, que prevê a notificação compulsória dos casos de violência pela rede de saúde pública. O objetivo é combater a violência contra crianças e mulheres. A legislação brasileira não estabelece procedimentos para atendimento nos prontos-socorros às vítimas de abuso e violência física. Os profissionais de saúde têm papel importante no combate à violência, pois estão em contato direto com as vítimas, afirmou o autor. “Além da devida ação profissional, eles podem contribuir para a apuração do crime e a punição dos responsáveis.”

Texto substitutivo do relator, deputado Guilherme Menezes (PT-BA), enumerou os principais elementos que devem constar da notificação, como relato médico sobre as condições da vítima, descrição detalhada das características e gravidade das lesões. A identidade do profissional de saúde deve ser, sempre que possível, preservada, para evitar-se qualquer atitude de vingança por parte do agressor.

A proposta tramita em caráter conclusivo, mas ainda será analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara.

#### CORRUPÇÃO E TEMPERO SENSACIONALISTA

Materia publicada no *Estado de S. Paulo* em 1º de novembro, auge do “escândalo das sanguessugas” – sobre compra fraudulenta de ambulâncias – sugeria intenção da Organização Mundial da Saúde de iniciar pelo Brasil um programa de avaliação da corrupção. “O projeto faz parte de uma iniciativa da agência da ONU para atacar a corrupção que afeta os sistemas de saúde em todo o mundo”, e “o primeiro passo será implementar o mecanismo no Brasil e em outros países das Américas”, dizia o texto, do correspondente do jornal na Suíça. “A decisão foi tomada em Genebra nesta semana por técnicos que negociarão com o governo brasileiro a forma pela qual a avaliação será feita”.

O estranho é que o programa não é novo, já avaliou vários países asiáticos e as várias informações sobre o tema no site da OMS ([www.who.org](http://www.who.org)) não mencionavam o Brasil. A organização mantém desde 2002 um programa de “boa governança” para os sistemas de saúde, especialmente na área de compras de medicamentos, sujeita a corrupção, fraude e desvio de recursos. Em cooperação com a Transparência Internacional, ONG com sede em Berlim que monitora a prestação de

contas de governos e instituições, vem lançando relatórios periódicos sobre o tema. No de fevereiro de 2006, afirma-se que os sistemas de saúde são vulneráveis à corrupção seja qual for o país.

Procurado pela *Radis*, o Ministério da Saúde confirmou que recebeu correspondência da OMS. Mas a assessoria de imprensa da Organização Pan-Americana da Saúde, braço da OMS nas Américas, nega que se pretenda começar as ações do projeto pelo Brasil. Em texto enviado à redação da *Radis*, o assessor Carlos Wilson de Andrade Filho confirmou que a OMS promoveu em Genebra a reunião "Transparency in medicines regulation and procurement", onde se discutiu uma metodologia, "ainda em desenvolvimento, portanto, não-certificada", de avaliação da vulnerabilidade dos sistemas de regulação e compra de medicamentos e práticas antiéticas e corrupção.

Nega, porém, que a avaliação começará pelo governo brasileiro: "Essa metodologia já foi testada em 8 países da Ásia e em nenhum momento foi citado pelos nossos consultores que haja qualquer aplicação prevista no Brasil".

#### A MALÁRIA NO MUNDO

Quarenta anos depois do primeiro mapeamento da malária no mundo, pesquisadores britânicos lançaram um mapa na internet das regiões com alto risco para a doença, que infecta

400 milhões de pessoas no planeta e mata 1 milhão por ano. O objetivo da iniciativa é orientar políticas públicas. O mapa foi lançado em maio, mas em 5 de dezembro os responsáveis publicaram artigo sobre a nova ferramenta na *PLoS Medicine*, periódico da Public Library of Science, informou a Agência Fapesp.

O mapa, sempre atualizado, associa dados coletados por pesquisadores locais, convocados ao longo de 2006 a colaborar com os organizadores, a mapas do Google Earth (<http://earth.google.com/>), de fotografia por satélite. O Projeto Atlas da Malária (MAP, sigla em inglês) é fruto da associação entre o Grupo de Epidemiologia e Ecologia Espacial da Universidade de Oxford, na Inglaterra, e o Centro de Medicina Geográfica, no Quênia.

Segundo os coordenadores, Simon Hay e Robert Snow, os dados sobre a malária no mundo não são nada confiáveis. O Quênia, por exemplo, região de grande incidência, registrou apenas 135 mortes por malária em 2002. O projeto é financiado pelo fundo de pesquisa médica Wellcome Trust, do Reino Unido, e o site, em inglês, com versões em espanhol e francês e alguns textos em português, fica no endereço [www.map.ox.ac.uk/index.htm/](http://www.map.ox.ac.uk/index.htm/).

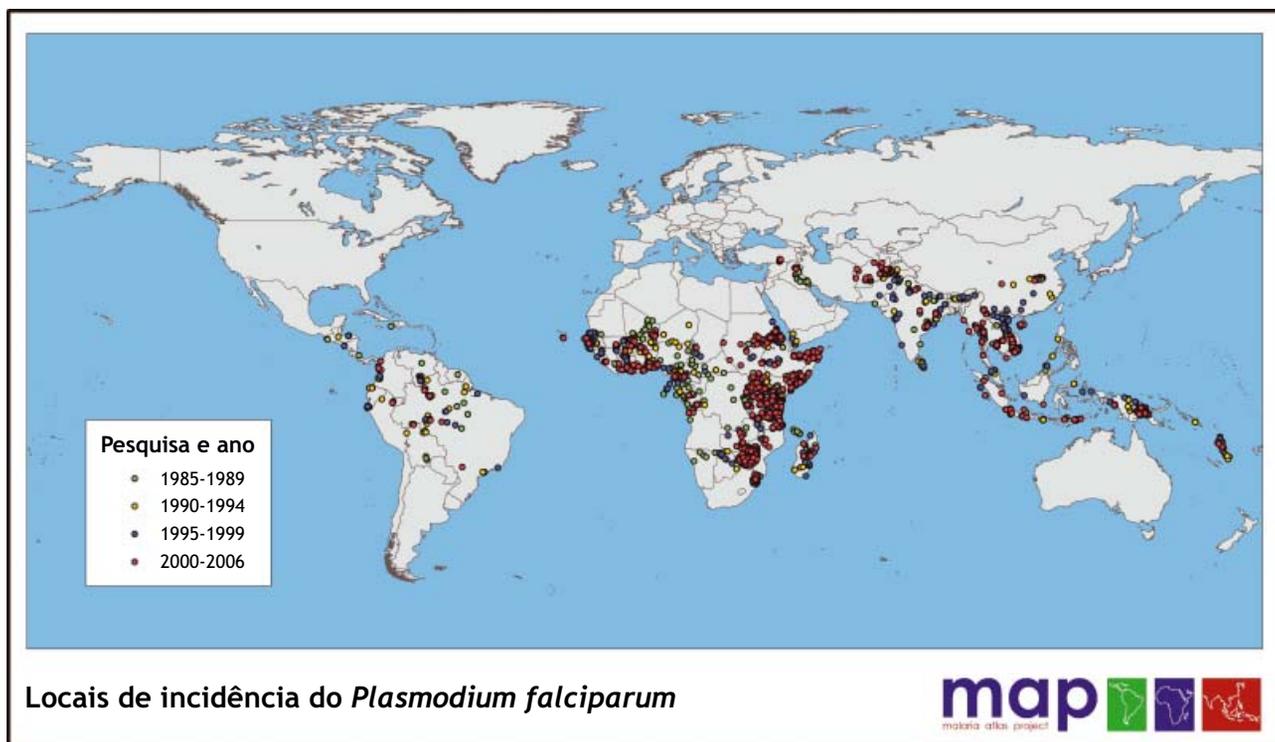
#### FIM DA DESIGUALDADE: MAIS 25 ANOS

Para a parcela mais pobre da população brasileira, o aumento de renda *per capita* tem sido seme-

lhante à média da China; os ricos experimentaram crescimento no nível da Costa do Marfim, na África. A comparação é de Ricardo Paes de Barros, especialista em política social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). "Para que as desigualdades sejam reduzidas, o crescimento dos ricos tem que ser menor", disse ele no seminário internacional "O desafio da redução da desigualdade e da pobreza", em novembro. "Daí a sensação deles de que o país está estagnado".

Segundo a Agência Carta Maior, Paes de Barros informou que o incremento da renda *per capita* tem atingido a média de 1% ao ano para o conjunto da população. "Para a metade mais pobre, o crescimento foi de 3,7% ao ano. Para os 20% mais pobres, 6%; e de impressionantes 8% ao ano para o segmento dos 10% mais pobres".

Para alcançar o nível médio de desigualdade do conjunto dos países em desenvolvimento, será necessário que o Brasil siga no mesmo ritmo de redução nos próximos 25 anos. Paes de Barros afirma que o caminho está traçado: o canal de relacionamento entre o Estado e a parte mais pobre da população já foi criado e consolidado com o cadastro único do Bolsa-Família, e agora é necessário agregar outras políticas sociais, além de eleger prioridades. "O Bolsa-Família veio para ficar. Transitória é a permanência da família no programa".



Tiveram papel fundamental na queda pensões e aposentadorias (26%), Bolsa-Família (12%) e Benefício de Prestação Continuada – pagamento de um salário mínimo a idosos e pessoas com necessidades especiais sem outras fontes de renda (11%). A soma dessas iniciativas foi responsável por metade (49%) da redução.

#### RASTREAMENTO DA FIBROSE CÍSTICA

A partir de dezembro, o Rio de Janeiro tornou-se o quarto estado do Brasil, depois de Paraná, Santa Catarina e Minas Gerais, a incluir no teste do pezinho o rastreamento para fibrose cística, doença genética que compromete gravemente pulmões e pâncreas e afeta uma em cada 10 mil crianças nascidas vivas. Os bebês com suspeita da doença serão encaminhados ao Instituto Fernandes Figueira (IFF), unidade materno-infantil da Fiocruz, para o teste do suor, exame-padrão de diagnóstico preciso da doença. A novidade foi anunciada no seminário "Triagem neonatal: programa Primeiros Passos, mais um passo", em dezembro.

O Primeiros Passos de Triagem Neonatal, criado em 2001, é o maior programa mundial de diagnóstico precoce em recém-nascidos, informado a Fiocruz. No IFF, que diagnostica 20 novos casos da doença a cada ano, há 120 crianças e adolescentes em tratamento. Para que o programa tenha sucesso no Rio, as secretarias municipais de Saúde precisam se comprometer a fazer o teste do pezinho entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê, e a segunda coleta, no 28º dia de vida.

#### GENOMA COMPLETO DO BCG

A Fundação Ataulpho de Paiva (FAP) e a Fiocruz lançaram em novembro o genoma completo do BCG Moreau RDJ, cepa usada na vacina aplicada no Brasil contra a tuberculose. A partir do estudo, que levou dois anos para ser concluído, pesquisadores poderão aumentar a eficácia da vacina, diminuir seus efeitos colaterais e ampliar o controle de qualidade nos processos de produção.

Nos últimos anos, cresceu muito o conhecimento científico sobre o genoma de bactérias semelhantes à *Mycobacterium tuberculosis*, causadora da tuberculose, e estabeleceu-se uma "genealogia" das diferentes cepas de BCG (bacilo de Calmette e Guérin),

sendo identificados os fatores que interferem em sua capacidade protetora contra a doença. Com o seqüenciamento será possível aumentar a segurança e a capacidade da vacina. O estudo abre caminho para a elaboração de vacinas recombinantes, ou seja, que contenham, inseridas no BCG, genes que codifiquem antígenos relacionados a outras doenças, como tétano e varicela.

#### SENADO APROVA ATO MÉDICO. MAS COM MUDANÇAS



Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, dezembro de 2003 (Radis 18)

A Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou, por unanimidade, o substitutivo ao PLS 268/2002, que modificou o polêmico Ato Médico. Os quase três anos de debates realizados enquanto a matéria tramitou permitiram que o substitutivo, da senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO), refletisse um consenso que levou, segundo a relatora, ao abandono do conceito inicial de "ato médico", substituído pela definição do campo de atuação do médico e, nesse campo, das atividades privativas de médico. "Tudo foi delimitado de forma a não interferir com as demais profissões de saúde, cujas atribuições são resguardadas", afirmou a senadora. "Isso representou um avanço significativo em relação ao PLS nº 25 de 2002 e trouxe mais segurança às categorias profissionais que atuam na área de saúde".

Como não houve recurso para exame em Plenário, o projeto seguiu para a Câmara dos Deputados, informou a Agência Senado. A categoria dos médicos era a única da área da saúde com atribuições ainda não regulamentadas em lei. Outras mudanças poderão ser discutidas ao longo da tramitação na Câmara.

#### RESTRIÇÃO À PROPAGANDA DE BEBIDA ALCOÓLICA

A Anvisa promoveu audiência pública em dezembro para discussão do texto final da resolução que institui novas regras para a propaganda comercial de bebidas alcoólicas. Pela proposta, os anúncios de bebidas a partir de 0,5 grau Gay Lussac (GL), como a cerveja (*Radis 52*), não poderão sugerir o consumo com cena, ilustração, áudio ou vídeo que apresente a ingestão do produto, nem associar o efeito do consumo a estereótipos de sucesso e integração social. Também não poderão usar recursos gráficos e audiovisuais do universo infanto-juvenil.

Anúncios de bebidas de teor alcoólico acima de 13 graus GL, como conhaque, cachaça e uísque – permitidos apenas entre 21h e 6h –, não poderão associar o consumo à prática de esportes, a celebrações ou à condução de veículos. Também ficam vedadas as associações com idéias de êxito ou sexualidade e o uso de imperativos que induzam ao consumo, como "experimente!". Em toda propaganda será obrigatória a inserção de mensagens de advertência sobre dependência física, psíquica e química.

As mensagens também deverão informar que o consumo é causa, entre outros fatores, de doenças e acidentes no trânsito. Os modelos de advertência deverão ser veiculados em todos os meios de comunicação. Segundo a OMS, o Brasil é um dos países que mais consomem álcool no mundo. Apresentado em novembro, o 2º Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, com dados colhidos em 2005 pela Secretaria Nacional Antidrogas, nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos são dependentes de álcool. O primeiro levantamento indicava 11,2%. O percentual de dependentes entre 12 e 17 anos era, em 2001, de 5,2%; em 2005, de 7%.

Ao traçar o 1º Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas no Brasil, em que 3 mil pessoas foram ouvidas em 143 cidades, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (Cebrid) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) constatou que 96% dos entrevistados apóiam as restrições à propaganda de bebidas alcoólicas.

## CLONAGEM TERAPÊUTICA NA AUSTRÁLIA

Parlamentares australianos aprovaram em 6 de dezembro a clonagem de embriões humanos em pesquisas com células-tronco. O primeiro-ministro John Howard e o maior partido de oposição defendiam a santidade da vida, que teria precedência sobre a ciência. Mas a maioria dos parlamentares votou com os cientistas, derrubando norma, em vigor há quatro anos, que vetava a clonagem terapêutica.

## AÇÃO CONTRA PATENTE DE ANTI-RETROVIRAIS

No Dia Mundial de Luta contra a Aids (1º/12), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), à frente de um grupo de entidades, protocolou no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) ação contra a concessão de patentes sobre medicamentos anti-retrovirais a laboratórios estrangeiros, especificamente o Tenofovir, do Gilead, e o Kaletra, da Abbott – que compõem o coquetel de 17 drogas para tratamento de pacientes com aids fornecido pelo SUS.

Os argumentos que embasam a ação foram levantados pelo Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI) da Rede Brasileira pela Integração dos Povos. Por exemplo, na análise dos pedidos de patente o INPI não tem levado em conta critérios políticos ou mesmo técnicos, o que resulta em prejuízo para a saúde pública, afirmam os advogados do grupo. De acordo com a Agência Fapesp, 19 mil pacientes tomam o Tenofovir, que custa US\$ 1.387 por paciente/ano; e 23 mil tomam o Kaletra, que custa ao SUS US\$ 1.379 por paciente/ano.

No caso do Tenofovir, cuja patente o Gilead pediu ao INPI em 1997, as substâncias que o compõem são conhecidas desde 1985, como provam artigos científicos publicados na época, não atendendo assim aos requisitos de novidade e inventividade. Para o Kaletra, o argumento é político. A indústria farmacêutica usa estratégias variadas para estender o prazo de vigência das patentes, e o Abbott não foge à regra: o pedido original da patente, que expiraria em 2015, foi desdobrado. Os argumentos do GTPI reforçam os do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz), apresentados em 2005

(para o Kaletra) e em 2006 (para o Tenofovir). No ano passado, o Brasil não conseguiu licença compulsória para produzir esses medicamentos nos laboratórios públicos.

## HIV EM 2006: BOAS E MÁS NOTÍCIAS

A OpaS/OMS anunciou que chegou a 1,95 milhão, em fins de 2006, o número estimado de pessoas com o HIV na América Latina e no Caribe – 210 mil a mais do que em 2004. No ano passado, o número de novos casos subiu para 167 mil, 12 mil a mais do que em 2004. Os dados são do relatório anual sobre a aids da OMS. O Caribe permanece a segunda sub-região mais afetada pelo HIV no planeta (atrás apenas da África Subsaariana): 1,2% da população, ou 250 mil pessoas, tem o HIV, um aumento de 0,1% em dois anos. Três quartos deles estão na República Dominicana e no Haiti. Na América Latina, a média da prevalência é de 0,5%.

A boa notícia é que o acesso ao tratamento cresceu: em junho de 2006, 345 mil pessoas estavam recebendo anti-retrovirais – 75% dos necessitados, o nível mais alto entre os países em desenvolvimento. (Cabe lembrar que metade desses pacientes em tratamento está no Brasil.) No Caribe, verificou-se pela primeira vez na história pequena queda no número de mortes pelo HIV: de 21 mil em 2004 para 19 mil em 2006. Mas na América Latina o número de mortes subiu de 53 mil para 65 mil – o que significa que, em média, 200 pessoas morreram devido ao HIV na região.

Outra boa notícia é que o número de testes aumentou. Em 2006, mais de 1 milhão de pessoas fizeram testes de HIV em 28 países da região.

## ORÇAMENTO (NOVAMENTE) EM PERIGO

Nota técnica do Conasems e do Conass foi entregue em fins de novembro ao relator-geral do Orçamento/2007 (cuja votação estava prevista para 22 de dezembro), senador Valdir Raupp (PMDB-RO), e ao presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, deputado Gilmar Machado (PT-MG), apontando o estrangulamento de recursos em três áreas fundamentais do Ministério da Saúde: procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Primária e Aquisição de Medicamentos Excepcionais.

A nota apresentou alternativas de recuperação do Orçamento da Saúde de 2007, principalmente no financiamento de procedimentos de Média e Alta Complexidade, que na proposta original do Executivo teve redução de R\$ 213,4 milhões em relação à Lei Orçamentária de 2006. Segundo a proposta, é necessário um aumento de R\$ 5 bilhões no montante destinado à saúde.

Também a área de ciência e tecnologia perde recursos em 2007: há redução de 0,7% no orçamento.

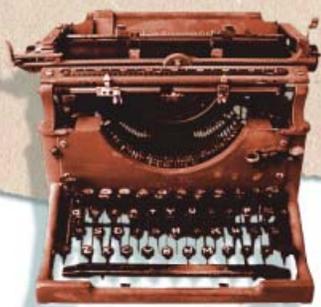
## PESQUISA COM MENOS BUROCRACIA NA IMPORTAÇÃO

O *Journal da Ciência*, da SBPC, informou que a Anvisa passou a dispensar os pesquisadores cadastrados no CNPq de reconhecer firma em cartório no termo de responsabilidade para as importações do Programa Ciência Importa Fácil, sujeitas à anuência da agência. Outra medida: o prazo de validade do Licenciamento de Importação foi ampliado de 60 para 270 dias. O Importa Fácil é um serviço do CNPq para pesquisadores que acelera a importação de bens destinados a pesquisas científicas e tecnológicas.

## EUGENIA ÀS AVESSAS

Num estudo feito em 190 clínicas de reprodução assistida nos Estados Unidos, a pesquisadora Susannah A. Baruch e colegas da Universidade Johns Hopkins constataram que 3% delas usaram técnicas de diagnóstico genético pré-implantação uterina, com análise de DNA, para selecionar embriões com características especiais como surdez hereditária ou nanismo – geralmente, as mesmas dos próprios interessados. Os resultados do estudo serão publicados na revista *Fertility and Sterility*, segundo matéria do *New York Times* que o *Globo* de 8/12 reproduziu. Para o sanitarista Volnei Garrafa, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, aprovada no ano passado, auxilia na reflexão sobre questões como a eugenia às avessas, tão novas para a sociedade. (*Radis* 51, pág. 13). ■

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



## toques da redação

**MOMENTO SIMBRAVISA I** — No 3º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, em Florianópolis, a painelista Márcia Martins Campos, do Pará, disse à platéia: “Se eu perguntar quem aqui trabalharia em Oriximiná, quantos de vocês levantariam a mão?” Pois 60% dos presentes levantaram. “Falar é fácil, difícil é ficar: está a quatro dias de barco de Belém, tem 54 mil habitantes distribuídos em 109.122 km<sup>2</sup>, não há cinema. Mas academia de ginástica já chegou por lá.”

**MOMENTO SIMBRAVISA II** — Uma das palestras mais impactantes do 3º Simbravisa foi a de Raquel Ribeiro Bittencourt, diretora de VISA de Santa Catarina, que falou sobre “Isto é Vigilância Sanitária?”. Ela contou que inspecionou 31 presídios do estado a pedido do Ministério Público, e constatou que a maioria estava em desacordo com as normas, da cozinha ao refeitório, da lavanderia ao almoxarifado; 17 não tinham pátio para sol, 7 não tinham abastecimento próprio de água, 86% não contavam com assistência à saúde.

A VISA tem poder para interditar estabelecimentos em desacordo, mas como fechar um presídio? Raquel entregou seu relatório ao MP e à Secretaria de Segurança, e também um manual com orientações. Segundo ela, esta é uma área pouco trabalhada, embora já normatizada, exigindo ações interssetoriais. E comentou: “Nós, brasileiros, temos atitudes hipócritas quanto a temas polêmicos. Dizemos que somos contra a pena de morte, mas fechamos os olhos para a situação nos presídios. E não podemos deixar de nos importar.” A cobertura do 3º Simbravisa estará na *Radis* 54.

**UMA LUZ NA BAHIA** — O jornal *A Tarde*, de Salvador, noticiou que a polícia de Madre de Deus, no interior da Bahia, prendeu dois estupradores. Até aí nada demais. A questão é que a vítima era uma garota de programa, categoria que costuma ser desrespeitada pela própria polícia. Pois o delegado não só ouviu a queixosa com todo o respeito, como correu atrás e prendeu a dupla de bandidos. “Parabéns a todos os outros delegados que assim procedem todos os dias e não saem nos jornais. (...) Esta mulher corajosa soube se fazer respeitar e, ao

dirigir-se à delegacia, talvez sem saber, postulou em nome de todas nós, mulheres, o direito de um viver um pouco mais digno”. O comentário está no blog de Andréa Sá, ativista de direitos humanos ([www.diversosdireitos.blogspot.com/](http://www.diversosdireitos.blogspot.com/)).

**CABELO “BOM” E PASSADO ESCRAVISTA** — “A situação fica ainda mais complicada quando, além de ‘não se encaixar no perfil perfeito’, você ainda passa boa parte de sua vida escutando que seu cabelo não é ‘bom’. A cultura do tal ‘cabelo bom’ tomou conta da sociedade de tal forma que o ‘ideal’ no imaginário são madeixas compridas, impecavelmente lisas, que balançam ao vento. Essa visão de ‘beleza’ tem origem no passado escravista e nas relações de dominação que se desenvolveram como consequência disso. ‘O cabelo do negro, visto como *ruim*, é expressão do racismo e da desigualdade racial que recai sobre esse sujeito. É expressão do conflito racial vivido por negros e brancos no Brasil’, revela Nilma Lino Gomes, coordenadora do Programa Ações Afirmativas e professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.”

Trecho de “‘Ruim’ que nada, cabelo bonito é o seu”, da jornalista Jamile Chequer, matéria de capa da edição nº 138 do *Jornal da Cidadania*, de 28/11/2006 (íntegra em [www.ibase.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=1583](http://www.ibase.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=1583)).

**“EXPROPRIAÇÃO ORGANIZADA”** — O juiz federal Carlos Henrique Borlido Haddad, da Subseção de Marabá (PA), concedeu no dia 4/12 liminar que obriga a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) a restabelecer o repasse mensal de R\$ 569.915,89 aos índios xicrins (R\$ 243.578,29 para os xicrins do Cateté e R\$ 353.337,60 para os do Djudjêcô), que suspendeu após a

invasão de suas terras. Ele avisou à Funai que “eventuais atos atentatórios da posse da ré pelos silvícolas” poderá importar na revogação da liminar ou no bloqueio dos depósitos judiciais”. Ou seja, se os índios invadirem de novo, perdem o dinheiro. Para quem não lembra: nota na *Radis* 52 informava que a Vale acusou o governo de não ter “projetos estruturantes” para as populações indígenas, que por isso invadem as propriedades da empresa e causam grande prejuízo.

Os xicrins invadiram porque queriam aumento do repasse. A Vale alegou que paga aos índios por pura vontade de ajudar, já que não teria tal obrigação. O juiz de Marabá disse que tem, sim: a União concedeu em 1986 à então estatal CVRD direito real de uso de 411 mil hectares para exploração de ferro em Carajás, “cabendo-lhe sua preservação” e também “o amparo das populações indígenas”. O juiz lembrou que no terceiro trimestre de 2006 a Vale teve receita bruta de R\$ 11,6 bilhões, novo recorde trimestral, 28,8% acima de 2005, e lucro líquido recorde de R\$ 4 bilhões. Diante desses números, disse o juiz, a empresa não só deve, como pode ajudar.

O busílis da questão indígena parece ser um só: os indígenas nunca são consultados. É o que pensa, segundo a revista *ComCiência* ([www.comciencia.br](http://www.comciencia.br)), Ricardo Verдум, assessor de Políticas Indígena e Socioambiental do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc). Ele comentou o anteprojeto de Lei de Mineração em Terras Indígenas, que tramita no Congresso. “A ausência no texto das noções de participação e controle social indígenas torna evidente a preocupação mercantil e arrecadadora da iniciativa”, o que poderá “configurar uma expropriação organizada, na prática, de territórios e riquezas indígenas”. Simples assim. 



# A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática



Bruno Camarinha Dominguez

O dia 8 de novembro de 2006 entrou para a história do controle social na saúde. Pela primeira vez em 70 anos de existência, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elegeu seu presidente (*Radis* 52). O farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pela Confedera-

ção Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT, venceu a disputa com 76% dos votos dos conselheiros. “Tenho absoluta clareza de que a eleição de um presidente do CNS, por si só, não é garantia de que vamos superar todos os problemas e dificuldades, mas deve ter como consequência imediata o fortalecimento da organização, da independência, da democratização e da mobilização”, diz Júnior – como é conhecido.



Francisco Júnior fala no CNS no dia da posse: pelo "fortalecimento da organização e da mobilização"

Entidades e movimentos sociais também foram escolhidos em eleição, ficando garantida a participação dos movimentos estudantil, da população negra, de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, de ambientalistas, de defesa do consumidor e dos direitos humanos. "O conselho dá uma demonstração do aprofundamento do processo democrático quando estabelece como regra que o presidente e as entidades serão definidos num processo democrático, transparente, direto", destaca o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Antônio Alves de Souza, ele próprio conselheiro eleito do CNS. "Com certeza servirá de modelo para o resto do país, fortalecendo o controle social".

### CONCEITO POLISSÊMICO

O evento de novembro justifica um balanço deste processo crescente de participação da sociedade nas diversas instâncias de poder, um processo em permanente construção, como já disse a secretária-executiva do Conselho Nacional de Saúde, Eliane Cruz: "O controle social não é algo que a sociedade brasileira assuma como seu, há vitórias e derrotas. É uma luta que ainda está para ser ganha na sociedade" (*Radis* 42).

E em várias frentes, inclusive a conceitual: a simples referência à expressão "controle social" provoca arrepios em alguns, que logo o associam a autoritarismo. É que na sociologia esse termo polissêmico tem significado oposto ao que lhe atribui o amplo campo jurídico, constitucional e de cidadania. "O primeiro designa o Estado controlando a sociedade; o segundo, a sociedade controlando o Estado", resume a socióloga Soraya Vargas, professora do Departamento de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e integrante do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

**Estou estudando profundamente o Fundo Estadual e Municipal da Saúde, e percebendo que os conselhos estaduais e municipais não têm treinamento sobre assuntos de finanças.**

♦ Antonio Elias N. Ferreira de Moraes, auditor contábil do Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, Campo Grande – *Radis* 22

O médico-sanitarista Antônio Ivo de Carvalho, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), complementa: "Sociologicamente, a expressão caracteriza a idéia de um controle do Estado ou dos segmentos dominantes sobre o conjunto, estando associada à idéia de domar, de conter as forças e dar uma certa homogeneidade à população". Autor do livro *Conselhos de Saúde no Brasil – Participação cidadã e controle social* (Editoras Fase e Ibm), ele observa que, ao longo do tempo, o termo ganhou designação pluralista, que inspirou as formas mais recentes do controle do Estado pela sociedade.

"Na Reforma Sanitária Brasileira, essa noção ganhou um peso muito grande", lembra, "significando a ação organizada dos diversos segmentos da população na formulação das políticas e na decisão pública". Na prática, o controle social na saúde abrange todos os mecanismos que, de alguma forma, controlam, interferem e fiscalizam as decisões dos governos no setor. Os conselhos e as conferências de saúde são os braços mais conhecidos do controle social, mas o processo ainda abarca iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores,



**Outro dia, em conversa com uma colega um pouco desmotivada, ela dizia: "Não entendo o que você ganha por participar tanto de conferências, reuniões de conselho, cursos sobre controle social... No fim do mês seu pagamento é igual ao de todos. Vale a pena tudo isso?" Respondi: "É verdade, não ganho, porém todos ganham, ou você acha que o SUS seria o mesmo sem a efetiva participação de toda a sociedade por meio do controle social?"**

♦ Irene Rodrigues dos Santos, técnica em higiene dental do SUS, Curitiba – *Radis* 41

Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, entre outras.

Esses mecanismos de democratização são relativamente recentes. Os "novos" conselhos e conferências, por exemplo, foram instituídos em 1990. "Novos" porque a criação do veterano Conselho Nacional de Saúde data de 1937, e as "velhas" conferências começaram a ser organizadas em 1941. A diferença é que ambos restringiam a participação a especialistas em Saúde Pública e não



A distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviço e gestores.

tinham caráter deliberativo. Ou seja, o âmago do controle social – a participação da sociedade civil organizada – não era contemplado.

A representação da população brasileira em entidades só surgiu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que reuniu cinco mil pessoas. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação popular passou a ser valorizada e percebida como de fundamental importância para a construção de um modelo público de saúde. O processo culminou na Lei nº 8.142, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, estabelecendo em 4 anos a periodicidade das conferências – com a função precípua de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes – e criando os conselhos permanentes, deliberativos e paritários, para atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

### CONHECENDO OS CONSELHOS

Passados 16 anos de sua criação, os conselhos de saúde conseguiram se organizar no Brasil, mas ainda enfrentam dificuldades relacionadas a estrutura física, equipamentos e orçamento, o que limita sua autonomia. Esta é uma das conclusões da pesquisa *Monitoramento e apoio à gestão par-*

O Conselho Nacional de Saúde organizou banco de dados próprio, com o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde: em fins de 2006 as informações de 91% dos conselhos já estavam no site [www.conselho.saude.gov.br/](http://www.conselho.saude.gov.br/) (*Radis* 50).

*ticipativa do SUS*, coordenada pelos pesquisadores Marcelo Rasga e Sarah Escorel, da Ensp/Fiocruz.

O estudo surgiu a partir de uma demanda da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep) do Ministério da Saúde pelo mapeamento e a avaliação da estrutura, da normatização, da organização, do funcionamento e do orçamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde. "Quando começamos, percebemos que não havia informação alguma, não se sabia sequer quantos conselhos existiam no Brasil", conta Marcelo.

Hoje já se sabe que temos – além de um conselho nacional, 26 estaduais e um do Distrito Federal – 5.559 municipais. Para chegar a esses números foi necessário cadastrar informações como endereço, telefone e e-mail de contato de cada conselho. Os pesquisadores ainda precisaram criar uma estrutura de atualização desses dados, fechados pela primeira vez em fevereiro de 2004.

"Aí, sim, pudemos passar à primeira etapa do projeto, de construção do perfil dos conselhos", diz Marcelo. Foi elaborado um formulário com 58 questões a ser preenchido pelos presidentes dos conselhos. "Temos as respostas dos 26 estaduais, do distrital e de cerca de 3 mil municipais – 55% do total – em nosso banco de dados", informa.

Os pesquisadores cruzaram as informações para identificar as situações mais comuns (ver box). "Poucos têm sede própria ou acesso a itens básicos como telefone, fax, computador e impressora, o que os torna dependentes das secretarias de Saúde", analisa Rasga. Por outro lado, é possível perceber que a democratização nos colegiados tem aumentado. "Muitos já promoveram eleições para definir seus presidentes, principalmente os fundados depois de 1998, mas os gestores ainda dominam".

Para Soraya Vargas, que pesquisa o tema e dele tratou no concorrido painel *Conselhos de Saúde: O falso dilema entre democratização e institucionalização*, no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (*Radis* 50), essa assimetria de poder é reflexo da desigualdade da própria

## Perfil dos conselhos municipais

*Respostas mais comuns de 2.994 conselhos municipais de saúde às principais questões do formulário da pesquisa "Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS"*

- ♦ Criado entre 1991 e 1997
- ♦ Composto por 12 conselheiros titulares
- ♦ Não é paritário
- ♦ Presidido por representante do segmento dos gestores, de sexo masculino, com idade entre 40 e 49 anos, com nível superior e eleito por votação aberta nominal
- ♦ Tem regimento interno
- ♦ Não tem mesa diretora
- ♦ Não tem comissões permanentes
- ♦ Não tem secretaria-executiva
- ♦ Não tem equipe de apoio administrativo
- ♦ Promove reuniões ordinárias mensais, divulgando as datas à população e facultando-lhe a participação e o direito a voz
- ♦ Não cancelou reuniões por falta de quórum em 2004
- ♦ Localiza-se em município com Plano Municipal de Saúde, de cuja elaboração e aprovação participou
- ♦ Não tem orçamento próprio
- ♦ Não tem autonomia no gerenciamento de recursos
- ♦ Não tem sede
- ♦ Não tem computador
- ♦ Usa linha telefônica compartilhada
- ♦ Não tem acesso à internet



sociedade. Historicamente, afirma, existe a preocupação de reduzi-la, limitando a presença de gestores nos postos de liderança ou a participação de entidades empresariais e de médicos. O que, segundo a socióloga, tem um lado bom, mas também um ruim: "Quando o gestor não é o presidente, corre-se o risco de ele não se comprometer com as questões que estão sendo decididas ali", exemplifica. "Os médicos também passam a procurar outros espaços para continuar influenciando nas políticas".

### **PARTICIPAÇÃO EFETIVA**

Nos conselhos de municípios com mais de 100 mil habitantes, grande parte dos conselheiros usuários representa associações de moradores e bairros (21%), sindicatos (20%), porta-

**Informação e comunicação são fatores essenciais para construção e implementação de um Sistema de Saúde Básico, principalmente quando ele objetiva fortalecer a participação popular, reconhecendo sua importância no campo do controle social.**

♦ Rosana Almeida de Moraes, assistente social, Recife – Radis 45

dores de deficiência e patologia (12%) ou grupos religiosos (9%). Um ponto positivo é que a maioria permite a presença da comunidade nas reuniões, garantindo-lhe direito a voz. Mas há quem se queixe de que os conselhos não garantem a participação efetiva dos movimentos sociais.

"Já é pedir demais...", brinca Soraya. E propõe uma reflexão: "O problema é dos conselhos ou da nossa sociedade, desigual, altamente hierarquizada, autoritária, com marcas clientelistas e patrimonialistas?" A socióloga frisa que, como o número de cadeiras é limitado, acaba sendo impossível abrigar todas as entidades. Logo, o espaço fica restrito às de maior visibilidade nacional.

Antônio Ivo vai além, ao afirmar que os conselhos hipertrofiaram a representação dos que não têm tanto poder no Estado. "Por exemplo, os usuários têm garantida participação paritária, e não posso dizer que o poder deles nas outras instâncias de governo seja igual". Segundo ele, os conselhos foram concebidos justamente para dar mais voz e vez aos que, sem essa arena, não teriam tanta possibilidade de interferir no Estado, dependeriam dos anéis de poder aos quais não têm acesso. "Portanto, são uma estrutura contra-hegemônica", afirma.

O sanitarista discorda da tese de que os espaços institucionalizados tenham esvaziado o movimento social, como querem alguns, e citou sua experiência de juventude numa organização de Nova Iguaçu (RJ). "Fizemos

uma vez uma movimentação para ter o direito de entregar um abaixo-assinado", lembra, sem saudosismo do período em que os defensores da saúde se organizavam para o confronto, pois não havia possibilidade de diálogo. "A luta foi tão vitoriosa que o Estado acabou abrindo poros oficiais, espaços de presença permanente e institucional dos diversos segmentos da sociedade nos momentos de decisão".

"O que aconteceu e muitas vezes acontece até hoje", prossegue, "é que a maturidade da população para escolher seus representantes e ter uma vida minimamente organizada não é



**Sugiro matéria referente aos Conselhos Municipais de Saúde, mostrando as dificuldades no desempenho desta função de relevância pública, e como superá-las, pois com certeza a experiência de um servirá para muitos, ajudando na difusão de métodos para o enfrentamento de problemas como cooptação, ameaças, discriminação etc.**

♦ Carlos Alberto Alves dos Santos, conselheiro de Valente, BA – Radis 44

**Tive a honra de participar daqueles momentos tão importantes para o fortalecimento do nosso sistema [na 12ª CNS], porém, ao retornar deparei-me com a realidade totalmente adversa no que concerne aos nossos gestores e ao controle social. Por tentar colocar em prática um pouco do que vi na conferência (maior racionalização dos recursos e mais humanização), por cobrar de forma coerente os princípios que norteiam o SUS, fui perseguido, expulso do conselho e transferido de minha cidade, onde me dedicava ao controle da diabete, da hipertensão, da tuberculose e da hanseníase. (...) O domínio dos conselhos por parte dos gestores é arma essencial para coibirem o controle social.**

♦ José Bento Oliveira, Morro do Chapéu, BA – Radis 34



grande”. Ou seja, a sociedade organizada é muito menor do que a sociedade como um todo. Antônio Ivo acredita que, em alguns casos, a absorção da participação acabou sugando para dentro da máquina do Estado segmentos da população insuficientemente

organizados. “Isso arrefeceu um pouco aquele ânimo de participação, de consciência”.

### GESTORES E CONSELHEIROS

As respostas recolhidas por Marcelo Rasga e Sarah Escorel indicam ainda uma variação curiosa entre os temas mais discutidos – de acordo com quem preside o conselho. Quando um gestor está à frente, são comuns as reclamações de “falta de capacitação” dos conselheiros, o que geraria uma dificuldade para avançar nos debates. Quando um usuário é o presidente, os assuntos mais citados são a necessidade de prestação de contas e de ampliação do exercício do controle social.

“Há dificuldade de entendimento, por parte de alguns gestores, do papel dos conselhos, que segundo eles não deveriam ser deliberativos, e também por parte de conselheiros, defendendo que sejam executivos”, resume o conselheiro Antônio Alves. Secretário municipal de Saúde de São Luís (MA), eleito em julho de 2006 presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Edmundo Costa conta que recebe reclamações de conselheiros contra secretários de Saúde e de secretários de Saúde contra conselheiros. O intenso debate sobre o tema nas reuniões do Conasems levou à inclusão de um artigo específico sobre o controle social em seu documento *Teses e planos de ação*.

Um ponto de discordância explícito é o limite de atuação das comissões intergestores bipartites e tripartite, criadas em 1993 para funcionarem como espaços de negociação, pactuação, arti-

culação e integração entre gestores. Os conselheiros reclamam: as comissões sugaram o processo de decisão. “Antes as discussões passavam pelos conselhos, agora já vêm prontas”, critica a conselheira Soraya. Embora do outro lado, o gestor Edmundo Costa concorda. “A razão dessa crítica é a falta de preparo de alguns secretários, que confundem as tarefas dos conselhos com a das bipartites”.

Nem conselheiro nem secretário de Saúde, Antônio Ivo entende que, quanto melhor for uma bipartite em termos de operação das políticas, mais chance os conselhos têm de exercer o seu papel. “Sei que é uma fala polêmica”, brinca. E esclarece seu ponto de vista: os conselhos jamais poderiam cumprir a função das bipartites, de acordo entre gestores, assim como as bipartites jamais poderiam cumprir a função dos conselhos, de formular estratégias e fiscalizar a execução das políticas de saúde.

Edmundo defende que o controle social seja um aliado dos gestores. “Nessa associação, o SUS se torna de tal forma forte que só quem ganha é o cidadão”, diz, numa fala que se soma à de Francisco Batista Júnior (ver entrevista na página 20). O lado positivo da disputa, segundo Edmundo, é que o SUS tende a produzir pactuação. “Logo no começo era embate, embate, embate”, lembra. “Hoje a gente tem embate, mas sempre mantém em mente que se quer entendimento”.

### CONSELHEIRO-DETTETIVE

Também entram na pauta de reuniões dos conselhos questões como contratação de pessoal, convênios e compra de ambulâncias.



Segundo Marcelo Rasga, isso mostra que, de alguma maneira, os problemas de saúde dos municípios são detectados pelos conselheiros. “A questão é como essa discussão está sendo feita e a real possibilidade de se levar a apuração adiante”, avalia. Rasga aponta uma distorção na atuação do conselheiro, que acaba tendo que ser o agente fiscalizador.

“Ele tem a função de fiscalizar, mas será que é a mesma coisa que ser o agente fiscalizador?”, pergunta. “Para mim, esse papel de detetive não cabe ao conselheiro”. Por isso, sugere a criação de uma rede de controle social, que envolva os conselhos de Saúde, o Ministério Público, o Tribunal de Contas, a Controladoria Geral da União e organizações não-governamentais. “Assim, os conselhos pautariam e teriam prioridade nesses órgãos”.

Na avaliação de Soraya, os conselhos mais ativos têm conseguido controlar as decisões do governo, mas ela admite que grande parte das decisões continua sendo tomada em outros espaços. “Quem tem controle sobre uma conversa durante um almoço ou na ante-sala de um gabinete?”, questiona, para em seguida ressaltar que não vê essa situação como um problema. “É impossível imaginar que o Estado vá parar e tudo passará a ser resolvido nos conselhos”.

A partir desse perfil, Marcelo e Sarah produziram seis índices em que analisam a gestão, a estrutura física e o equipamento, a democratização, a autonomia, o funcionamento e a adequação dos conselhos à Resolução 333 – que define as diretrizes para sua criação e reformulação nas esferas

**É muito bom ler algo que instiga os trabalhadores do SUS a continuarmos na defesa de um sistema de saúde que somente será efetivo se a participação da sociedade se der de forma objetiva, no cotidiano dos serviços e com muita clareza. Os que já defendem o SUS continuarão a fazê-lo. Os usuários, porém, necessitam de apoio institucional para compreender as nuances do sistema. Continuamos na defesa.**

♦ Helga Muller Mengel e Magda Solange Dor, Aracaju – Radis 52



federal, estadual e municipal. “Esses índices permitem que, pela primeira vez, o governo saiba exatamente as dificuldades dos conselhos, tendo uma base de dados pela qual pode definir ações, programas e políticas”, destaca Marcelo. Os indicadores, juntamente com outros dados e produtos da pesquisa, serão tornados públicos pelo site ParticipanetSUS, cuja versão de teste já pode ser acessada ([www.ensp.fiocruz.br/participanetsus](http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus)).

De posse dessas informações, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa desenvolveu um projeto para assegurar uma infra-estrutura mínima de funcionamento dos conselhos. O principal objetivo é fazer com que todos tenham computadores, impressoras e provedores de acesso à internet. “Essas ferramentas são fundamentais para a criação de uma rede nacional de intercâmbio entre os conselhos e as secretarias do Ministério da Saúde”, afirma Antônio Alves. “Só assim poderemos monitorar a evolução deles”.

Outro projeto da Segep que visa fortalecer o controle social é o que garante o financiamento do programa de educação permanente dos conselheiros segundo as diretrizes aprovadas pelo CNS. “Queremos que seja uma ação cotidiana dos gestores, que eles tenham verba para isso e que os recursos cheguem via transferência fundo a fundo”, ressalta. De acordo com Soraya, a capacitação é uma demanda dos próprios conselheiros, especialmente os representantes dos usuários.

“Muitos não conhecem a terminologia da política de saúde, a legislação do setor, a história dos serviços, o que é um orçamento, como são as relações entre os governos federal, estaduais e municipais, o que é o pacto...”, enumera

as dificuldades. Então, a capacitação pode resultar em maior capacidade de argumentar e contra-argumentar, aumentando a possibilidade de vitória nos embates.

### CONFERÊNCIAS, O DESAFIO

Em dezembro, os sanitaristas têm encontro marcado na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Na pauta, um desafio em especial: repensar a organização das conferências do setor. “Temos que descobrir uma forma para que elas tenham resultado efetivo”, defende Antônio Alves. O relatório da primeira etapa da Oficina Permanente Rumo à 13ª Conferência Nacional de Saúde, do CNS, realizada em maio de 2006, reconhece que “nestes anos de implantação do SUS foi possível, com engajamento social, garantir a realização das conferências nacionais de saúde de 4 em 4 anos, mas com dificuldades na definição dos temas, na aplicação das deliberações e na realização das conferências temáticas”.

As conferências temáticas, aliás, são um dos maiores motivos de preocupação entre gestores e conselheiros.

**Quero (...) relatar que o Conselho Municipal de Saúde está sofrendo perseguição do prefeito, que por lei municipal alterou a composição do CMS e determinou que o presidente seja o secretário municipal de Saúde.**

♦ João Leopoldo Viana Vargas, presidente do CMS de Juazeiro, BA – Radis 34



# Entre o ideal e o possível

## A 12ª CNS aprovou, em 2003, as seguintes conferências temáticas:

- ♦ Conferência Nacional de Seguridade Social
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- ♦ 1ª Conferência Nacional de DST/Aids/HCV/Hepatite C

- ♦ Conferência Nacional de Atenção Básica em Saúde
- ♦ 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
- ♦ 1ª Conferência Nacional de Educação Popular e Saúde
- ♦ 1ª Conferência Nacional de Gestão Participativa
- ♦ 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
- ♦ 1ª Conferência Nacional de Comunicação e Informação em Saúde

## As conferências realizadas:

- ♦ 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (de 29-7 a 1º-8 de 2004)
- ♦ 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (de 25 a 29-8 de 2004)
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (de 9 a 12/11 de 2005)
- ♦ 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (de 27 a 31/3 de 2006)
- ♦ 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (de 27 a 31/3 de 2006)

Na 12ª, em dezembro de 2003, deliberou-se pela promoção de 11 delas, mas apenas cinco ocorreram entre 2004 e 2006 (ver box). “São importantes instrumentos que expressam a democratização das relações do Estado com a sociedade, mas houve curto espaço de tempo entre elas, gerando atropelos”, analisa.

Na oficina Rumo à 13ª, outra reclamação: os conselhos de saúde foram obrigados a coordenar duas conferências simultâneas (Gestão do Trabalho e Saúde Indígena), com períodos reduzidos para a organização das etapas municipais, estaduais e regionais. O gestor Edmundo Costa apóia tal crítica. “A organização delas é cara, onerosa. E se se faz segmento no próprio setor, fica mais caro ainda”. Resultado: muitos municípios, especialmente os menores, não conseguem promover as prévias das conferências temáticas e têm dificuldades até para organizar a da nacional.



Os conselhos municipais de Saúde também têm sido afetados, já que, segundo um conselheiro presente à oficina, passam o ano em função da preparação de conferências. Outra reclamação é quanto à repetição de discussões e votações. “Hoje temos uma conferência nacional que discute a saúde do trabalhador, e depois se convoca uma conferência específica de saúde do trabalhador”, sintetiza Antônio Alves. “As temáticas têm compartimentalizado a discussão de questões que são integradas e dificultado a gestão local e regional”, critica o encarte “SUS”, produzido pelo Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conasems.

A situação levou o CNS a decidir que até a 13ª não haverá conferências temáticas. O colegiado ainda se comprometeu a elaborar uma proposta a respeito para aplicação ou deliberação na 13ª. Outro dilema levantado na oficina do CNS é que as conferências não têm mostrado alternância de participantes, o que gerou uma dú-

vida: haveria um monopólio de vagas em municípios e estados, que sempre elegem as mesmas pessoas, não permitindo a renovação?

As críticas são variadas, mas não superam o reconhecimento dos sanitaristas de que as conferências têm sido determinantes para a consolidação do SUS. “São importantes instrumentos que expressam a democratização das relações do Estado com a sociedade”, destaca o próprio relatório do CNS. Se, por um lado, as deliberações não têm poder de lei, por outro, passam a servir de recurso político de argumentação para os defensores do SUS e acabam tendo influência grande nos serviços, analisa Soraya Vargas. “As pessoas não vão às conferências por nada: elas sabem que aquelas decisões vão ter repercussão”.

**É preciso ampliar os espaços democráticos para as decisões de políticas públicas, nos quais elas possam ser debatidas também publicamente, com a participação efetiva dos cidadãos. (...) O próprio SUS, ao prever a participação da sociedade nos conselhos, cria condições para identificar e promover experiências de sucesso também em mobilização social.**

♦ Alberto Pellegrini Filho, secretário-executivo da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – Radis 45

## Radis adverte

No Carnaval (e sempre), use camisinha!



A.D.

## MOBILIZAÇÃO, O RETORNO

Antônio Ivo, entretanto, define: “Temos hoje muita participação, mas pouca mobilização”. Essa é uma queixa freqüente dos sanitaristas – entre eles, Gilson Carvalho, que em reflexão-desabafo após o 7º Abrascão (*Radis* 13) afirmou que “os grandes aliados na defesa da implantação do SUS abandonaram a luta central”, ou Mário César Scheffer, que na 12ª CNS exortou o movimento sanitário a “resgatar o ativismo na defesa da saúde, esquecido desde a 8ª Conferência” (*Radis* 18) –, agora encarada de frente pela nova direção do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (ver página 30).

O diretor da Ensp esperava que a ativação desses espaços de participação democrática direta, como os conselhos e as conferências, estivesse alimentando e sendo alimentado por uma mobilização, o que não ocorreu. Ele cita como exemplo a atitude de pacientes renais crônicos quando se viram diante de um colapso nos serviços de hemodiálise. Um grupo se sentou na entrada do Congresso Nacional para que a Lei de Transplantes fosse aprovada. “Teve um efeito brutal pela mobilização, não pela atuação no conselho”, avalia.

Para o sanitarista, há uma saída: o aumento do vínculo com a base. “Isso os conselhos ainda não conseguiram, legitimar-se como representantes da sociedade para acumular mais força política”, diz Antônio Ivo. Antônio Alves é outro que defende uma representatividade maior. “O SUS só vai se consolidar quando o controle social for efetivo, eficaz, presente, esclarecido,

fiscalizador, definidor e pensado para o coletivo, não para o individual”, reitera. Ele frisa que um conselheiro pode representar o movimento dos professores, por exemplo, mas sem perder de vista que faz parte de um espaço voltado para a sociedade. “É lógico que ele leve a reivindicação de seus pares, mas esta não pode ser mais importante que a do conjunto”.

O secretário sugere que, ao serem informados sobre o tema da reunião plenária seguinte, os conselheiros promovam um debate com os segmentos que representam para tirar uma posição coletiva. Iriam então ao plenário para defendê-la, “e não para serem conselheiros de si próprios”. Retornariam ainda ao seu segmento e prestariam contas do que conseguiram aprovar ou não. “Ou seja, um trabalho de mão-dupla, democratizando as decisões”.

Soraya Vargas reforça a avaliação de que o controle social na saúde ainda não corresponde à visão utópica dos pioneiros que o instituíram, mas não esquece que boa parte das decisões sobre serviços e gestão da saúde é tomada nos conselhos e nas conferências. “E, principalmente, é um canal de informação para os participantes, que terminam levando as discussões aos estados, às cidades”. E vai além: “Se não houvesse esse espaço, que lado sairia vencedor?”

Entre tantas polêmicas, vale perguntar: afinal, o controle social conseguiu democratizar a gestão da saúde? Antônio Ivo responde: “SIM, com caixa

**Nenhuma política pública, em especial uma política de saúde, pode ser formulada sem efetivo controle social e participação da sociedade. Não imagino que uma política pública de saúde possa e deva ser implementada de forma adequada sem que o conjunto da sociedade, a partir da ação do controle social, esteja presente.**

♦ Norberto Rech, da Anvisa, na 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – *Radis* 14

alta”. Mas ressalva que o sistema não está perfeito, conseqüência de sua capilaridade e da capacidade da própria população de participar, acompanhar, se interessar. “E não se pode querer, numa sociedade como a nossa, que tem a história patrimonialista que tem, o Estado fechado, baixa taxa de índice técnico na decisão, colocar nas costas dos conselhos a responsabilidade de democratizar todo um setor”. Otimista, diz que em algumas décadas o Brasil vai começar a perceber os resultados de uma estrutura de participação cidadã que é singular no mundo. Antônio Alves concorda: “Num país de 506 anos, um sistema de 16 ainda é muito jovem”. 



## Controle social na pauta

### NA RADIS

- ♦ nº 6, jan-fev/2003, p. 16: Entrevista – Sílvio Mendes Filho, presidente do Conasems, fala sobre a implantação do SUS nos municípios, analisa aspectos da Noas e discute o papel do controle social;
- ♦ nº 11, jul/2003, p. 8: 12ª Conferência Nacional de Saúde – Controle social será ponto de partida para debates;
- ♦ nº 12, ago/2003, p. 9: 12ª Conferência Nacional de Saúde: O controle social e as ‘vacas sagradas’;
- ♦ nº 13, set/2003, p. 30: Controle social: Legitimidade e liberdade para os conselhos.

- ♦ nº 18, fev/2004, p. 16: Controle Social e Gestão Participativa – “A força do Sistema Único de Saúde é o controle social”.

### NA COLETÂNEA RADIS 20 ANOS

#### NA SÚMULA

- ♦ nº 81, jul/2001, p. 4: Conselhos de saúde – Espaços de participação social;
- ♦ nº 81, jul/2001, p. 6: Conselhos de saúde e controle social.

#### NA TEMA

- ♦ nº 17, fev/1999, p. 26: Experiência bem-sucedida, Hospital Sofia Feldman – Controle social ajuda na resolutividade;
- ♦ nº 20, fev/2001, p. 9: Avaliação do controle Social – Não há como separar participação das mudanças no modelo econômico.

## ENTREVISTA

Francisco Batista Júnior

# “O controle social é um projeto em construção”

O farmacêutico Francisco Batista Júnior tomou posse em novembro de 2006 como presidente do Conselho Nacional de Saúde, ao fim de um processo de modernização e democratização iniciado em 2003 e coroado pela eleição de todo o colegiado, da mesa diretora e da própria presidência — por 70 anos ocupada automaticamente pelo ministro da Saúde.

Se essa ampla abertura ajudou o conselho a avançar, nem por isso os desafios à frente são simples, e Francisco fala deles com franqueza, seja da cultura autoritária que impede o gestor de ver o conselho de saúde como parceiro, seja das deliberações sem fundamento jurídico nas conferências. “Tenho absoluta clareza de que o controle social ainda é um projeto que está sendo construído”, disse Francisco à *Radis*, em entrevista por telefone logo após a posse. “Mas já podemos debater os grandes temas com a sociedade, com a área de saúde pública, com a autoridade de quem está acompanhando de perto, cumprindo a sua tarefa”.

**Quais são as prioridades dessa nova gestão?**

Primeiro, a **regulamentação da Emenda Constitucional 29**, para avançarmos na questão do financiamento do sistema público de saúde. Segundo, a **implementação do Pacto de Gestão do SUS**, que é uma proposta das mais avançadas. Se implementado da forma que julgamos correta, pode significar alterações significativas na qualidade dos serviços de saúde prestados pelo poder público. E estou convencido de que não haverá pacto de gestão sem a participação ativa dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde.

**Como tem sido a atuação do CNS?**

A avaliação é que o CNS, com essa reestruturação a partir de 2003, está bem diferente, com uma atuação bem mais incisiva naquilo que é sua atribuição institucional, constitucional e legal. Nós temos hoje, por exemplo, um trabalho de comunicação inédito, que nos permite manter contato permanente com todos os municípios, os estados e outras áreas de políticas públicas. Além disso, o conselho tem uma atuação mais presente no acompanhamento e na definição das políticas públicas da área de saúde. Claro que não posso afirmar que está tudo perfeito, até porque tenho absoluta clareza de que o controle social ainda é um projeto que está sendo construído. Mas, mesmo levando em consideração as dificuldades, nós, do CNS, já podemos debater os grandes temas com a sociedade civil organizada, com aqueles direta ou indiretamente ligados à área de saúde pública, com a autoridade de quem está acompanhando de perto, cumprindo a sua tarefa. Ainda existe muita coisa por fazer e é por isso que nós estamos apostando muito nessa nova gestão, com a composição ampliada, mais representativa.

**Como está o controle social na saúde hoje?**

O controle social no Brasil, de 1990 até hoje, passou por ciclos diferentes. O primeiro, logo após a aprovação da Lei Orgânica do SUS e, no nosso caso particular, da Lei nº 8.142, foi de eferescência por conta da expectativa de criação dos conselhos. O segundo momento, num sentido de ampliação e qualificação maior desse primeiro foi quando se criou, em 1996, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. O terceiro momento foi o freio brutal nesse processo de mobilização e organização,



a partir de 1998. O controle social passou a ser desmontado no Brasil, a plenária deixou de acontecer porque o governo federal começou a dificultar a sua realização. Esse processo de enfraquecimento dos conselhos foi incrementado com o fortalecimento das comissões intergestores bipartites e tripartite. Muitas pessoas deixaram de participar porque percebiam esse esvaziamento. E o quarto momento é esse, de 2003 para cá, quando começou a haver uma retomada da organização, do respeito ao controle social e do estímulo à participação social.

**A pesquisa “Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS” aponta que alguns dos principais problemas dos conselhos são o financiamento e a assimetria de poder. Como resolver essas questões?**

O CNS está discutindo e vai aprovar um orçamento próprio. E esperamos que isso se reproduza nos estados e municípios. O conselho já tem sua dotação orçamentária,



mas através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Quanto à superação das dificuldades de funcionamento, é um processo cultural. O que podemos perceber é que, geralmente, onde os gestores têm mais compromisso com o SUS fica mais fácil o exercício do controle social e a atuação do conselho de saúde. Mas a minoria vê no controle social um parceiro importante. Se os gestores tivessem a consciência do quanto o conselho pode ser seu parceiro, um instrumento de fortalecimento da própria gestão... Pela cultura autoritária que temos, é justamente o inverso. O gestor não admite dividir responsabilidades, poder político, e acaba entravando a possibilidade de uma gestão mais participativa, mais democrática, mais transparente, mais avançada. Hoje, a própria sociedade não consegue perceber ainda o quanto de direito ela tem em relação à saúde pública. Até já ouviu falar que a saúde é um dever do Estado e um direito dela, mas não tem idéia do que isso quer dizer exatamente. E, não tendo, não ocupa os espaços que estão constituídos. Então, é preciso uma mudança cultural mesmo.

#### **Alguns conselheiros afirmam que as bipartites e a tripartite esvaziaram a atuação dos conselhos. Isso procede?**

A atribuição de cada um é diferente. Mas, a partir de 1999, houve um movimento deliberado de esvaziamento dos conselhos, tudo passou a ser acordado nas bipartites e tripartite. Foi um movimento pensado, não amoroso. E tem resquícios ainda. Definiam praticamente tudo em relação às políticas de saúde, nada passava nos conselhos de saúde. E alguns gestores ainda pensam assim, que o último espaço de discussão é a bipartite. Nós temos claro que não. Sob o ponto de vista legal e político, o último espaço de definição de políticas de saúde é o conselho de saúde. A bipartite e a tripartite existem para cumprir papel de pactuação, de acordos multilaterais. Fechados os acordos e aprovadas as pactuações, devem ser imediatamente submetidas aos conselhos. A queixa é que em alguns lugares ainda é desrespeitada essa lógica.

#### **E como está a política de capacitação de conselheiros?**

Há vários tipos de problema. Em alguns estados, ocorre de forma razoável, com o envolvimento

de todos os atores, universidades, secretarias estaduais e municipais de Saúde, conselhos, entidades de formação. Mas queremos fazer um debate porque há dificuldades que variam de estado para estado, problemas sérios que podem vir a inviabilizar a própria proposta. O CNS vai pautar a política, fazer um diagnóstico de quais são os gargalos que estão impedindo o programa de cumprir seu papel.

#### **O CNS divulgou o documento *Rumo à 13ª*, em que critica alguns pontos das conferências de saúde, como a não-alternância de participantes e o excesso de conferências temáticas...**

A alternância de pessoas tem a ver com um processo muito característico nosso. Essa falta de renovação, de alternância, infelizmente é uma característica da sociedade brasileira. Se analisarmos o movimento social, o comunitário, o sindical, o político-partidário, perceberemos que a renovação de quadros não é como deveria ser. Estou há 10 anos participando de conselhos e levanto a bandeira da renovação. Quando da definição dos delegados que vão participar da conferência nacional, ainda prevalecem as referências históricas construídas. É uma disputa pela disputa e aí pode mais quem tem mais poder político, de organização. Além disso, há a pouca renovação, uma tônica do movimento social brasileiro. É uma questão complicada porque não podemos intervir no poder de cada segmento discutir e tomar suas próprias decisões. Mas é um debate que precisamos fazer. Aqui no conselho fizemos um debate e não foi fácil. Eu fui um dos que defenderam que o conselheiro só pode ter, no máximo, dois mandatos. Tem conselheiro que está aqui desde a criação do conselho, praticamente. E conseguimos aprovar, inclusive para suplente. Isso pode ser implementado nos conselhos de saúde.

#### **E quanto às conferências temáticas?**

O que aconteceu é que nós, na ânsia da resposta às deliberações das conferências nacionais, estabelecemos a meta de realização de um número muito grande de conferências temáticas, o que nós sabíamos que traria dificuldades de realização. A gente já sabe muito bem que boa parte dos gestores municipais têm dificuldade de via-

bilizar a participação de pessoas em atividades nacionais por causa dos custos. Quando nós resolvemos fazer várias conferências temáticas, essa dificuldade foi potencializada. De um lado, sabemos que se dificultou e muito, não de forma deliberada, a participação mais maciça e representativa de alguns conselhos de municípios importantes. E nós temos que admitir que boa parte da agenda dos conselhos ficou voltada para a realização de conferências temáticas, o que tem seus prejuízos. Os conselhos têm uma grande agenda para dar conta, que foi duramente prejudicada. E o CNS já tem hoje uma posição bem clara de que temos que pensar muito para voltar a realizá-las. Vamos ter que fazer, mas não antes da 13ª, pois seria desperdiçar forças e recursos.

#### **As deliberações das conferências têm sido postas em prática?**

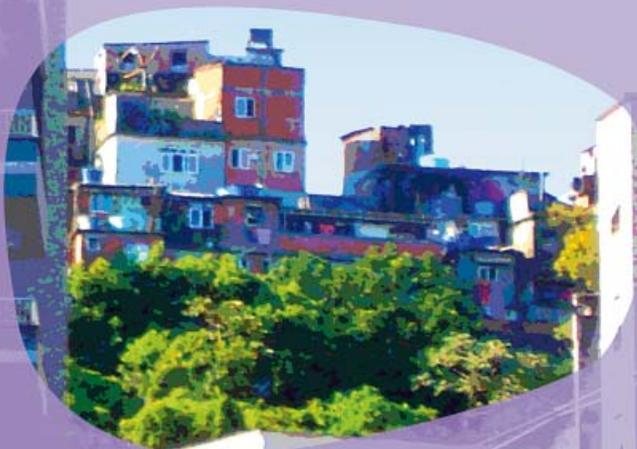
Ao analisarmos as decisões tomadas em conferências, várias não têm respaldo legal. Quando participo de conferência, sempre chamo a atenção para isso. Não adianta a gente achar que isso era o ideal se não tem respaldo jurídico. A gente não tem esse poder, esse direito. Se quisermos fazer isso, primeiro teremos que discutir a legislação e depois a viabilidade da proposta. Não podemos cobrar do gestor a implementação de deliberações que não têm respaldo jurídico. Fora disso, entendemos que as decisões de conferência são instrumentos importantes para nortear as ações dos conselhos de saúde e dos gestores também. Quando analisamos o produto de cada conferência, encontramos alguns muito bons, fantásticos, sintonizados com os princípios do SUS, fora um ou outro detalhe.



#### **Então, o que falta?**

Eu tenho dito que um dos grandes entraves para a implementação é o atual modelo de atenção. Continuamos com um modelo totalmente distorcido, mesmo com avanços no plano da prevenção e promoção. No plano geral, nunca tivemos um modelo tão centrado no medicamento de alto custo, nos exames de alta complexidade, no curativo, no profissional médico, nas internações hospitalares e, conseqüentemente, tão ameaçado pela privatização, pela insuficiência de recursos. E disso as conferências não têm dado conta. (B. C. D.)

# Feminização e pauperização, os desafios da prevenção



AD.

Katia Machado

Um evento marcado pela heterogeneidade. Heterossexuais, gays, lésbicas, travestis e transgêneros, negros, brancos, pardos e índios, jovens e idosos, de todas as classes sociais, estiveram em Belo Horizonte para a sexta edição do Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, em novembro de 2006, que partiu do debate *Desafios da prevenção e da assistência no SUS*.

A feminização e a pauperização da epidemia da aids foram os dois pontos de maior preocupação e que mobilizaram grande parte dos participantes de conferências, mesas-redondas e palestras. Isso porque, como confirmou o *Boletim Epidemiológico da Aids de 2006*, divulgado em dezembro, o número de infectados pelo vírus é maior entre as mulheres, as pessoas jovens e em situação de pobreza.

Na Conferência *Acesso universal à prevenção e à assistência*, primeiro grande evento do congresso, a diretora do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, a pediatra Mariângela Simão (ver entrevista na página 26), fez um resumo da situação da aids no Brasil, ressaltando o número de mulheres com o vírus. Até 2005, a estimativa de infectados era de 593.787; a de casos acumulados de aids, de

403.145, e a taxa de prevalência, 0,61% na população entre 15 e 49 anos. Entre 1980 e 2004, 172.048 pessoas morreram em decorrência do vírus, confirmando uma taxa de mortalidade de 6,2/100 mil pessoas e uma taxa de incidência de 19,8/100 mil. De 2000 a 2005, 32 mil novos casos de pessoas com aids surgiram por ano. "Nesses 20 anos, a epidemia de aids mostrou-se como uma epidemia dita concentrada, mantendo-se com taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população geral em níveis menores do que 1%", salientou.

Mas, entre mulheres, a taxa cresceu, reconheceu Mariângela. Na década de 1980, quando a aids surgiu no Brasil, a cada 26 casos da doença em homens havia 1 em mulher. Nos últimos 25 anos, a proporção caiu de forma expressiva e contínua. Hoje, a cada 1,4 caso em homens há 1 em mulher. Em algumas faixas etárias, o número de casos de aids em mulheres é maior do que entre homens. "Como entre os jovens de 13 a 24 anos: em 2004, foram registrados 1.455 casos em mulheres e 1.213 em homens", alertou à grande platéia presente.

A feminização da epidemia da aids é confirmada com o aumento do número de infectados entre mulheres com mais de 30 anos. Em 1996, foram notificados 1.527 casos de aids entre mulheres de 30 a 34 anos. Oito anos depois, esse número saltou para 2.426 casos. Além disso, a

epidemia, em sua quase totalidade, é de transmissão heterossexual. Mais de 94% do número de casos registrados no ano passado foram transmitidos à população feminina em relações heterossexuais.

Na área de comportamento sexual, a vulnerabilidade da mulher também fica evidente. Exemplo disso são os índices de uso de preservativo na população jovem: 51,5% dos homens de 16 a 19 anos dizem que usam camisinha regularmente. Entre as mulheres da mesma faixa etária, o índice é de apenas 32,6%. Os dados são da Pesquisa de Comportamento Sexual, realizada em 2005 pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e pelo Programa Nacional de DST e Aids. Como alertou Mariângela, é preciso refletir sobre a capacidade que a mulher tem de negociar ou mesmo impor uma relação segura ao parceiro.

## REDES DE ATENÇÃO À MULHER

Como compromisso de governo em tornar mais efetivas as medidas contra o aumento do número de casos de aids em mulheres, foi lançado durante o congresso o Plano Nacional de Ações Integradas para o Enfrentamento da Feminização da Epidemia. Uma das principais metas do plano é reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV, ou seja, de mãe a filho — durante a gestação, o parto ou a amamentação — para menos de 1% ainda em 2007. Outras metas propostas:

diminuir a incidência de sífilis congênita, implantar novas redes de atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, ampliar as redes de testes de HIV e exames ginecológicos e também a divulgação de informações sobre prevenção e formas de infecção pelo vírus da aids, inclusive em escolas.

Na mesa-redonda *Aspectos sociais da aids: práticas de prevenção com populações em situação de pobreza*, debate promovido no penúltimo dia do congresso, José Roberto Pereira, o Betinho, integrante do Projeto Bem-Me-Quer, na periferia de São Paulo, destacou alguns fenômenos sociais que aceleram a disseminação do HIV, com base em constatações de pesquisadores que estudam o tema. O primeiro: o subdesenvolvimento econômico e a pobreza; o segundo: mobilidade, incluindo migração, trabalho sazonal, convulsão social ou instabilidade política, que interagem frequentemente com a pobreza, assim como a desigualdade de gênero, o terceiro fenômeno que aumenta a vulnerabilidade relacionada a HIV/aids.

Segundo Betinho, o que mais lhe chamou a atenção foi o peso do baixo ou nenhum poder aquisitivo como uma das principais causas, atualmente, de vulnerabilidade para o HIV/aids. Depois da pobreza vêm a violência doméstica e sexual, o desemprego, a falta de instrução, o uso abusivo de álcool e de drogas, a desigualdade de gênero, o tráfico de drogas, a criminalidade, a homofobia, a falta de articulação comunitária e o preconceito. "Todos esses fatores estão intimamente ligados à pobreza", ressaltou.

Ao destacar os índices da pobreza divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) — dos 186.770.562 brasileiros, 53,9 milhões vivem abaixo da linha da pobreza (até R\$ 140 per capita/mês) e 20 milhões abaixo da linha da miséria (indigência: até R\$ 60/mês) —, ele advertiu para o alto número de pessoas sujeitas à infecção ou já infectados pela aids sem a devida assistência, pois boa parte não tem acesso aos serviços públicos.

É situação das populações empobrecidas de rua, afirmou a segunda palestrante da mesa, Carla Almeida, coordenadora do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa) do Rio Grande do Sul. "Não temos notificação do número de infectados e óbitos associados ao vírus em relação a essa população, já que a maioria não tem acesso aos serviços de saúde", afirmou. Ao chamar a atenção para o fato de que esse grupo populacional é invisível para a sociedade, ela questionou: "Como construir ações preventivas para pessoas que não são reconhecidas como cidadãs?"

Segundo ela, a vulnerabilidade da população de rua para o HIV/aids aumenta com a marginalização e a violência a que está submetida. O grande desafio, portanto, quando se fala nas populações em situação de pobreza, sobretudo as de rua, é ampliar o conceito de redução de danos que, segundo Carla, não está restrito ao uso de drogas lícitas e ilícitas. "É preciso pensar nos abortos feitos por inúmeras meninas das populações de rua, das tatuagens e piercings feitos sem nenhum cuidado, aumentando as chances de contaminação, e nas práticas sexuais", lembrou.

Em sua fala, Carla destacou algumas das ações do Gapa na prevenção da aids com populações de rua. Entre elas, a aproximação com o universo da rua, o uso da cultura hip hop e a interlocução com outros setores da sociedade. "Nossos desafios são construir ações transversais, integrais e intersetoriais, considerando os diversos aspectos dessa população", acrescentou. Para ela, é urgente construir uma proposta de prevenção e promoção da saúde voltada para esse grupo e, sobretudo, dar-lhes visibilidade social.

Para melhorar a prevenção das DST/aids, Betinho defende que se dê mais informação aos estudantes, melhor orientação em assuntos relacionados ao preconceito contra as pessoas vivendo com HIV/aids e mais conhecimento sobre o tipo de contato que nos tornam vulneráveis. "É nesse sentido que o Projeto Bem-Me-Quer vem atuando", informou.

Em sua opinião, há mais desafios a serem enfrentados na prevenção: a escassez de materiais e mídias para populações empobrecidas, a falta de recursos para ações e a ausência de organizações que atuem nesse sentido, a dificuldade em encontrar profissionais e educadores que queiram trabalhar em comunidades carentes, a baixa adesão de voluntários multiplicadores e a relutância das escolas públicas em veicular material sobre sexualidade e distribuição de insumos. "É preciso sensibilizar as instituições religiosas sobre prevenção, ampliar a orientação sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas e fomentar a intersetorialidade entre saúde, educação, assistência social, transporte e cultura", conclamou.

### FALTA PRESERVATIVO NO MUNDO

Na Conferência *Cenário internacional: os desafios para a prevenção das DST/Aids*, Pedro Chequer, coordenador do Programa de Aids das Nações Unidas para o Cone Sul (Argentina, Paraguai e Uruguai), falou no último dia do con-

gresso sobre os insumos de prevenção, a nova agenda de prevenção e os desafios das novas tecnologias.

Chequer, que até 2006 esteve à frente do Programa Nacional de Aids brasileiro, reclamou do excesso de demanda de preservativos em alguns lugares e do desabastecimento em outros, como também da interrupção no fluxo de fornecimento. Para ele, os anti-retrovirais têm maior destaque e maior investimento do que o preservativo. "Não que os medicamentos não sejam importantes, mas por que não se pensar numa fábrica de preservativos na África?", questionou. Além disso, acrescentou, pouco se escreve sobre o assunto, muito menos sobre o preservativo feminino. "O Brasil é um dos poucos países que têm o uso do preservativo feminino em sua política".

De acordo com estimativas globais sobre necessidades de preservativos, informou Chequer, a população mundial está estimada em 6,5 bilhões, estando 50% (3,250 bilhões) na faixa etária entre 15 e 49 anos. Desses 50%, 1,625 bilhão são do sexo masculino, representando 50%. Desse total da população masculina, apenas 50% usam preservativo, o que corresponde a um total de 812,5 milhões de homens. Para atender a essa população, estima-se a necessidade de um preservativo por semana. Para as 52 semanas do ano, seriam necessários 42,250 bilhões de preservativos. No entanto, salientou o coordenador do Unaiids, a produção mundial de 2006 foi de 15,356 bilhões. "Ou seja, houve um déficit estimado em 27 bilhões".

Não apenas há falta de preservativos, como também insuficiente disponibilidade de serviços de teste e aconselhamento no mundo. "Avançamos muito no Brasil, mas o mundo ainda está muito aquém a esse respeito", disse. Segundo relatório da Unaiids, 0,65% da população de adultos no mundo tem acesso ao teste de HIV, 4% a ações de redução de danos para usuários de drogas, 9% à prevenção da transmissão vertical, 9% a preservativos, 11% a programas de intervenção para homens que fazem sexo com homens e 16%, a programas de governo voltados para a aids.

Chequer destacou também a pobreza como fator de aumento da epidemia de aids no mundo e sua feminização. "Muitas vezes preparamos a mulher para prevenir a aids no filho e não a tratamos enquanto paciente", lembrou. Para ele, a prevenção é também dificultada no mundo porque exige enfoque multissetorial e intersetorial, envolve parceiros públicos, privados e movimentos sociais e não é tão apelativa ou mobilizadora quanto medicamentos e vacinas.

Algumas ações estão em construção e estudo na tentativa de contenção da epidemia no mundo, informou Chequer. Uma delas é a circuncisão masculina como forma de conter a transmissão do HIV. Estudo realizado no Quênia e em Uganda, na África oriental — cujos resultados estarão disponíveis neste 2007 —, vem mostrando que uma parcela de homens circuncidados não transmite o HIV. Para Chequer, embora estudos como esses sejam salutares, eles atendem a um grupo específico, requerem serviços cirúrgicos especializados e podem levar a pensar que a circuncisão é uma vacina contra a aids.

Há outros estudos em andamento na África, como a barreira cervical, considerando-se que a infecção no trato genital feminino ocorre mais frequentemente no colo do útero. A profilaxia pré-exposição com anti-retrovirais é também alvo de estudos no exterior. “Há pesquisas usando os medicamentos tenofovir mais entricitabina”, contou. “Mas é preciso avaliar isso com muito cuidado, ou estaremos medicalizando o mundo”, alertou o especialista.

E há mais estudos: por exemplo, com microbicinas, ou seja, produtos químicos aplicados na vagina para

prevenir a transmissão do HIV, que atenderiam apenas à população feminina, mas importantes para a África, onde a aids atinge 70% das mulheres; e com as vacinas. “Os obstáculos para se encontrar a vacina que contenha a aids são vários”, disse. O HIV tem alta variabilidade genética, há dificuldades de produção de anticorpos neutralizantes e ausência de um modelo animal adequado, informou. Isso sem contar com a dificuldade de acesso a medicamentos em determinadas regiões, como a África Subsaariana onde, dos 40% de habitantes infectados pelo HIV, 70% não têm acesso a medicamentos. 

## Os números no mundo

Em 2006, foram registradas por dia 11 mil novas infecções pelo HIV, e os países mais atingidos estão localizados no Leste Asiático, no Leste Europeu e na Ásia Central. Nestas regiões, o aumento no número de casos novos foi 21% mais alto do que em 2004. Na América Latina, a epidemia se mantém estável, com 1,7 milhão de pessoas vivendo com HIV/aids na região. É o que constatou o Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids (Unaid), divulgado em 21 de novembro, que serve de referência para quem trabalha diretamente na resposta à epidemia.

Segundo a Unaid, um total de 39,5 milhões de pessoas vive com HIV/aids no mundo, ou seja, 2,6 milhões a mais do que em 2004 — dado que representa 400 mil pessoas a mais do que há dois anos. Ainda de acordo com relatório, o número de novas infecções foi de 140 mil, aumentando para 4,3 milhões em 2006, e 65 mil é o número de pessoas que perderam a vida em função da doença.

Do total de pessoas com HIV, 63% estão na África Subsaariana. Uma região claramente atingida pela epidemia de aids — entre 2004 e 2006, houve aumento de 1 milhão de novos casos. Na região, foram também registrados 24,7 milhões de casos de aids, o que representa dois terços do total mundial. Além disso, cerca de três quartos das mortes de adultos e crianças causadas pela aids em 2006 ocorreram na região, que concentrou 2,1 milhões de mortes por aids, de um total mundial de 2,9 milhões.

Outras vítimas da epidemia são as crianças, confirma o relatório do Unaid: mais de 2,3 milhões de casos, quase

todos nos países pobres. Isso significa que, a cada minuto, uma criança com menos de 15 anos se infecta com o vírus e outra morre. São 500 mil meninos e meninas mortos ao ano pela aids — fora os milhões que se tornam órfãos todos os anos devido à doença.

### AS TAXAS BRASILEIRAS

Se, por um lado, cresceram os números da aids em algumas regiões e grupos, por outro, houve alguma redução, a exemplo da taxa da transmissão vertical no Brasil. Segundo o Boletim *Epidemiológico da Aids de 2006*, a redução na taxa de transmissão do HIV durante a gestação, o parto ou a amamentação foi de 51,5% entre 1996 e 2005.

O país também apresentou bons resultados quanto à taxa de prevalência, que desde 2000 está em 0,5%, confirmando que as ações de prevenção têm conseguido reduzir a taxa de crescimento da doença. Além disso, no Brasil, um terço da população já realizou o teste para o HIV e uma em cada três pessoas vivendo com HIV conhece sua sorologia. Para conter a proliferação dos efeitos da aids, o Brasil disponibilizou em 2006 R\$ 1 bi para compra de medicamentos anti-retrovirais. “É uma vitória termos estabilizado a taxa de incidência de aids no Brasil, mas precisamos estar atentos e não podemos passar a idéia de que com tratamento pode-se evitar a prevenção”, salientou Mariângela Simão na apresentação do *Boletim*, em novembro do ano passado.

Nem todas as taxas, entretanto, apresentaram redução. Na população idosa masculina, entre 50 e 59 anos, a taxa de incidência passou de 18,2 em

1996 para 29,8 a cada 100 mil habitantes em 2005. Entre as mulheres esse aumento foi ainda maior: no mesmo período, cresceu de 6,0 para 17,3.

Entre homens e mulheres com mais de 60 anos, a incidência de casos, que era de 5,9, passou para 8,8 nos homens e de 1,7 para 4,6 nas mulheres. O crescimento pode estar associado ao uso amplo dos medicamentos contra disfunção erétil e ao fato de que esta população nasceu num mundo sem aids.

Aumento expressivo foi igualmente conferido no grupo das mulheres com mais de 30 anos, confirmando a feminização da epidemia. Em 1996, foram notificados 1.527 casos de aids entre mulheres de 30 a 34 anos. Oito anos depois, esse número saltou para 2.426 casos. Do total registrado em 2006, 94% foram transmitidos por relações heterossexuais.

Embora o relatório do Unaid tenha constatado aumento no número de novos casos entre os jovens no mundo — pessoas entre 15 e 24 anos representam 40% dos 4,3 milhões de novas infecções em 2006 —, dados do *Boletim* brasileiro revelaram uma discreta queda entre os adolescentes de 13 a 19 anos: de 2,0 para 1,4 de 1996 para 2005. Entre adultos jovens, de 19,2 para 13,3.

O mesmo aconteceu entre os homossexuais, registrando apenas 2.026 novos casos da doença em 2005, e usuários de drogas injetáveis, apresentando redução de 72% do total de casos. Dado, que na opinião de especialistas, representa redução extraordinária e um ganho para os 400 programas de prevenção promovidos com usuários de drogas injetáveis no Brasil.

## Casos de aids segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2006(1)

UF de residência	1980-1994(2)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total 1980-2006
<b>Norte</b>	<b>1.149</b>	<b>396</b>	<b>473</b>	<b>610</b>	<b>723</b>	<b>807</b>	<b>913</b>	<b>1.112</b>	<b>1.319</b>	<b>1.425</b>	<b>1.957</b>	<b>1.900</b>	<b>897</b>	<b>13.681</b>
Rondônia	137	62	56	71	84	69	127	128	186	182	171	202	132	1.607
Acre	46	1	6	13	22	31	22	31	41	37	55	55	18	378
Amazonas	291	93	114	190	219	291	289	303	396	382	494	561	264	3.887
Roraima	52	10	15	17	20	26	53	53	38	78	117	67	25	571
Pará	525	186	233	249	300	290	328	479	520	616	952	856	385	5.919
Amapá	26	17	21	36	25	44	37	48	65	43	69	73	29	533
Tocantins	72	27	28	34	53	56	57	70	73	87	99	86	44	786
<b>Nordeste</b>	<b>7.061</b>	<b>1.692</b>	<b>2.137</b>	<b>2.462</b>	<b>3.023</b>	<b>2.969</b>	<b>3.299</b>	<b>3.515</b>	<b>4.168</b>	<b>4.697</b>	<b>5.141</b>	<b>5.486</b>	<b>2.101</b>	<b>47.751</b>
Maranhão	527	146	191	214	293	271	336	360	400	526	705	667	256	4.892
Piauí	211	77	79	101	94	115	175	170	176	176	273	284	92	2.023
Ceará	1.143	345	344	380	643	563	556	577	652	848	891	761	316	8.019
Rio Grande do Norte	379	74	112	133	183	136	162	172	152	209	137	325	142	2.316
Paraíba	490	125	140	153	198	250	243	245	261	288	331	314	139	3.177
Pernambuco	1.698	396	565	595	773	664	731	886	1.171	1.035	1.074	1.418	515	11.521
Alagoas	400	89	122	162	125	138	147	177	185	239	201	263	94	2.342
Sergipe	293	86	82	98	103	114	119	89	106	162	151	175	84	1.662
Bahia	1.920	354	502	626	611	718	830	839	1.065	1.214	1.378	1.279	463	11.799
<b>Sudeste</b>	<b>68.322</b>	<b>15.443</b>	<b>16.919</b>	<b>17.879</b>	<b>19.112</b>	<b>16.831</b>	<b>17.667</b>	<b>16.166</b>	<b>18.820</b>	<b>20.178</b>	<b>18.755</b>	<b>17.184</b>	<b>6.634</b>	<b>269.910</b>
Minas Gerais	5.745	1.701	1.743	1.847	1.835	1.836	2.460	1.915	2.681	3.068	2.738	2.853	1.066	31.488
Espírito Santo	758	213	249	354	405	424	470	519	640	642	660	613	251	6.198
Rio de Janeiro	14.771	3.008	3.668	4.178	4.316	3.817	4.177	4.071	4.659	5.296	5.709	5.108	2.089	64.867
São Paulo	47.048	10.521	11.259	11.500	12.556	10.754	10.560	9.661	10.840	11.172	9.648	8.610	3.228	167.357
<b>Sul</b>	<b>9.768</b>	<b>3.284</b>	<b>3.967</b>	<b>4.728</b>	<b>5.817</b>	<b>5.385</b>	<b>6.560</b>	<b>6.687</b>	<b>7.536</b>	<b>7.781</b>	<b>6.979</b>	<b>6.416</b>	<b>2.731</b>	<b>77.639</b>
Paraná	2.506	927	1.153	1.459	1.541	1.570	1.775	1.687	1.859	1.914	1.649	1.574	562	20.176
Santa Catarina	2.502	981	1.139	1.163	1.485	1.349	1.600	1.706	1.815	1.782	1.788	1.477	708	19.495
Rio Grande do Sul	4.760	1.376	1.675	2.106	2.791	2.466	3.185	3.294	3.862	4.085	3.542	3.365	1.461	37.968
Centro-Oeste	4.079	1.202	1.293	1.584	1.416	1.285	1.685	1.652	2.022	2.492	2.369	2.156	851	24.086
Mato Grosso do Sul	980	244	281	291	299	260	275	289	396	454	421	427	190	4.807
Mato Grosso	578	203	294	346	296	208	401	373	493	614	674	540	186	5.206
Goiás	1.416	483	402	568	496	475	617	674	724	779	797	736	307	8.474
Distrito Federal	1.105	272	316	379	325	342	392	316	409	645	477	453	168	5.599
<b>Brasil</b>	<b>90.379</b>	<b>22.017</b>	<b>24.789</b>	<b>27.263</b>	<b>30.091</b>	<b>27.277</b>	<b>30.124</b>	<b>29.132</b>	<b>33.865</b>	<b>36.573</b>	<b>35.201</b>	<b>33.142</b>	<b>13.214</b>	<b>43.3067</b>

Fonte MS/SVS/PN-DST/AIDS

Notas 1 – Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/6/2006 e no SIM de 2000 a 2005; Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

2 – Para os anos de 1980 a 1994, consultar edições anteriores do Boletim Epidemiológico ([www.aids.gov.br/](http://www.aids.gov.br/), menu Área Técnica/Epidemiologia/Boletim Epidemiológico).

## ENTREVISTA

Mariângela Simão

# “É preciso entender que todos nós que temos vida sexual ativa podemos contrair o vírus”

Desde que foi criado, em 1986, o Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, não apenas luta contra a epidemia, que agora se manifesta em maior número entre idosos, mulheres e meninas, mas também se preocupa em conter o preconceito e a discriminação em torno das pessoas que vivem com o HIV no país. Em 1º de dezembro – Dia Mundial de Luta contra a Aids – foi lançada a campanha “Prevenção PositHIVa – A vida é mais forte que a aids”. Pela primeira vez, no Brasil, são protagonistas da campanha pessoas comuns infectadas pelo HIV.

Em entrevista por telefone, logo após o 6º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, em novembro, a diretora do programa, Mariângela Simão, falou sobre o novo enfoque da campanha e comentou o *Boletim Epidemiológico da Aids 2006*, como também os desafios do combate à propagação do vírus. Pediatra-sanitarista, Mariângela fez mestrado em Saúde Materno-Infantil, trabalhou nas secretarias de Saúde do Paraná e de Curitiba, chegou ao Programa DST/Aids em 2004, quando assumiu a área de Cooperação Nacional, e em 2006 substituiu o veterano Pedro Chequer, médico-sanitarista e epidemiologista.

**O Boletim Epidemiológico da Aids de 2006, divulgado em dezembro, mostra taxas mais baixas de aids nos casos de transmissão vertical**

**do HIV. Que análise você faz desses números?**

O boletim mostra algumas tendências e traz alguns dados que servem para nossa reflexão. A redução da transmissão vertical, ou seja, da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, que o boletim aponta, foi de 51,5% entre 1996 e 2005. Apesar da queda, ligada ao fato de as mulheres terem maior acesso a tratamento, como o uso dos anti-retrovirais, isso ainda nos preocupa. A taxa para o Brasil como um todo poderia ser menor que 1%, e ainda está em 8%.

**E os novos casos de aids?**

É outro dado que também chama nossa atenção. Estamos com 433.067 casos novos no Brasil. Segundo estudo feito em 2004 pelo Ministério da Saúde, coordenado pela pesquisadora Célia Landmann Szwarcwald, do Ict/Fiocruz, temos uma estimativa de 593.787 infectados pelo HIV no país, ou seja, cerca de 600 mil. Isso dá uma prevalência do HIV de 0,61% da população brasileira adulta. O *Boletim* mostrou também que temos média de 33 mil casos/ano de aids desde 2000, confirmando que a epidemia tende a se estabilizar na prevalência, e com uma incidência que varia em algumas regiões.

**Quais são as questões específicas desse Boletim?**

Uma das coisas que ficam claras é o aumento da taxa de incidência entre as pessoas com mais de 50 anos. Isso é algo que já vem de algum



tempo, mas que se torna marcante agora. Primeiro porque a manifestação da doença provocada pela aids pode se dar até 10 anos depois da infecção pelo vírus. Quem então, com 50 anos, está com aids é que provavelmente foi infectado pelo vírus no começo dos 40 anos. Comparando-se portando com os dados da aids em adultos jovens – faixa etária entre 25 e 34 anos –, que se estabilizam devido ao uso de preservativo, confirma-se que o impacto da iniciativa “Prevenção positHIVa” é importante.

Há estudos que mostram que na década de 1980 apenas 8% dos jovens na faixa etária entre 16 e

19 anos usavam preservativos na primeira relação sexual. Agora, esses índices subiram para 52%. Outros estudos mostram até 65% de uso de preservativo nessa faixa de idade. Fica claro que o jovem está tendo outro comportamento, pois começa sua vida sexual num mundo com aids. O que era diferente anos atrás. Ou seja, os adultos mais velhos começaram a vida sexual numa época em que não havia o vírus, ou ele era desconhecido.

#### **Ou seja, as pessoas mais velhas estão desprevinidas?**

As relações estáveis, mais frequentes entre pessoas com mais idade, têm influência no aumento dos índices da aids entre adultos mais velhos. Outro motor de mudança de comportamento sexual neste grupo é o uso dos medicamentos para disfunção erétil, que estão trazendo a essa população mais oportunidades. Lembro de uma campanha de massa no Sul do Brasil que fizemos anos atrás, mostrando que 15% das pessoas testadas durante a campanha tinham mais de 65 anos. E nós esperávamos que houvesse menos gente nessa faixa etária. Conversando com um senhor do movimento de idosos da região, ele disse: "Agora, com esses remédios, o idoso também fica com aids". Ou seja, quem faz sexo, em tese, corre risco de ser infectado.

#### **O risco para as mulheres então aumentou...**

A feminização da epidemia também nos chama a atenção. Hoje, a aids é cada vez maior entre as mulheres. Por exemplo, nos últimos três anos, constatamos 15 homens com aids para cada 10 mulheres. No início da epidemia, eram 26 homens para cada 10 mulheres. Essa relação mudou e mudou para ficar. Por isso a preocupação de se trabalhar melhor a vulnerabilidade da mulher. Numa pesquisa recente, quando indagadas por que não usavam preservativo, 29% das mulheres responderam que não usavam porque confiavam no parceiro. Os homens diziam que não lembraram na hora. É uma relação desigual até na questão de se proteger. Entre as meninas de 13 a 19 anos, a relação homem/mulher é inversa e mais cruel: temos 18 meninas com aids para cada 10 meninos.

#### **Por que a epidemia apresenta diferenças entre as regiões brasileiras?**

Nas regiões Sul e Sudeste, verifica-se uma estabilização. Por outro lado, há aumento nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A epidemia é maior no Sul e no Sudeste porque são regiões mais populosas e onde o vírus apareceu primeiro. De qualquer forma, há vários tipos de epidemia no país. Isso porque, na medida em que a epidemia foi se interiorizando, tomou outro rumo.



**No início da epidemia, eram 26 homens com aids para cada 10 mulheres. Há 3 anos, eram 15 homens para cada 10 mulheres. Entre as meninas de 13 a 19 anos, a relação homem/mulher é inversa e mais cruel: temos 18 meninas com aids para cada 10 meninos.**



#### **Como direcionar as ações de luta contra a aids diante de tantas diferenças?**

Na verdade, o que o Programa Nacional de DST/Aids vem fazendo, ao longo dos anos, é estar atento às tendências da epidemia de aids no Brasil e reformulando suas estratégias e diretrizes. Temos uma epidemia que se estabilizou, ou seja, já temos um número esperado de casos todos os anos. Já sabemos que há iniquidades regionais importantes no acesso ao tratamento, e isso se traduz numa intensificação na capacitação dos profissionais do Norte, não apenas para ampliar o diagnóstico pelo teste rápido, como

também no manejo clínico básico do soropositivo, que são as pessoas que têm o vírus não-manifestado.

#### **Qual o enfoque da "Prevenção PositHIVA"?**

Hoje, temos 175 mil pessoas em tratamento da aids no Brasil. Essas pessoas têm acesso a medicamentos, que o governo federal produz e distribui. Mas as pessoas não precisam apenas de remédio. Elas têm outras tantas necessidades. A aids é uma doença crônica que precisa ser tratada para a vida toda. Até que se ache a cura, é necessário um acompanhamento diferenciado. Depois de um longo período de terapia, já sabemos dos efeitos adversos da medicação e da necessidade de melhorarmos as estratégias de adesão dos pacientes. Temos um estudo que mostra que 85% dos pacientes tomam medicamento regularmente.

Há necessidades específicas que precisam ser revistas. Uma criança que nasceu com aids na década de 90 é hoje um adulto jovem que vive com o vírus. Ele quer ter relação afetiva, emprego, deseja alcançar seus sonhos, mas ainda enfrenta muita discriminação como consequência da desinformação. É comum ainda a sociedade como um todo ter a aids como coisa do outro. É preciso entender que todos nós que temos vida sexual ativa podemos contrair o vírus. Então, a campanha está voltada para esse grupo. Apresentamos pessoas comuns que vivem com aids. Elas falam sobre a doença, se expõem, tentam ajudar a pôr fim à discriminação e ao preconceito.

#### **Qual o balanço das ações do governo?**

Acho que o governo brasileiro avançou bastante em relação à política de aids. O acesso aos medicamentos anti-retrovirais vem sendo garantido, assim como o acesso a insumos e laboratórios. Nós temos como desafio tornar o abastecimento desses medicamentos menos problemático, fazendo com que o medicamento esteja disponível na hora e na dosagem certa. Outro desafio é garantir maior abastecimento de preservativos, ou seja, que todos os meses o quantitativo chegue aonde é necessário. Para o ano de 2007, estamos prevendo distribuir em torno de 1 bilhão de preservativos. Outro grande desafio está voltado ao combate permanente à discriminação e à melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com aids. 

# Uma sociedade mais velha e com saúde



Foi divulgado em dezembro o relatório final da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, organizada no primeiro semestre de 2006 pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Com 277 páginas em cuidadosa edição – que até poderia servir de modelo para futuros eventos – é um dos mais completos na história das conferências temáticas.

Profissionais, pesquisadores e ativistas da área bem que mereceram esse cuidado todo: afinal, 2006 foi um ano frutífero para este campo essencial da saúde pública. Em outubro, já havia sido assinada pelo presidente Lula e o ministro da Saúde, Agenor Álvares, a Política Nacional da Saúde do Idoso, que confirmou algumas das deliberações aprovadas na conferência – entre elas, a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi), compromisso originalmente firmado por governo, entidades de defesa do idoso e conselhos de controle social.

A nova política é um retrato do Pacto pela Saúde, assinado também em 2006 pelo Ministério da Saúde e os conselhos estaduais e municipais, conforme ressaltou o coordenador da área técnica de Saúde do Idoso do ministério, José Luiz Telles. Integrante do CNDI e pesquisador da Fiocruz, Telles considera tanto a conferência quanto a assinatura da política dois importantes momentos para a população idosa.

“Nunca antes houve participação tão intensa das pessoas idosas e seus representantes na luta por seus direitos”, disse.

O documento enfatiza que a conferência nacional, precedida por 27 conferências estaduais e numerosas municipais, contou com 725 participantes – conselheiros, gestores das três esferas de governo, representantes de usuários e de entidades prestadoras de serviços, de instituições internacionais e de universidades públicas e particulares. “Em todo o processo participaram quase 10 mil pessoas”, destacou Telles.

O relatório, cujo título oficial é *Anais da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*, acompanha os oito eixos temáticos da conferência: Ações para Efetivação dos Direitos da Pessoa Idosa; Violência contra Idosos; Saúde da Pessoa Idosa; Previdência Social; Assistência

Social à Pessoa Idosa; Financiamento e Orçamento Público; Educação, Cultura, Esporte e Lazer; Controle Democrático, o Papel dos Conselhos.

Todas as 290 deliberações constam dos *Anais*. “A conferência nacional foi a celebração da terceira idade em torno de seus sonhos e projetos, afastando a idéia de que chegando à velhice nada mais se faz”, disse Telles.

A partir das deliberações da conferência, sobretudo no que se referia à saúde do idoso, a política nacional acrescentou dois valiosos instrumentos para o atendimento a esse grupo de cidadãos: a *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* e a internação domiciliar.

## UM LIVRETO ESTRUTURANTE

O primeiro é um livreto no qual os profissionais do setor, ao atenderem um idoso, deverão anotar todas as informações relativas a sua saúde. O objetivo principal é acompanhar cada indivíduo atendido no SUS e identificar idosos em risco. “É um instrumento aparentemente simples, mas estruturante para a Atenção Básica”, afirmou Telles, ressaltando que com a caderneta é possível, por exemplo, identificar um processo de demência e tratá-lo precocemente.

As cadernetas estão sendo distribuídas às secretarias de Saúde do Distrito Federal, das capitais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes. Os pequenos municípios recebem o caderno das secretarias estaduais. Estão sendo entregues, primeiramente, a idosos

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população idosa, ou seja, com mais de 60 anos, está estimada em 17,7 milhões. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. As maiores causas de mortalidade entre idosos em nosso país são os acidentes vasculares cerebrais. Somente em 2004, 11,70% das mortes entre pessoas acima de 60 anos foram provocadas por doenças cerebrovasculares.

cadastrados no programa Saúde da Família, no momento da consulta ou da visita domiciliar. A previsão é que sejam atendidos, num primeiro momento, 73% da população idosa cadastrada.

O segundo instrumento é a internação domiciliar, cujo objetivo é atender os pacientes que precisam de cuidados especializados, mas não da internação hospitalar. Recebem atendimento, portanto, em sua própria casa. O objetivo dessa iniciativa é que o SUS proporcione aos idosos um atendimento humanizado que acelere sua recuperação, permitindo maior autonomia aos pacientes e às famílias durante o tratamento. O atendimento no lar é feito por equipes de profissionais formadas por um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem em visitas periódicas.

Outro meio de avaliação do paciente de idade previsto pela Política Nacional da Saúde do Idoso é direcionado ao

profissional de saúde: o Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. "A publicação oferece ao profissional de saúde instrumentos para atender bem essa parcela da população", contou Telles. "É um material de referência para capacitação local que não está limitado a passar remédio".

Com essas iniciativas, a Política Nacional do Idoso traz uma novidade: distingue o idoso independente e autônomo do que apresenta algum nível de fragilidade. "Consigo com elas identificar o idoso que sai para fazer suas compras, como também aquele que nem quer sair de casa", salientou o coordenador. Não querer sair de casa não é "coisa normal de velho", asseverou. É preciso avaliar e tratar esse idoso, pois muitas vezes uma simples queixa desse tipo pode indicar sérios problemas de saúde, como a depressão, ou sinalizar outros, como hipertensão ou diabetes.

A proposta requer que gestores e profissionais de saúde tracem planejamento adequado e determinem prioridades, como o acompanhamento diferenciado em cada situação. Além disso, acrescentou Telles, é preciso incorporar às ações o antigo conceito da Organização Mundial de Saúde de envelhecimento ativo, que permite, sobretudo ao grupo dos idosos mais frágeis, melhores condições de saúde.

"Vale lembrar que a sociedade brasileira está envelhecendo, é um fato irreversível que vai interferir em todas as dimensões da vida humana", alertou Telles. "Precisamos nos preparar para a velhice como uma grande conquista." (K.M.)

O relatório final da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa pode ser solicitado ao CNDI por e-mail: cndi@sedh.gov.br.

## À espera de ações concretas

As 19 deliberações do eixo *Saúde da Pessoa Idosa*, conforme registram os *Anais da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*:

- ♦ Mapear e traçar o perfil epidemiológico da população idosa, incluindo o diagnóstico sociofamiliar como estratégia para o planejamento e a avaliação das ações em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal);
- ♦ Ampliar o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com incorporação de indicadores epidemiológicos para acompanhamento da saúde da população idosa;
- ♦ Fomentar pesquisas para realização de diagnósticos sobre o perfil da população idosa nos municípios, garantindo recursos para parcerias com instituições de nível técnico e superior;
- ♦ Criar indicadores com base na PPI (Programação Pactuada Integrada) do SUS/Ministério da Saúde, referente ao idoso;
- ♦ Realizar campanhas de sensibilização e mobilização sobre o envelhecimento humano e orientação para uma velhice ativa e saudável;
- ♦ Realizar campanhas de prevenção de doenças específicas da idade: câncer da próstata, do colo do útero e da mama; catarata; glaucoma; mal de Alzheimer etc.;

- ♦ Realizar campanhas de divulgação quanto à utilização de medicamentos sem prescrição médica, combatendo a automedicação da pessoa idosa;

- ♦ Realizar campanhas de esclarecimento sobre a rede de serviços de atenção à pessoa idosa;

- ♦ Difundir a legislação que regulamenta a prestação de serviço de cuidadores de idosos;

- ♦ Garantir, à pessoa idosa, a acompanhantes e cuidadores, assistência à saúde nos diferentes níveis de atenção do SUS, abrangendo todas as áreas clínicas, com ampliação do número de profissionais, com vistas a atender a demanda real;

- ♦ Informatizar a rede do SUS, criando central de marcação para agendamento de consultas por telefone, com vistas a agilizar o atendimento especializado da pessoa idosa;

- ♦ Implementar e/ou ampliar a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar à pessoa idosa;

- ♦ Garantir visita de atendimento domiciliar aos idosos dependentes ou acamados — acometidos de doenças e agravos não-transmissíveis (DANTs), com recursos adequados (equipe multidisciplinar, transporte, equipamento etc.);

- ♦ Implantar programas preventivos de transtornos mentais, de doenças

neurodegenerativas e dependência química da população idosa, bem como criar Centros de Atendimento Psicossocial (Caps) e demais serviços regionalizados, para o tratamento dessas doenças;

- ♦ Implantar, na rede do SUS, núcleos regionais e centros de referência de média e alta complexidade, pactuados entre os entes federados e especializados na atenção à saúde do idoso;

- ♦ Implementar a rede de serviços de alta e média complexidade, englobando instituições de longa permanência, centros-dia, abrigos temporários e casas de passagem para pessoas idosas que necessitem de cuidados e não tenham condições de retorno imediato a suas residências;

- ♦ Criar residência terapêutica temporária (por até 60 dias) com serviço de reabilitação do idoso com alta hospitalar e sem condições de retorno a sua casa, com garantia de atendimento domiciliar após a alta.

- ♦ Criar e/ou melhorar instituições de longa permanência para abrigar idosos em situação de extrema vulnerabilidade ou insuficiência familiar;

- ♦ Realizar parcerias com instituições de ensino superior para atendimento e reabilitação da pessoa idosa.

# A saúde na política e a política na saúde



Adriano De Lavour \*

O déficit de formulação teórica e ativismo político em torno das bandeiras da Reforma Sanitária, tão presentes nas origens do Sistema Único de Saúde, pedia há tempos uma “revitalização”. O primeiro passo foi dado no Rio de Janeiro em 1º de dezembro, com o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Sanitaristas de ontem e de hoje prepararam uma agenda inicial de debates para a reconstrução de um campo político da Reforma Sanitária que dê feição de projeto às diversas lutas do setor saúde que hoje se travam no parlamento, nas organizações sociais e nas instituições — por financiamento, por alteração do modelo assistencial, por um projeto mais geral para o país, como disse

Antônio Ivo de Carvalho, diretor da Ensp, na fala de boas-vindas.

A iniciativa foi do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), com apoio da Ensp/Fiocruz e de todas as entidades representadas no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: além do próprio Cebes e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) — ambas na raiz do Movimento da Reforma Sanitária —, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa). O Fórum já apresentara aos candidatos à eleição de 2006 o documento “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade” (íntegra na *Radis* 49), discutido no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto de 2006.

Antes disso, o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados (*Radis* 37), em 2005, e a própria 12ª Conferência Nacional de

Saúde (*Radis* 18), em 2003, já haviam debatido temas candentes da Reforma Sanitária e da consolidação do SUS, como a inserção da saúde no campo mais amplo da seguridade social.

“A Reforma Sanitária faz parte de um projeto social para o país”, disse Antônio Ivo. Ele lembrou que, nesses últimos encontros, manifestava-se um sentimento geral de que, apesar dos enormes avanços na construção do SUS, faz falta o processo de debate virtuosamente construído lá pelos anos 70, unindo a academia e os gestores mais ousados, mais críticos do sistema anterior. “O movimento foi ator relevante, com visibilidade, até a promulgação da Constituição em 1988 e das leis orgânicas em 1990”, disse. “Depois disso afrouxaram-se um pouco os laços das instituições e das pessoas em torno desse compromisso, que ganhou o nome de Movimento da Reforma Sanitária, e isso volta às mentes como perda do tônus de articulação”.



Esse sentimento é que vem impulsionando a iniciativa de revitalização. De um lado, o esforço de criar propostas de enfrentamento dos déficits do próprio SUS e, de outro, a tentativa de se recuperar a ambiência política das lutas por melhorias do sistema. "O país se vê diante de encruzilhadas que se expressam em conflitos visíveis de projetos estratégicos para o país", afirmou o diretor da Ensp. "Se na origem a Reforma Sanitária foi vista como parte de um processo de transformação política e construção da democracia, talvez seja o momento de retomarmos o esforço para que o conjunto das lutas volte a ser potencializado num movimento". Agora, com uma diferença, ressaltou: "Certamente esse movimento se desenvolverá de maneira interpartidária, mas não será suprapartidário, porque não estará acima dos projetos distintos que hoje disputam espaço no país".

#### PODER DE FOGO MAIOR

O novo presidente da Abrasco, José da Rocha Carvalheiro (FSP/USP), em clima de nostalgia, fez passar de mão em mão uma fotografia antiga de integrantes da associação, muitos presentes no auditório. E destacou que alguns deles, hoje "inseridos formalmente e radicalmente no governo", são obedientes "às lógicas de relacionamento do poder". O "poder de fogo" maior do grupo tem um elemento novo: os parlamentares que freqüentavam as reuniões do movimento têm hoje a Frente Parlamentar da Saúde. "Não vamos abandonar a discussão dos mecanismos de gestão, de financiamento, a defesa intransigente dos princípios do SUS", exortou. Mas pediu que se debatam temáticas novas, como a batalha que se trava neste momento no INPI contra a concessão de patentes de anti-retrovirais (ver súmula na página 10). "Há terrenos que trilhamos do ponto de vista acadêmico, mas não temos concretamente transformado em bandeiras de luta política".

Depois de Áquilas Mendes, vice-presidente da Abres, "a parceira mais jovem entre as instituições do Movimento Sanitário, pois só entrou em 1989", tomou a palavra a recém-eleita presidente do Cebes, Sonia Fleury, que

anunciou a agenda desta retomada da tradição de debate político no Movimento Sanitário: no contexto da aprovação pelo Ministério da Saúde do projeto do Cebes "Reforma Sanitária em Debate", haverá reuniões mensais de análise de conjuntura, que se prolongarão na internet e serão sistematizadas com a publicação de livros e material didático. Também haverá a formalização anual do Encontro Nacional de Conjuntura e Política.

**"É preciso criar uma perspectiva de solidariedade latino-americana com projetos concretos, como na questão ambiental, que afeta especialmente a população pobre"**

(Ary Carvalho)

Sonia citou frase recente do cientista político Marco Aurélio Nogueira sobre a atualidade político-social — "muita movimentação e pouco movimento" —, que, para ela, expressa a necessidade de retomada do debate: "Fizemos movimentação com movimento na construção de uma sociedade democrática, com um projeto que costurava as diferentes propostas", lembrou. "Temos projeto ainda?" Os sanitaristas, disse, viveram uma década de resistência ao projeto neoliberal do Estado, de redução do gasto público na área social, de valorização da visão monetária. "Em vez de continuarmos críticos no sentido de fazer a reforma avançar, ficamos como defensores intransigentes do SUS", resumiu. "Depois dos governos liberais, passamos a um governo que seria o *nosso governo*, que, no

entanto, manteve a mesma proposta do ponto de vista econômico — então, os movimentos sociais foram paralisados não pelo enfrentamento com o inimigo, mas porque ficaram sem saber o que fazer com aquele estranho amigo no poder..."

Para Sonia, diante de mais um governo Lula o Movimento Sanitário já tem distância suficiente para se manter crítico na busca do avanço da reforma. "Então, a proposta do Cebes é colocar, como questão central, a saúde na política e a política na saúde". O que explica essa dissociação entre os governantes no poder e o interesse da população, que conhece a importância da saúde?, perguntou.

Na busca das respostas, o debate inicial foi dedicado à situação internacional. A pesquisadora Sarah Escorel, que coordena o Observatório de Conjuntura da Ensp/Fiocruz, chamou a atenção para a derrota do presidente Bush nas eleições para o Congresso americano e para as eleições recentes na América Latina, com governos de esquerda que têm sido tachados de populistas. Paradoxalmente, nesse processo, o Brasil assume "papel imperialista", a partir dos braços da Petrobrás no exterior. Sonia Fleury agregou que 2006 chega ao fim com a esquerda governando 75% da América Latina. "Isso não significa uma identidade latino-americana, mas indica a insatisfação popular com as políticas conservadoras e o fracasso do modelo neoliberal". Para ela, cabe ao Brasil papel não só nas relações comerciais, mas de estímulo ao avanço das políticas sociais.

Edmundo Gallo, da Fiocruz/Brasília, observou que é importante que o Brasil aproveite o momento favorável, intervindo no contexto da saúde internacional, e anunciou um conjunto de ações regionais importantes, entre eles o recente 1º Encontro Internacional Pró-Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com participação de representantes dos nove estados da Amazônia Legal, além de Peru, Bolívia e Uruguai. "É importante estudarmos o que acontece nos países latino-americanos, inclusive para identificar o que representa essa esquerda", concordou Áquilas, lembrando que os governos são diferentes



e o Brasil deve estar atento para não assumir papel “subimperialista”. Henri Jouval, da Opas/OMS, para quem “a saúde não é mais nacional, é internacional, pela globalização”, destacou: se aqui a saúde está fora da agenda política, no exterior está cada vez mais presente, por se tratar de área de concentração e mobilização de capital e recursos tecnológicos.

“O que há em comum é a rejeição às reformas neoliberais na área de saúde”, aparteu Antônio Ivo, “e o papel do Brasil é importante não para exportar modelos, mas para manter presentes os princípios que regem o SUS”. Paulo Gadelha, vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz, destacou que em fóruns como a Organização Mundial do Comércio estão se dando alguns debates fundamentais para o campo da saúde.

### SOLIDARIEDADE REGIONAL

O vice de Serviços de Referência e Ambiente da Fiocruz, Ary Carvalho, contou que o 3º Simbravisa, em dezembro, conclamou os sanitaristas a debater a grave questão ambiental que se desenha com a instalação de uma indústria de celulose no Rio Uruguai, que afetará não somente a Argentina, que está mobilizada em protesto, mas toda a região. “É preciso criar uma perspectiva de solidariedade latino-americana em cima de projetos concretos para aglutinação das forças, como na questão ambiental, por exemplo, que afeta especialmente a população pobre”. Ele mencionou o relatório PNUD-2006 sobre a escassez de água no planeta, “uma coisa chocante”: 1,1 bilhão vivem com menos de 5 litros de água por dia, geralmente obtida a grandes distâncias.

“Não adianta discutir saúde sem associá-la à questão social e à redução efetiva da pobreza”, completou Lenaura Lobato, da Universidade Federal Fluminense. Paulo Elias, da Faculdade de Medicina da USP, desafiou o movimento sanitário a “pensar a natureza da saúde” hoje, área de acumulação de capital – uma mercadoria. “É um erro grande a contradição entre política econômica e política social: não pode persistir essa linha de contrapo-

sição, que deriva do não-entendimento do que houve com a saúde”.

Na parte nacional do debate, Sonia Fleury criticou a crença hegemônica neoliberal de que só se destrava a economia com corte de gastos sociais e benefícios como os da Previdência. “Isso ruiu, mas não aparece um projeto de desenvolvimento que inclua investimento, emprego e distribuição de renda”, desabafou, lembrando que é preciso mostrar que saúde não é gasto, mas investimento.

Gallo retomou a palavra para apontar, como saída, o diálogo entre o pensamento sanitário e o pensamento econômico. Ele recordou que a área econômica só fala em cortar gastos, e cortou R\$ 1,78 bilhão da saúde. Em fins de novembro, contou, reuniu-se com a Frente Parlamentar da Saúde para discussão do orçamento da União. Os parlamentares começaram falando da urgência de se recuperar o valor cortado. “Quando se sugeriu, porém, que se retirassem as emendas parlamentares ao orçamento, que somam R\$ 2 bilhões na área da saúde, até os mais progressistas alegaram que não dá para recompor orçamento por aí, porque temos que responder aos prefeitos, a nossas bases parlamentares...”

Gallo condenou duramente essas emendas, totalmente desconectadas das políticas prioritárias de investimento, e menos ainda conectadas às políticas de desenvolvimento e integração regional. Mesmo no governo é difícil, como constatou quando era diretor de Investimentos do ministério. Citou como exemplo o projeto do QualiSuS: a iniciativa regrediu porque o Banco Mundial não quis saber de integração regional ou desenvolvimento tecnológico, só queria pôr dinheiro para construir unidade ou comprar equipamento. “É o que o projeto faz hoje”, lamentou. “Então, precisamos dominar essas questões objetivas nesse projeto acadêmico”.

Ligia Bahia, da UFRJ, foi voz discordante: “A saúde se justifica não por ser investimento, não me agrada esse economicismo, devemos defender a saúde porque é um direito”, propôs. É preciso discutir que visões políticas tirariam a saúde desta espécie de

“emparedamento”: por exemplo, quem se apropria hoje dos recursos da saúde?, questionou. Do dinheiro do ReforSUS, prosseguiu, quanto foi para a rede pública, quanto para a rede privada? “Temos que discutir isso de frente, o SUS como um grande sistema de compras”, indignou-se. “O orçamento da saúde não é a expressão de uma política, mas um conjunto de programas, parece uma árvore de natal”.

### UM NOVO MODELO

Sobre a antiga proposta de Sonia Fleury, de resgate da seguridade social como núcleo aglutinador da problemática social, a começar pela organização de uma conferência nacional sobre o tema, Jouval foi contundente. “O que alavancou o SUS foi a seguridade social: capitalizar a Previdência é desqualificar o SUS”. Por isso, defende um plano de resistência em defesa da Previdência. Lenaura concordou, afirmando que há “um claro retorno” ao sistema de seguro social como nos tempos dos institutos, graças ao excesso de normatização de condutas e à falsa idéia de que há déficit no setor. A seguridade também foi defendida por Ilma Noronha, do Ilicit/Fiocruz. Para ela, este pode ser o chamariz de um novo modelo de previdência, mais inclusiva e equânime.

Paulo Elias mudou um pouco o tom ao dizer que um segundo aspecto central, depois do financiamento, é a gestão. “Temos modalidades de gestão alternativa, há um movimento na saúde sobre isso, mas não se discute”, reclamou. “Enquanto isso, o que se percebe é que a administração direta não dispõe de meios para fazer a gestão, essa é a questão”. Para ele, “o problema da reforma do Estado não está colocado na área do SUS”. E deu exemplo: a reforma feita pela Secretaria de Saúde de São Paulo. “Ouço pessoas falando disso com um grau de desinformação imenso – muitas vezes as críticas às organizações sociais de saúde, as OSSs [Radis 43], são mais aos méritos do que aos problemas, que são muitos”, afirmou. “Temos que debater a reforma do Estado, pois os críticos dos modelos de gestão não oferecem alternativa”.



A advogada Lenir Santos, especialista em direito sanitário e nos aspectos legais da gestão, concordou. “Realmente temos que discutir a gestão do SUS em geral e, em especial, a hospitalar”, disse. Segundo ela, há duas crises, uma instalada e uma anunciada. A crise instalada é a do Rio de Janeiro: os hospitais que ofereciam resultados melhores porque tinham fundações de apoio têm data marcada – 1º de janeiro, por determinação do TCU – para encerramento do modelo. Ela lembrou que 50% da mão-de-obra destes hospitais vêm das fundações de apoio – e 13 mil funcionários de hospitais universitários são dessas fundações. “A crise mostra que fundação de apoio não é a solução em hipótese alguma”. Outro problema grave, para ela, é que quase todas as fundações de apoio detêm grande parte do patrimônio da apoiada. “É uma crise instalada, e tem de haver uma resposta para isso, vamos ter que discutir gestão”.

A outra crise, a anunciada, é a das OSs. “Só vai dar problema 10 anos depois de instalada, quando começarem as ações trabalhistas”. Segundo a advogada, todas as entidades já estão com ações trabalhistas. Quem vai arcar com isso? E quais são as respostas? “Sem respostas com segurança jurídica, teremos casuísmos”, afirmou. “Quem tem força política legaliza a situação e passa no Congresso; então, temos que discutir as fundações, que chamávamos governamentais e hoje estão batizadas de fundações estatais.

Segundo Lenir, o contrato de autonomia, previsto na Emenda Constitucional 19, de 1998, poderia modernizar a gestão, mas os sanitaristas nem se deram conta dele. “Se não aprofundarmos isso, pode-se começar a achar que é terceirização, e não é”. Lenir propôs ainda um debate sobre o terceiro setor, que na opinião dela pode ser complementar, jamais substitutivo, como na reforma do Estado do ex-ministro Bresser Pereira, pela qual os serviços não-exclusivos do Estado seriam substituídos pelo terceiro setor. Carlos Otávio Moreira, da Ensp/Fiocruz, disse que essa tentativa de reconstituição de um

bloco histórico de forças comprometidas com o desenvolvimento das políticas sociais, com o rompimento da dicotomia conservadora entre a economia e o social, deve focalizar quatro pontos essenciais: financiamento, *mix* público e privado, acesso e controle social.

## “A saúde se justifica não por ser investimento; devemos defender a saúde porque é um direito”

(Lígia Bahia)

Ao consolidar esse trecho do debate, Sonia Fleury mostrou-se atenta aos matizes da problemática da gestão. “Fizemos a mais profunda reforma democrática do Estado, mas a questão gerencial ficou uma bandeira neoliberal”, disse. “Agora, temos dificuldade de assumir medidas para aumentar a eficiência e a eficácia, e temos que fazer isso, essa bandeira não pode ser da direita”. E perguntou: o que pode ser feito para coadunar uma gestão mais autônoma, mais eficiente, mais eficaz e responsável da saúde com os mecanismos de controle social? “Não podemos pegar os instrumentos gerenciais neoliberais em detrimento da nossa proposta; senão, estaremos abrindo mão da reforma democrática que fizemos para fazer a reforma gerencial”, declarou. “Temos que tentar avançar para combinar o que for possível dos dois”.

### A BANDEIRA DA ÉTICA

Para Sonia, é preciso propor ainda a questão da ética pública. “Na saúde, é grotesca nossa convivência com pessoas que não trabalham o tempo que deveriam trabalhar, que cobram por fora, que fazem milhões de coisas absurdas”, disse. “A bandeira da ética pública tem que ser nossa, e

não externa, como se fosse alheia ao cotidiano que vivemos”.

Chico Braga, da Ensp, concluiu que o encontro já rendeu pautas importantes: financiamento, gestão, emendas parlamentares, seguridade social. Para ele, o campo da esquerda não tem projeto de gestão. “Mas, por conta da crise dos institutos (do Câncer, de Cardiologia, de Traumatologia-Ortopedia), surge essa discussão”, acrescentou. Lenir interveio para esclarecer que existe, sim, um projeto de gestão antigo, que funciona bem em diversas instituições – a fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado [ela detalhou o tema em artigo recente, “*Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações*”, cuja íntegra pode ser lida em [www.idisa.org.br/](http://www.idisa.org.br/)]. “Todos os serviços sociais se gerem da pior maneira, fazem os controles mais burros, desqualificados, e para quê?”, indagou. “Para não dar certo! Daí criam-se os instrumentos paralelos: fundações de apoio, OSs, tudo isso”, analisou. “Queremos retomar o Estado dentro do Estado, e não fora do Estado, como a reforma do Bresser – queremos fazer para dentro”.

A sanitarista e ex-deputada Lúcia Souto abriu longa discussão sobre o quadro político a partir deste segundo mandato do presidente Lula. Vários debatedores analisaram as perspectivas de um governo de coalizão com o PMDB e se debruçaram sobre temas como reforma política e eleitoral, democratização da mídia e da gestão, mudança na percepção das privatizações – que perderam o caráter de valor positivo na campanha eleitoral – e, especialmente, a composição do Ministério Lula: todos reforçaram a tradicional reivindicação dos sanitaristas de que o ocupante da pasta da Saúde tenha compromisso com o SUS e competência técnica.

A mesa concluiu que seria impossível, diante da amplitude das sugestões e da clara necessidade de aprofundamento dos temas, o encaminhamento imediato de propostas. O debate continua. 

\* Colaborou Marinilda Carvalho



## SERVIÇO

## EVENTOS

**3º ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE**

Sob o tema “Conhecimentos e práticas para a saúde e a justiça social”, o evento tem como objetivo de promover intercâmbio e sistematização de conhecimentos, experiências, saberes e práticas de educação popular e saúde nos serviços de saúde, nas escolas, nos domicílios e nas comunidades. Em sua terceira edição, o encontro é promovido pela Rede de Educação Popular e Saúde, pelo Departamento de Metodologia de Ensino da UFSCar e pelo Grupo de Pesquisa Práticas Sociais e Processos Educativos.

Data 9 a 11 de março de 2007

Local Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo

Mais informações

Tel. (16) 3351-8372 ou 3351-8373

E-mail encontroeps@power.ufscar.br

Site www.ufscar.br/encontroeps

## INTERNET

## CARTILHA DOS MEDICAMENTOS

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) acabam de lançar a cartilha *Medicamento: um direito essencial*. Direcionada a usuários e consumidores, a publicação aborda o direito de acesso aos medicamentos



fornecidos pelo SUS na rede pública de saúde, assim como os direitos de quem compra remédios diretamente em farmácias e drogarias. Trata dos tipos de medicamentos, de sua utilização correta, dos riscos da automedicação, do papel de médicos e farmacêuticos e da responsabilidade de governos e planos de saúde. Na cartilha, as entidades deixam claro que defendem a proibição de qualquer propaganda de medicamento no Brasil (inclusive aqueles de venda livre), criticam a falta de transparência da política de preços e abordam a quebra de patentes como forma de ampliação do acesso.

A cartilha está disponível no site do Cremesp [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br), no link Publicações.

## LANÇAMENTOS

## SAÚDE INDÍGENA

*Povos indígenas no Brasil 2001/2005*, do Instituto Sociambiental (ISA), reúne 178 artigos assinados, 200 imagens fotográficas, 36 mapas e depoimentos de índios, analisando os conflitos de terras, a preservação da biodiversidade nas terras indígenas e a ameaça do agronegócio a esses povos. Destaca ainda a demografia, as línguas e a saúde dos índios. Essa é a décima edição da publicação, que anteriormente era produzida pelo Centro Ecumênico de Documentação e Informação (Cedi).



## INFORMAÇÃO EM SAÚDE

*Informação e saúde, uma ciência e suas políticas em uma nova era*, de Maria Alice Fernandes Branco, publicado pela Editora Fiocruz, é baseado na tese de doutorado da autora, em que analisa a trajetória da política nacional de informação em saúde até anos recentes, abordando a emergência do conceito de rede e sua crescente incorporação ao mundo



contemporâneo, além das formas em que ocorre essa incorporação. Debruça-se também sobre as interfaces políticas e técnicas dos processos de formulação e implementação de três redes de informação em saúde no Brasil: a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) e o Cartão SUS.

## EDUCAÇÃO E SAÚDE

*Trabalho, educação e saúde* (vol. 4, nº 2), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, traz dois artigos que tratam da história da formação dos trabalhadores — “O



ensino de saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro”, de Luiz Antônio de Castro Santos e Lina Faria; e “Políticas públicas em trabalho, educação e tecnologia: uma história em movimento”, de Marlene Ribeiro. Há textos sobre a relação entre cidadania, politécnica e emancipação e uma entrevista com o professor Yves Schwartz, diretor científico do Departamento de Ergologia da Universidade de Provence (França), que mantém laços de cooperação com grupos de pesquisa na Fiocruz nas áreas de saúde pública, trabalho e ambiente desde os anos 90.

Para acessar os textos completos da revista, consulte: [www.epsjv.fiocruz.br/revista](http://www.epsjv.fiocruz.br/revista).

## ENDEREÇOS

ISA — Loja Virtual

Site [www.socioambiental.org/loja](http://www.socioambiental.org/loja)

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112 Manguinhos

CEP 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail [editora@fiocruz.br](mailto:editora@fiocruz.br)

Site [www.fiocruz.br/editora](http://www.fiocruz.br/editora)

Escola Politécnica de Saúde

Joaquim Venâncio

Tel (21) 3865-9853

E-mail [revtes@fiocruz.br](mailto:revtes@fiocruz.br)

## PÓS-TUDO

# Obesidade: consumo e produção

Vivian Braga

Os dados divulgados pelo IBGE alarmaram com os números sobre obesidade em nosso país, especialmente a infanto-juvenil. Entre adolescentes de 10 a 19 anos, 16,7% sofrem de excesso de peso. Afirma-se que esse crescimento é maior nas famílias mais ricas (apesar de também ter crescido significativamente nas mais pobres), que moram em áreas urbanizadas e incide mais sobre os meninos do que as meninas. Já os dados sobre a população em geral indicam que 38,5% estão acima do peso, dos quais 40,6% são adultos(as) e, entre esses, 11% são considerados(as) obesos(as).

Esta realidade traz à tona não apenas os hábitos alimentares, mas sobretudo um conjunto de fatores que determinam os padrões de produção e consumo de alimentos no país. E ainda aponta a necessidade de estarmos abertos(as) a novas políticas públicas voltadas para a questão alimentar.

Sabe-se que o hábito alimentar de cada pessoa, grupo ou sociedade é determinado por inúmeros fatores associados – biológicos, psicológicos e culturais, além dos econômicos. Alguns estudiosos reconhecem o papel da família como fundamental nessa formação: as mães são as principais responsáveis pelo alimento que entra em casa, mesmo que a interação social da criança também seja importante. Afirmam que a idade é uma variável determinante na identificação do gosto alimentar. (...) Além da idade, observa-se que diferentes pressões sociais incidem sobre os meninos e as meninas e isso gera diferenças de comportamento alimentar. (...) Outros argumentos indicam a forte interferência da publicidade na formação do gosto alimentar das pessoas. A serviço das multinacionais, que controlam a produção mundial de alimentos, a publicidade agrega aos alimentos símbolos e significados, esta-



belece hierarquias, alcança os desejos e, portanto, mexe com as emoções.

Uma vez conhecidos os aspectos definidores da formação do gosto e dos determinantes do consumo, temos fundamentos para elaborar políticas públicas de educação alimentar e torná-las efetivas. No entanto, isso não pode ser feito negligenciando-se a importância do nosso modelo de produção alimentar e sua estreita relação com o crescimento da obesidade.

Reconhecendo que o modelo de produção é um processo cultural, podemos dizer que aquilo que uma sociedade produz – respeitando lógicas de dominação específicas – é a reprodução da cultura em objetos e bens. Tudo é produzido de acordo com classificações sociais de situações e de atividades e de acordo com o status das pessoas. Isso explica, em parte, a especialização da produção contemporânea de alimentos em torno das diferenças significativas da sociedade (homem-mulher, novo-velho, rico-pobre...). Grosso modo, aquilo que é produzido atende a *nichos de mercado*, conforme termo utilizado pela publicidade.

(...) Ela, sobretudo, induz ao consumo de alguns produtos simplesmente por termos mais facilidade de acesso a eles do que a outros. Nesse sentido, nosso modelo de produção e distribuição privilegia a alimentação industrializada, o que é facilmente constatado, dada a predominância das redes de supermercados com produtos dessa natureza. O

público, por sua vez, mesmo tendo acesso a informações sobre saúde, continua consumindo mais alimentos ricos em calorias e pobres em nutrientes.

Destaca-se que os alimentos industrializados considerados saudáveis, *lights*, *diets*, massas integrais, 0% de gordura, sem conservantes etc., ganham espaço nas prateleiras dos supermercados. Os alimentos orgânicos, como alternativa *in natura* e produzidos sem agrotóxicos, estão cada vez mais presentes nas grandes redes e em feiras específicas de alimentação. No entanto, esses produtos considerados saudáveis ainda estão fora do alcance da maioria da população, devido aos altos preços se comparados aos alimentos convencionais. Dessa maneira, para promover alguma mudança nos hábitos, seria necessário conciliar políticas que facilitem o acesso da população às informações sobre alimentação saudável e, sobretudo, aos alimentos saudáveis, tornando-os disponíveis no mercado a preços acessíveis.

As políticas públicas de educação alimentar e a legislação que regula a publicidade de alimentos precisam caminhar juntas com políticas que incentivem a diversidade alimentar, tanto no âmbito da produção quanto no da comercialização. Diversificar a alimentação é importante do ponto de vista não só da saúde, mas também de outros contextos relacionados à valorização de culturas alimentares locais, e ainda permite a inclusão dos pequenos produtores (agroalimentares e de pequenas empresas) aos mercados, normalmente dominados pela grande indústria.

Ações como essas podem promover o desenvolvimento, estimulando a economia com base em vocações locais. Além disso, ao assumir essa responsabilidade social, as políticas de educação alimentar não serão rotuladas de moralizantes, no sentido de ditarem os padrões de consumo da população, principalmente das camadas mais baixas. Por fim, tais medidas constituem-se em excelente exercício de práticas que visam fortalecer a democracia. Não pelo direito de consumir, mas pelo poder de decidir de fato sobre o que produzir e consumir. 

\* Antropóloga, pesquisadora do Ibase ([www.ibase.org.br](http://www.ibase.org.br)); artigo publicado no *Jornal da Cidadania*, nº 137, de 27/10/2006.

# CSP

## CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Cadernos de Saúde Pública é uma publicação mensal editada pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, que se destina a veiculação de artigos técnico-científicos que contribuam ao estudo da Saúde Pública em geral e áreas afins, como epidemiologia, controle de endemias e de vetores, avaliação nutricional, saúde ambiental, planejamento, saúde do trabalhador e ciências sociais em saúde.



ACOMPANHE O QUE HÁ DE MAIS RECENTE NA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA  
**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA AGORA É MENSAL!**

[www.ensp.fiocruz.br/csp](http://www.ensp.fiocruz.br/csp) | [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)