

**NESTA EDIÇÃO**

**20 anos das  
leis do SUS**

Fruto de lutas e  
pressão, textos  
ainda têm artigos  
não cumpridos

**Injustiça ambiental**

Mapa localiza  
conflitos danosos  
em todo o país

# RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 95 • Julho de 2010

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

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



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP



**Mala Direta  
Postal**

9912233515/2009-DR/RJ  
FIOCRUZ

...CORREIOS...



# AGROTÓXICOS

**Motor do agronegócio brasileiro tem impacto  
sobre o ambiente e a saúde da população**

# Um ato silencioso e silenciado

*Seminário discute dificuldade da imprensa em abordar a temática do suicídio*



Neury: o suicídio à sombra de outras mortes



Dapieve: há um tabu na imprensa



Estellita-Lins: alerta contra o sensacionalismo

FOTOS: NATÁLIA CALZAVARA

editora do caderno dominical *Bem viver*, do jornal *Extra*. Ela lembrou que é difícil “emplacar” notícias tristes nas edições de fim de semana de um jornal popular. Apesar de não haver proibição, lembra, as matérias tendem a “ver o lado bom das coisas”, o que dificulta discutir assuntos como suicídio, depressão e câncer.

O pesquisador Carlos Eduardo Estellita-Lins, coordenador do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio do Icict, ressaltou que a omissão não ocorre somente quando não se fala sobre o assunto, mas também quando ele é tratado de maneira descontextualizada ou sensacionalista. Ele alertou para a necessidade de se desmistificar o suicídio, assim como acontece com outros problemas de saúde pública. “A prevenção é importante estratégia *empoderante*”, assegurou.

Estellita lembrou que um quarto da população brasileira sofre algum transtorno mental, o que transforma o pedido de ajuda em questão-chave. Ao mesmo tempo, destacou, a sociedade precisa repensar o controle dos meios de “autoexterminio”, como a posse e a guarda de armas de fogo, o uso de pesticidas e a arquitetura irresponsável e insegura.

Neury José Botega, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e presidente da comissão de prevenção do suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), definiu o problema como “tragédia silenciosa e silenciada”, que produz mortes consideráveis no país. O DataSUS registrou 9.090 suicídios em 2008, o que representa 25 mortes por dia. “E por que não se noticia? Por que ficar à sombra de outras mortes trágicas?”, indagou.

Ele assegurou que é possível ajudar as pessoas sob o risco de suicídio, sugerindo campanhas informativas dirigidas. Nesse sentido, Neury apresentou dois materiais da ABP destinados a jornalistas – *Comportamento suicida: conhecer para prevenir* e *Manual para a imprensa*, disponíveis na íntegra no site da Radis ([www.ensp.fiocruz.br/radis/95/web-01.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/95/web-01.html)). Sobre o silêncio dos jornalistas, argumentou que “não é só a imprensa que não noticia; é a sociedade que se cala”. (ADL)

Praticamente invisível na imprensa brasileira, o ato de tirar a própria vida é considerado tabu pela sociedade e talvez por isso seja pouco discutido na mídia. Essa constatação motivou a realização do seminário *Suicídio na imprensa: entre informação, prevenção e omissão*, pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), em 25 de maio. O seminário reuniu jornalistas e pesquisadores, apresentando informações úteis para a formação de profissionais e para os serviços. De acordo com o jornalista Umberto Trigueiros, diretor do Icict, as informações deverão figurar no *Observatório de Saúde na Mídia*, já que são importantes para melhor qualificar a atenção à saúde no SUS.

O “tratamento diferente” dado ao suicídio nas redações foi o tema estudado pelo jornalista e professor Arthur Dapieve em seu mestrado em Comunicação, na PUC/Rio. A dissertação rendeu o livro *Morreu na contramão: o suicídio como notícia*, lançado em 2006, no qual analisou a abordagem dada pelo jornal *O Globo* ao assunto, durante o ano de 2004. No levantamento que realizou, Dapieve encontrou 142 menções ao suicídio. “Foi um ano atípico”, considerou, destacando que cerca de 60 delas se referiam ao registro dos 50 anos do suicídio do ex-presidente Getúlio Vargas (1882-1954), o que “influiu a cobertura em quase 50%”.

Das outras notícias não relacionadas à morte do ex-presidente, 36 citavam o suicídio de maneira genérica

(em teorias ou estatísticas), 29 relatavam atentados terroristas, sete davam desdobramentos de casos antigos e as demais tinham relação com outros fatos – como o suicídio de um executivo envolvido no escândalo da multinacional Parmalat. Apenas uma das matérias noticiava um caso recente, dado contrastante com as estatísticas oficiais, que contabilizavam 96 suicídios registrados na capital carioca no mesmo ano.

## POSTURA DOS JORNALISTAS

Dapieve descobriu que a ausência no noticiário não se devia a um “interdito” da imprensa, mas à postura dos próprios jornalistas, que têm dificuldade em lidar com o assunto, em parte, por acreditarem que, ao ler sobre o suicídio, as pessoas estariam mais sujeitas a praticá-lo. “Há um tabu”, reconheceu, lembrando que os poucos manuais de redação a tratar de suicídio recomendavam somente publicar quando este envolvesse também a morte de terceiros. Outra preocupação dos jornalistas seria “romantizar” o tema, sob o risco de influenciar o leitor.

Há 20 anos na redação de *O Globo*, o jornalista Antônio Marinho concordou com Dapieve, lembrando que, mesmo sendo setorista de medicina e ciência, nunca escreveu sobre suicídio. “Não se toca nesse assunto”. Atual editor de saúde do jornal, ele supôs que o assunto não interessa ao mercado e, portanto, não é pautado. “Fala-se sobre depressão, mas não sobre suicídio”, observou. “As matérias no máximo chegam a tratar do risco”, corroborou Flávia Junqueira,

# Combate aos ambiencidas

O vocábulo não consta no dicionário como designação de extermínio do meio ambiente — nele incluído o ser humano —, mas as muitas acepções e dimensões do que se poderia chamar de ambiencídio estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano.

Os agrotóxicos, por exemplo, estão na base de sustentação do agrotóxico, que destrói ecossistemas e a biodiversidade, além de concentrar terra e expulsar mais gente do campo para as periferias das cidades. Quando utilizados pela agricultura familiar, esses produtos químicos costumam apresentar ainda mais dificuldades para a orientação e o controle da aplicação. Trabalhadores do campo, comunidades próximas às plantações e o consumidor final dos alimentos estão expostos a diferentes e preocupantes graus de contaminação. Maior consumidor mundial, o Brasil é também o país mais consumido pelos agrotóxicos.

Nossa matéria de capa mostra como as vozes da saúde pública entram nesse debate. Instituições como Anvisa e Fiocruz e fóruns como a Conferência Nacional de Saúde Ambiental questionam os efeitos dos agrotóxicos sobre o meio ambiente e a saúde, cobrando e praticando mais pesquisa, controle, fiscalização e participação, junto com as representações sociais, na luta por regulação e redução desses venenos.

Outras ameaças e injustiças ambientais estão presentes em todo o país. Para enfrentá-las, o primeiro passo é a informação. Com tecnologia

inovadora, agora é possível conhecer e realimentar dados e análises sobre mais de 300 conflitos e acrescentar informações sobre outras situações semelhantes no Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil. O mapa digital desenvolvido pela Fiocruz e a Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase), com apoio do Ministério da Saúde, dá visibilidade a denúncias que partem das próprias populações atingidas e que são selecionadas com base na relevância socioambiental e sanitária e na seriedade e consistência das informações.

Nesta edição, dois outros temas raros. A participação que a imprensa pode ter na atenção a formas silenciosas de sofrimento e na prevenção ao suicídio. E a discussão sobre como cuidar de usuários e profissionais humanizando a arquitetura das edificações dos serviços de saúde, reduzindo também sua carga de impacto ambiental.

Morre mais uma expressiva liderança do movimento social. No dia 9 de junho, o xukuru Uelson José Araújo foi atingido, com sua mulher, por um veículo não identificado numa estrada de Pernambuco. Uma triste perda para todos que têm noção do valor inestimável da defesa da população e da cultura indígenas. Uma conveniente coincidência para os truculentos inimigos dos direitos humanos e do meio ambiente?

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## CARTUM



### Comunicação e Saúde

- ♦ Um ato silencioso e silenciado 2

### Editorial

- ♦ Combate aos ambiencidas 3

### Cartum

3

### Cartas

4

### Súmula

5



### Radis adverte

6

### Toques da Redação

6

### Meio ambiente e saúde

- ♦ Lente de aumento sobre as injustiças ambientais 8
- ♦ Como consultar 9
- ♦ Entrevista — Marcelo Firpo Porto: "Os invisíveis precisam ser trazidos à tona" 10

### Agrotóxicos

- ♦ Proteção para quem? 11



### 4º Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar

- ♦ Novos conceitos para ambientes de saúde 16
- ♦ Arquitetura voltada para a humanização 19

### Legislação

- ♦ Vinte anos de regulamentação do SUS 20

### Serviço

22



### Pós-Tudo

- ♦ Agrotóxicos no seu estômago 23

Capa: Arte sobre foto Flickr  
Ilustrações Aristides Dutra (A.D.)



## CARTAS

### RADIS AGRADECE

Em nome da Academia de Medicina Veterinária no Estado do Rio de Janeiro (AMVERJ), gostaria de parabenizar a apresentação dos excelentes artigos e, em particular, a homenagem a este ícone da prestação de serviço ao próximo que foi a dra. Zilda Arns (*Radis* 91). Nós, acadêmicos, ficamos bastante felizes pelas relevantes contribuições que o médico veterinário Akira Homma (*Radis* 90), ex-aluno da UFF, vem desenvolvendo ao longo dos anos, em prol da saúde pública mundial.

♦ Aristeu Pessanha Gonçalves, presidente da AMVERJ, Niterói, RJ

### PAUSA

Caros colegas, sou assinante desta valiosa revista, sem saber com precisão há quanto tempo esta amplia e ampliou meus conhecimentos. Tendo a consciência de que muitas pessoas se interessam e estão à espera de uma assinatura, peço cancelamento de minha devido a eu estar me ausentando de minhas atividades profissionais por um tempo. Agradeço desde já por toda a atenção, e desejo a toda esta equipe da *Radis* muito sucesso e que Deus sempre ilumine vossas mentes. Forte abraço e até qualquer momento.

♦ Adelma de Farias Lima, Campina Grande, PB

### GESTÃO HOSPITALAR



Gostaria de saber se a *Radis* publica matérias relacionadas a gestão hospitalar.

♦ Thiago Moreno Bertani, São Carlos, SP

☑ *Caro Thiago, esse assunto é abordado em várias edições da Radis.*

*Indicamos algumas delas a seguir: 43 (Entrevista: Antonio Ivo – A equidade é o motor do desenvolvimento), 58 (Um novo modelo de gestão em debate), 61 (A contra-reforma do Estado), 62 (Menos plebiscito, mais debate), 79 (Entrevista: Luis Márcio Araújo Ramos – Na Fhemig, “medição objetiva” de resultados e reportagem Projeto avança no Congresso e nos estados) e 83 (UPA – Novidade no SUS). Você pode consultar outras edições no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis)*

### DOENÇA DE CHAGAS

Sou estudante do último ano do Curso de Farmácia da Faculdade Uningá, em Maringá (PR). Tenho em andamento a produção de um artigo com o tema *Doença de Chagas: 100 da sua descoberta e a situação na atualidade*. O trabalho está bastante interessante e tive as publicações da *Radis* (edições 81 a 85) sobre o centenário como base para as minhas pesquisas. Estou tendo a orientação de uma professora bastante competente e gostaria de saber se nesta revista existe a possibilidade de publicação de artigos como este, ou se pelo menos poderiam me indicar alguma outra revista que poderia se interessar, pois necessito disso para a conclusão da minha graduação, e, por conhecer e assinar a *Radis*, busco esta informação sobre publicações de artigos científicos. Agradeço desde já a atenção, e espero, se possível, uma resposta.

♦ Francieli Fontini, Araruna, PR

☑ *Cara Francieli, ficamos muito contentes por saber que a Radis foi importante para a concepção de seu artigo. Quanto a publicá-lo, cabe informar que a revista não tem como proposta o recebimento de textos autorais para publicação e que seu conteúdo é jornalístico, produzido internamente, pela própria equipe.*

## EXPEDIENTE



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



**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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 71.000 exemplares  
Assinatura grátis  
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

### PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco  
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)  
Reportagem Katia Machado (subedição/  
Milênio), Adriano De Lavor, Bruno  
Dominguez (Milênio) e Lucas Sakalem  
(estágio supervisionado)

Arte Aristides Dutra (subedição/  
Milênio) e Natalia Calzavara

Documentação Jorge Ricardo Pereira,  
Laís Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Onésimo  
Gouvêa, Fábio Lucas, Cristiane  
Abrantes e Thailanne Siqueira  
de Melo (estágio supervisionado)  
Informática Osvaldo José Filho

### Endereço

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões  
e críticas)

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) (confira  
também a resenha semanal *Radis na  
Rede* e o *Exclusivo para web*, que  
complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

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

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente reproduzido, desde que acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

### NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

## SÚMULA

**ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE:  
DEFESA DOS GENÉRICOS**

Durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada de 17 a 21/5, em Genebra (Suíça), o Brasil lançou (17/5) um alerta para que a discussão sobre medicamentos falsos não impedisse o trânsito de medicamentos genéricos no mundo. A preocupação surgiu quando países da União Europeia, em 2008 e 2009, retiveram 28 navios com remédios genéricos indianos, um dos quais partindo para o Brasil (*Folha de S. Paulo*, 22/5). No encontro, o Brasil, em conjunto com os países da União das Nações Sul-Americanas (Unasul), apresentou resolução que determinava que a OMS tratasse “a questão de um ponto de vista da saúde pública, deixando de lado questões comerciais e de propriedade intelectual (patentes)”. O órgão vinha sendo criticado pelo Brasil e por organizações como a Médico Sem Fronteiras por “causar confusão ao tratar da mesma forma remédios genéricos e falsificados, o que ecoa a campanha da União Europeia e das farmacêuticas pela manutenção das patentes”. No último dia da assembleia, a OMS anunciou apoio ao Brasil, alegando que criaria uma “força-tarefa contra remédios falsos” e fixaria “linhas claras entre eles e os genéricos”. Em entrevista à *Folha*, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, comemorou a decisão: “A OMS não tem poder para obrigar ninguém a fazer nada, mas, quando aprova um conjunto de medidas em determinada área da saúde pública, os países se orientam por aquele princípio”.

**ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE:  
PARTILHA MAIS JUSTA**

Também na assembleia, ministros da Saúde do Brasil, África do Sul, Rússia e Índia lançaram (19/5) declaração conjunta que aponta ineficiências no sistema de partilha e acesso aos benefícios resultantes das ações relacionadas a um vírus pandêmico. O texto tomou como exemplo o caso do H1N1: enquanto a rede de coleta de informações sobre o vírus integrou todos os países, o acesso às vacinas, drogas antivirais e kits de diagnósticos resultantes dessa ação foi restrito, principalmente nos países em desenvolvimento. Os quatro países solici-

taram a criação de um sistema mais justo, orientado pela OMS, e defenderam não só maior acesso às vacinas, drogas antivirais e kits de diagnóstico, como mais condições para aumentar sua capacidade para produzi-los, em particular, transferência de tecnologia e participação nos resultados de investigações científicas. A declaração aponta que é necessário eliminar as barreiras impostas pela propriedade intelectual, priorizando-se a resposta às necessidades de saúde pública relacionadas com as pandemias.

**20 ANOS DA RESOLUÇÃO EM FAVOR  
DA LIVRE ORIENTAÇÃO SEXUAL**

FOTO: KEVIN WONG/FICKR

Completo 20 anos, em 17/5, a decisão da Assembleia Mundial da OMS de retirar a homossexualidade da lista de doenças mentais do Código Internacional de Doenças. Foi definido também, na época, que o substantivo *homossexualismo* seria substituído por *homossexualidade*, já que o sufixo *ismo* remete a enfermidade em um de seus significados. Em referência à libertária resolução, nessa mesma data é comemorado o Dia Internacional do Combate à Homofobia.

No Brasil, a luta por uma mudança no modo de encarar a orientação sexual teve um marco antes disso, em 1975, quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP) brasileiro deixou de considerar a homossexualidade como desvio sexual, informou o *Correio Brasileiro* (16/5). Em 1999, o CFP baixou determinação para reforçar o tom e estabelecer regras para a atuação dos psicólogos em relação à orientação sexual. “Foi um momento histórico e importante, com outras decisões, para proteger os direitos humanos. Os 16 conselhos regionais referendaram a decisão e os movimentos dos homossexuais fizeram grandes manifestações de apoio”, disse ao jornal

Ana Bock, então presidente do CFP e responsável por assinar a resolução que criou as normas.

Hoje, 76 países ainda criminalizam pessoas LGBT (lésbicas, gays, bissexuais ou transgênero), e outras cinco nações — Irã, Arábia Saudita, Iêmen, Nigéria, e Uganda — punem com pena de morte, contabilizou, no mesmo jornal, o presidente da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), Toni Reis.

**REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**

Em 20 anos, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu 61,7% — em 1990, havia 52,04 mortes por mil nascimentos; em 2010, esse número passou a 19,88/mil, informou a BBC Brasil (25/5). Com isso, o Brasil subiu nove posições no ranking internacional de mortalidade infantil nas duas últimas décadas, estando a caminho de cumprir uma das Metas do Milênio da ONU — diminuir a mortalidade infantil em dois terços até 2015. De acordo com o *Estado de São Paulo* (24/5), apesar do esforço, o Brasil está em 90º lugar no ranking, com número mais alto de mortes na faixa etária de 0 a 5 anos do que o encontrado em países como Islândia (2,6), Suécia (2,7) e Chipre (2,8). Na Itália, o número é de 3,3, na Noruega, de 3,4, e, na França, de 3,8. O Brasil também perde em comparação com outros países em desenvolvimento, como Chile (6,48), Cuba (5,25), China (15,4), México (16,5), Colômbia (15,3) e Argentina (12,8).

Os países com maior índice de mortalidade do mundo são Nigéria (168,7), Guiné-Bissau (158,6), Níger (161), Málí (161) e Chade (114,4). Os dados são de estudo publicado na revista médica *The Lancet*.

A análise de dados, realizada pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) da Universidade de Washington, aponta que a taxa de mortalidade entre as crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo é mais baixa do que a estimada pelo Unicef em 2008. Estudos anteriores destacaram que menos de um quarto dos países estava no caminho de cumprir a meta da ONU, mas este novo estudo indica que o número de mortes na faixa etária diminuiu em 4,2 milhões de 1990 até 2010, caindo de 11,9 milhões para um número estimado em 7,7 milhões.

## GOVERNADORES INVESTEM POUCO EM SAÚDE

Em 2008, metade dos estados brasileiros investiu em saúde valores inferiores aos determinados pela Emenda Constitucional (EC) 29, que, desde 2000, obriga investimento mínimo de 12% da arrecadação própria em ações de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, 13 governadores deixaram de aplicar juntos R\$ 3,1 bilhões em hospitais, remédios, exames, cirurgias e equipamentos médicos, informou a *Folha de S. Paulo* (15/5). O estado que menos investiu foi o Rio Grande do Sul (4,37%), seguido de Minas Gerais (8,65%). No outro lado da lista, o Amazonas aplicou 21,39% da arrecadação própria em saúde. Por conta da falta de regulamentação da EC 29, os governadores acabam não sendo punidos, embora o Conselho Nacional de Saúde tenha uma resolução que procura deixar claro o que deve ser considerado como gasto com saúde. Contudo, como o documento não tem força de lei, é ignorado pelos governadores.

## CAMUNDONGOS TRANSGÊNICOS

Começou a funcionar em Campinas (SP) um centro de produção e distribuição de camundongos geneticamente alterados para pesquisas biomédicas, informou a *Folha de S. Paulo* (12/5). A invenção, que chega atrasada ao Brasil, segundo o jornal, permitirá produzir linhagens transgênicas de camundongos, de acordo com a demanda, em todo o país. O novo centro, com nome provisório de Laboratório de Modificação do Genoma, foi orçado em R\$ 2 milhões e ficará hospedado no Laboratório Nacional de Biociências, que funciona no Centro Nacional de Pesquisas em Energia e Materiais, mantido pelo Ministério da Ciência e Tecnologia.

## UMA EM CADA SETE MULHERES JÁ FEZ ABORTO

Uma em cada sete brasileiras (15%) já fez pelo menos um aborto. Entre aquelas na faixa dos 35 aos 39 anos, o índice sobe para 22% (uma em cada cinco). Os dados são da Pesquisa Nacional de Aborto, que entrevistou cerca de 2 mil mulheres entre 18 e 39 anos de todo o país – cerca de 60% das entrevistadas afirmaram ter abortado durante período reprodutivo, de 18 a 29 anos, segundo informações da Agência Estado (22/5). Os dados revelam que, ao contrário do que diz o senso comum, a decisão de interromper a gravidez não é restrita a adolescentes ou mulheres mais velhas, evidenciando-se no auge do período reprodutivo. Em declaração à revista *Veja* (22/5), a antropóloga Debora Diniz, da Universidade de Brasília e principal autora do estudo, informou que a maioria é de mulheres casadas, religiosas, com filhos e baixa escolaridade. “Elas já têm a experiência da maternidade e tanta convicção de que não podem ter outro filho no momento que, mesmo correndo o risco de serem presas, interrompem a gestação”.

Medicamentos abortivos foram usados em metade dos casos pesquisados. É provável que para a outra metade das mulheres a interrupção da gravidez tenha ocorrido em condições precárias de saúde, aponta o estudo. Houve internação de 55% das mulheres, por causa de complicações. “Se o aborto seguro fosse garantido, isso seria evitado”, defendeu Debora Diniz, no *Estado de São Paulo*. “Os dados reafirmam a opinião já consolidada no Ministério da Saúde de que aborto é uma questão de saúde pública”, diz Adson França, assessor especial do ministro José Gomes Temporão. “Mostra que estamos no caminho certo ao ampliar a oferta de métodos contraceptivos no SUS”.



**ISSO É JORNALISMO?** — No dia 7 de maio, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde precisou dar uma parada em suas atividades para contestar a desastrosa declaração do jornalista Alexandre Garcia, no boletim *Mais Brasília*, da rádio CBN, de que é “uma maluquice” o MS estimular pessoas com HIV a engravidar. “Eu duvido que o Ministério da Saúde vá fazer uma cesárea pela terceira vez numa mulher com HIV e respingar sangue nele (sic) para ver o que vai acontecer”, disse Garcia no ar.

Em nota de esclarecimento, assinada pela diretora do departamento, Mariângela Simão, e veiculada no dia seguinte, o ministério considerou a postura do jornalista “uma lástima e um retrocesso para o jornalismo brasileiro” e respondeu que não permitir que pessoas que têm HIV/aids tenham filhos é tirar delas o direito à cidadania. “Com o avanço da terapia antirretroviral no Brasil, há comprovado aumento da sobrevida e melhora

## VIDA ARTIFICIAL OU MARKETING?

“Criou-se a vida artificial em laboratório”, apontaram diversas manchetes de jornais do Brasil e do mundo, no dia 21/5. Referiam-se ao primeiro organismo sintético obtido pelo grupo do geneticista americano Craig Venter, o mesmo que, em 2001, fora responsável pela decodificação do genoma humano. Segundo Venter, trata-se da “primeira espécie do planeta que se autorreplica e cujo pai é um computador”. A equipe pegou o genoma sequenciado de uma bactéria, fez uma “cópia sintética” e transplantou-a para o corpo de uma célula inerte (sem DNA), que tornou-se viva, funcionando e multiplicando-se como se fosse a bactéria original. A operação custou US\$ 40 milhões e levou 15 anos para dar certo. O resultado final foi divulgado na revista *Science* (20/5). Segundo a Agência Estado (20/5), Venter busca desenvolver uma ferramenta biotecnológica



significativa na qualidade de vida dos soropositivos”, registrou a nota. “O diagnóstico não é mais uma sentença de morte. Pelo contrário, essas pessoas hoje fazem planos, querem casar e constituir família”.

O MS classificou de equivocada a afirmação de que está estimulando pessoas com HIV a engravidarem. “A decisão de constituir família é pessoal. No caso das pessoas que vivem com HIV, o Ministério da Saúde deve fornecer informações que possibilitem ao profissional de saúde orientar cada pessoa que deseje ter filhos com as informações mais precisas — sempre embasadas na melhor evidência científica disponível”. A nota lembrou, ainda, que países como a Itália e a Inglaterra publicaram, recentemente, recomendações semelhantes. “Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam saber sobre os métodos e riscos envolvidos nessa decisão, pois eles possuem esse direito — se assim desejarem — e já o fazem. Não cabe ao governo interferir no desejo da mulher de ter ou não filhos, mas sim permitir que essas mulheres que querem ser mães tenham seus filhos nas condições mais seguras para elas, para seus parceiros e para seus futuros bebês. Isso não é uma novidade. Em 2008, por exemplo, 3 mil mulheres sabidamente soropositivas engravidaram, comprovando essa realidade”.

Para o MS, “o que se percebe na fala do jornalista é um preconceito descabido e uma desinformação que não condiz com o veículo sério do qual

ele é porta-voz”, e a “declaração discriminatória” feita por ele traz “um enorme prejuízo para as pessoas que vivem com HIV/aids”.

No mesmo boletim da CBN, Garcia criticou também o projeto de parto humanizado do ministério, pelo qual é dado o direito ao pai do bebê de estar na sala de parto. Garcia considerou “um absurdo” deixar o pai “barbudo, cabeludo, bêbado, com poeira da rua, infectar a sala cirúrgica”.

Além da nota do MS, muitas outras manifestações de repúdio às declarações do jornalista, incluindo essas sobre o parto humanizado, foram publicadas em sites e blogs de organizações não governamentais, de parlamentares e de outros jornalistas. Ainda bem que, contra a leviandade, tem muita gente de olho.

Leia a íntegra da nota do Ministério da Saúde e ouça a íntegra das declarações do jornalista Alexandre Garcia no Exclusivo para a Web do site do RADIS ([www.ensp.fiocruz.br/radis/95/web-02.html](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/95/web-02.html))

**MORTE DE XUKURU** — Ameaçado por um processo de criminalização de suas lideranças, o povo xukuru do Ororubá (*Radis* 84), que vive no Agreste pernambucano, sofreu mais um revés com a morte de **Uelson José de Araújo**, o Gordo, em acidente na rodovia PE-217, em 9 de junho. Aos 30 anos, Gordo — que, na foto, aparece à direita do irmão Marcos Luidson Araújo, atual cacique xukuru — era



FOTO: ADRIANO DE LAVOR

presidente da Associação Indígena Xukuru do Ororubá, e estava à frente das atividades de articulação, coordenação e mobilização do povo xukuru, desde o assassinato do pai, o cacique Xicão, em maio de 1998. A moto que conduzia Uelson e sua esposa, Isabele, foi atingida por um veículo que trafegava na contramão da rodovia, cujo condutor não prestou socorro às vítimas. O líder indígena morreu na hora e sua companheira foi internada no Hospital Regional de Caruaru, Pernambuco. Após o acidente, a Coordenação das Organizações Indígenas (Coaiab) denunciou as péssimas condições da PE-217, que corta a terra indígena xukuru, e cobrou providências para a segurança das comunidades que vivem no local.

que permita produzir micro-organismos sintéticos, geneticamente programados para realizar funções específicas, como absorver CO<sub>2</sub> do ar, digerir manchas de petróleo no mar ou produzir biocombustíveis com base em energia solar.

Para cientistas de todo o mundo, o passo dado, embora de grande valor, não teria sido exatamente revolucionário, representando apenas o primeiro em direção à criação artificial da vida. Cientistas observaram que apenas o genoma era sintético, enquanto a célula que recebeu o código genético havia sido *equipada* pela natureza, por bilhões de anos. Depois do anúncio da experiência, o presidente americano Barack Obama, informou *O Globo* (21/5), pediu à Comissão Presidencial para o Estudo de Assuntos Bioéticos que elaborasse um estudo do impacto da experiência e que considerasse os benefícios e os riscos potenciais à economia, ao ambiente e à saúde.

O Vaticano também se pronunciou, publicando em seu jornal,

*L'Osservatore Romano*, que Venter realizou “um trabalho de engenharia genética de alto nível, mas, na realidade, não foi criada a vida, e sim, substituído um de seus motores”.

Segundo o professor Gonçalo Guimarães Pereira, chefe do departamento de Laboratório de Genômica Funcional da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a técnica de pegar o pedaço de um organismo e colocar em outro já vem sendo usada há mais de duas décadas e que agora apenas ganhou escala maior. “Se já sabíamos construir uma ponte de 50 ou 100 metros, agora somos capazes de montar uma de 500 quilômetros”, comparou. Segundo declarou à *Folha de S. Paulo* (23/5), não se tratou de criação de vida, na experiência americana. “Há muito marketing aí. O DNA foi introduzido em uma *sopa* pré-formada [‘cascas’ de bactérias, despidas de seu DNA]. Essa *sopa* é que é difícil de construir sinteticamente”.

## ESTÍMULO AO ÁLCOOL PELA TV

De acordo com pesquisa da Associação Brasileira de Estudos do Alcool e outras Drogas, a propaganda televisiva tem forte influência no consumo de álcool entre adolescentes e jovens — 69% dos anúncios são divulgados em horário de programação esportiva, no qual os adolescentes compõem 10% dos telespectadores. Além disso, cerca de 80% das propagandas inseridas durante competições ou programas sobre esportes estão relacionadas a marcas de cerveja. O estudo também divulgou que jovens de 14 a 17 anos já consomem 6% de todo o volume de bebida comercializado por ano no Brasil. Pessoas entre 18 e 29 anos consomem 40% (*Jornal do Brasil*, 26/5).

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

# Lente de aumento sobre as injustiças ambientais

*Mapa localiza cerca de 300 conflitos em todo o país, decorrentes de desenvolvimento não sustentável e causadores de danos à saúde*

Adriano De Lavor

O que têm em comum o processo de criminalização sofrido pelos índios xukurus, no agreste pernambucano, a luta empreendida pela Via Campesina e pelo Movimento das Mulheres Camponezas contra a monocultura do eucalipto, no Espírito Santo, e a inundação de seis mil hectares de Mata Atlântica pela Usina Hidrelétrica de Barra Grande, no Rio Grande do Sul? Os três conflitos estão entre os listados no *Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil*, lançado em maio na Ensp/Fiocruz.

O mapa, resultado de projeto desenvolvido em conjunto pela Fiocruz e Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase), com apoio do Ministério da Saúde, apresenta cerca de 300 conflitos em todo o país e tem como objetivo “apoiar a luta de inúmeras populações e grupos atingidos/as em seus territórios por projetos e políticas baseadas numa visão de desenvolvimento considerada insustentável e prejudicial à saúde”, lê-se na apresentação do mapa ([www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br](http://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br)).

A ideia fundamental é que existem grupos populacionais vulneráveis aos processos políticos, econômicos e culturais que geram discriminações e desigualdades relacionadas à distribuição dos benefícios e danos do desenvolvimento, explica Marcelo Firpo Porto, coordenador do projeto (leia entrevista na página 10). “Justiça ambiental tem a ver com um modelo de desenvolvimento mais equânime na produção de benefícios, riscos e danos, e também com políticas públicas que atuem nesta direção”, explica o pesquisador.

A ferramenta é baseada na junção dos conceitos de promoção da saúde e justiça ambiental, que incorpora a defesa dos direitos humanos fundamentais, a redução das desigual-

dades e o fortalecimento da democracia na defesa da vida e da saúde. Isso engloba, igualmente, o direito à terra, a alimentos saudáveis, à democracia, à cultura e às tradições, em especial das populações discriminadas.

A partir deste princípio, o mapa dá visibilidade a denúncias feitas pelas próprias populações atingidas – com suas demandas, estratégias de resistência e propostas de encaminhamento – e que são selecionadas a partir de sua relevância socioambiental e sanitária e da seriedade e consistência das informações apresentadas.

Como fontes de informação, o mapa utiliza principalmente documentos públicos oriundos de entidades e instituições: reportagens, artigos e relatórios (técnicos, acadêmicos ou

ter caráter coletivo, de movimento por justiça ambiental. “O que esperamos é que o mapa possa contribuir para que as áreas de vigilância à saúde – incluindo vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde indígena e das populações negras – incorporem uma promoção da saúde que envolva os determinantes sociais”, explica. “É um retorno ou uma busca do vínculo das raízes da saúde coletiva e da Reforma Sanitária brasileira com os movimentos sociais”.

As discussões relativas à justiça ambiental tiveram início ao longo dos anos 1990, no Brasil, observa Marcelo Firpo. Em 2001, foi realizado o primeiro colóquio internacional sobre saúde, cidadania e justiça ambiental, reunindo representantes de movimentos sociais e do meio acadêmico – do Brasil e outros países da América Latina e dos Estados Unidos. Após o encontro, foi redigida a *Carta de Princípios da Justiça Ambiental* e criada a *Rede Brasileira de Justiça Ambiental* ([www.justicaambiental.org.br](http://www.justicaambiental.org.br)), lançada no Fórum Social Mundial de Porto Alegre, em 2002, que funciona principalmente em ambiente virtual, promovendo o intercâmbio de informações e experiências e reunindo textos e documentos. “A rede é o principal elemento de agregação, de discussões e embates entre movimentos sociais, ambientalistas e acadêmicos em prol da justiça ambiental no Brasil”, diz Marcelo Firpo.

Por meio da rede, é possível amplificar “lutas específicas”, como a em favor do banimento do amianto, substância química cancerígena ainda usada no Brasil; ou contra o uso de agrotóxicos; ou, ainda, as que ampliam questões das populações indígenas e aquelas a favor de um processo mais democrático no licenciamento da hidrelétrica de Belo Monte, no Pará, por exemplo. “É uma plataforma para várias lutas locais, bem como para abaixo-assinados e campanhas”.

O mapa está aberto a informar, receber denúncias e monitorar ações do Estado

MARCELO FIRPO PORTO

jurídicos) que apresentem suas demandas e problemas. Marcelo lembra que as informações devem ser vistas como dinâmicas e em processo de aperfeiçoamento, já que o mapa será atualizado a partir de novas denúncias ou informações mais recentes. “O mapa está aberto para informar, receber denúncias e monitorar as ações dos diversos níveis do Estado tomadas a respeito”, diz o pesquisador.

Qualquer cidadão, movimento social ou grupo acadêmico pode contribuir para ampliar o mapa, mas, como frisa Marcelo, a denúncia deve

# Como consultar

Há duas maneiras de se consultar o Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil (www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br): escolhendo o assunto (busca por palavra-chave) ou a unidade da federação – estado ou Distrito Federal – que se quer pesquisar (busca por UF). Caso a escolha seja por assunto, é possível procurar conflitos por população (índigenas, operários, quilombolas, agricultores familiares, moradores de encostas, ribeirinhos, pescadores

e outros), por área específica (catatinga, cerrado, litoral etc), pelo tipo de dano à saúde (contaminação por chumbo, desnutrição, violência física, uso do amianto, entre outros) ou pelo agravo ambiental (desmatamento, queimada, contaminação do solo e das águas por agrotóxicos, por exemplo).

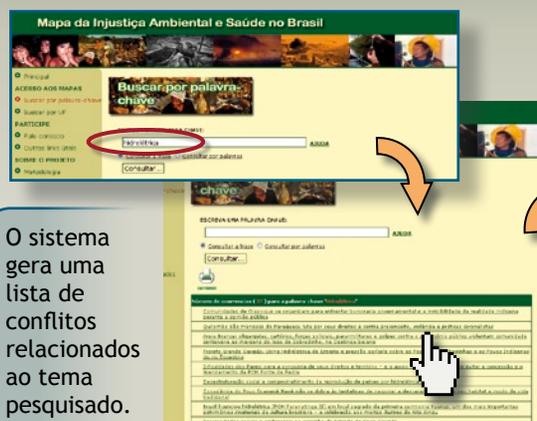
Essas consultas por palavra-chave geram uma lista de conflitos relativos ao tema escolhido. Ao clicar em um dos itens da lista, o sistema localiza-

o mapa. Com um clique sobre o conflito localizado, aparecem informações gerais (municípios e populações atingidas, riscos e impactos ambientais, problemas de saúde relacionados) sobre ele. Na ficha completa, o mapa oferece sínteses do caso e as fontes de informação sobre o conflito.

Se a consulta for por UF, o sistema gera um mapa da unidade escolhida, em que estão localizados os conflitos relativos a ela. Clica-se em um desses pontos e, a partir daí, o processo é o mesmo.

## Navegação por palavra-chave

Digita-se no campo apropriado uma palavra ou expressão relacionada a um aspecto dos conflitos (população atingida, área específica, tipo de dano à saúde ou agravo ambiental).



O sistema gera uma lista de conflitos relacionados ao tema pesquisado.

Clicando-se em um dos conflitos da lista, um mapa do Brasil aparece, localizando onde este ocorre.



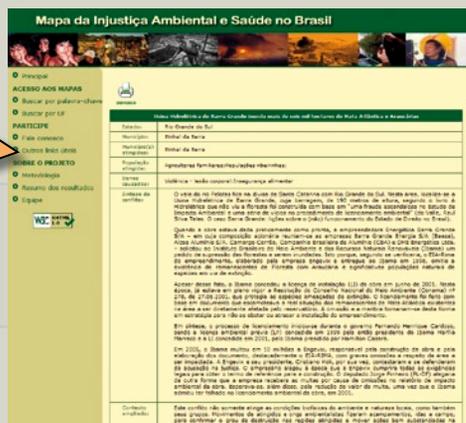
## Navegação por unidade da federação (UF)

Escolhe-se a unidade desejada, no caso, o Rio Grande do Sul, e o sistema gera o mapa correspondente, apontando onde estão os conflitos.



Clicando-se em dos pontos, acessa-se uma ficha relativa ao conflito, contendo nome do município onde ocorre, indicação do conflito, população atingida, impactos e riscos ambientais, danos e riscos à saúde. É possível, ainda, acessar outros dois links, um que exhibe os demais municípios atingidos pelo conflito, e outro com a ficha completa do conflito.

O link da ficha completa do conflito leva a um extenso relatório.





Desenvolvimento do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp) da Fiocruz, Marcelo Firpo Porto coordena o projeto que resultou no *Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil*. Engenheiro de produção e psicólogo por formação, doutor e pós-doutor em Medicina Social pela Universidade de Frankfurt, ele defende que a promoção da saúde deve ser emancipatória: além de trabalhar com os determinantes sociais, é preciso legitimar a luta das populações invisíveis por seus direitos.

### Qual a origem do conceito de justiça ambiental?

O conceito vem do contexto das lutas pelos direitos civis, nos Estados Unidos, e faz parte da história dos movimentos sociais que enfrentam questões ambientais relacionadas às desigualdades, às disputas de poder e à exploração. Nos anos 1970, descobriu-se que as questões relativas ao meio ambiente, que ganhavam espaço no planeta, afetavam de forma diferenciada as populações discriminadas. Eles cunharam inicialmente o conceito de *racismo ambiental*, para mostrar que as populações negras é que moravam mais perto dos lixões, dos locais poluídos. Posteriormente, descobriu-se que a discriminação não se dava só contra as populações negras, mas contra os *chicanos* e outros imigrantes, e também envolvia questões de classe social e de gênero. Passou a ser utilizado o conceito mais amplo de justiça ambiental, que se combina com o de injustiça ambiental.

### Qual a relação entre justiça ambiental e promoção da saúde?

Existe dentro da promoção da saúde uma visão hegemônica e uma visão contra-hegemônica. A hegemônica está voltada para o comportamento individual, que sem dúvida é importante para a construção da saúde. Mas existe uma discussão sobre determinantes sociais (ou socioambientais) da saúde e a produção das desigualdades, que faz uma crítica ao modelo de desenvolvimento hegemônico, voltado a um metabolismo social e uma divisão internacional do trabalho ambientalmente insustentável e socialmente injusta, já que pautada pela produção

## Entrevista: Marcelo Firpo Porto

# “Os invisíveis precisam ser trazidos à tona”

de *commodities* (rurais e metálicos, como a soja e o aço), e tem como base a exploração intensa de recursos naturais. Isso gera formas de desenvolvimento degradantes, exploração de trabalho e desigualdades. É fundamental pensar nas dimensões coletivas da promoção da saúde emancipatória, que legitime o direito das populações que vivem nas periferias — urbanas e das florestas, dos campos e das zonas costeiras.

### Injustiças ambientais são necessariamente invisíveis?

Elas tendem a ser invisibilizadas por vários motivos. Primeiro, porque o modelo atual de democracia hegemônica tende a ocultar os conflitos, a buscar consensos de forma artificial. Na área ambiental, há padrões que é preciso confrontar: a ideia de que o ambiente afeta igualmente todas as populações e povos; que todos somos igualmente responsáveis pelas causas e pelas consequências da degradação ambiental. Isso não é verdadeiro. Outra questão é que as populações mais afetadas nos territórios de fronteira de expansão capitalista não são as que vivem nas periferias urbanas, mas aquelas que habitam territórios considerados invisíveis, sem população. Indígenas, quilombolas, extrativistas, populações rurais, agricultores familiares são invisibilizados e precisam ser trazidos à tona para que suas lutas sejam consideradas legítimas.

### Então, pode-se dizer que a invisibilidade é um problema de saúde?

A invisibilidade intensifica a vulnerabilidade das populações na busca por sua saúde. A saúde tem a ver com a liberdade para defender legitimamente os seus direitos: direito à terra, à cultura. Outro aspecto importante que o mapa revela são as ameaças à integridade física das populações e de suas lideranças. Assassinatos, ameaças de morte e casos de tortura são muito frequentes. Isso é um problema de saúde pública.

### O que são as zonas de sacrifício?

Existe um teórico chamado Robert Bullard (sociólogo americano, diretor do Centro de Pesquisa em Justiça Ambiental na Clark Atlanta University, considerado *pai* do movimento da justiça ambiental), que fala sobre elas. As populações discriminadas — trabalhadores, negros — são colocadas nas periferias, onde se concentram os riscos da falta de infraestrutura, da poluição etc. As zonas de

sacrifício referem-se à tendência de jogar o *lixo humano*, aquilo que é excluído da sociedade, para os locais inóspitos e duros, que fazem parte da sujeira deste modelo de produção e consumo. É onde estão as fábricas poluentes, as zonas sem infraestrutura urbana, os lixões. Uma zona de descarte e de resíduos.

### Quais as principais zonas de sacrifício no país?

A maioria dos conflitos do mapa se localiza nos territórios não urbanos e envolve povos do campo, das florestas e das zonas costeiras. Isso não é à toa. Essas populações estão justamente nas áreas onde é mais intensa a expansão capitalista no Brasil, com a construção de hidrelétricas, a expansão das monoculturas, da mineração etc. Mas também se localizam nas favelas, nas áreas sem estrutura de saneamento básico, perto dos lixões, das áreas de enchente e de inundação, como vimos no Rio de Janeiro.

### Como o profissional de saúde pode atuar em prol da justiça ambiental?

Atualmente, existe uma forte tendência de institucionalização do SUS e da academia ligada à saúde coletiva. As ações científicas e técnicas se afastaram da busca por sociedades mais democráticas, justas e ambientalmente sustentáveis. A justiça ambiental permite colocar para o profissional de saúde, para o SUS e para os pesquisadores a proximidade com situações onde conflitos e possibilidades de avanços democráticos estão efetivamente acontecendo.

### A comunicação pode contribuir?

Não tenho dúvida de que a comunicação é essencial. Uma das coisas boas que aconteceram com o mapa foi a forte divulgação de uma ferramenta importante, claramente contra-hegemônica, na grande mídia. O uso dessas formas contra-hegemônicas e mais democráticas de difusão de informação é importante para os profissionais de comunicação. Na medida em que mais cidadãos tenham acesso amplo às informações, mais os movimentos sociais formarão novos sujeitos coletivos. O que interessa na democracia hegemônica, ligada à expansão do capitalismo globalizado, é a informação que parece inclusiva, mas que mantém fragmentados os vários atores. É importante que os profissionais de comunicação entendam seu papel social e político na promoção de novas práticas culturais de informação. (ADL) 

## AGROTÓXICOS

# Proteção para quem?

*Saúde se preocupa com efeitos dos agrotóxicos no Brasil, o maior consumidor dessas substâncias no mundo*

ARTE: ARISTIDES DUTRA, SOBRE FOTOS FLICKR

Bruno Dominguez

O Brasil é o maior consumidor de **agrotóxicos** do mundo. Somente no ano passado, foram vendidas 725,6 mil toneladas dessas substâncias no país, movimentando US\$ 6,62 bilhões, segundo o Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola (Sindag). Em 1987, o consumo não ultrapassava as 100 mil toneladas, como mostrava reportagem da revista *Tema* (edição 9) que era editada pelo RADIS. Considerado o motor do agronegócio brasileiro, o agrotóxico impacta os ecossistemas

Defensivo agrícola, pesticida, praguicida, veneno, são muitas as formas de se referir ao produto. A Norma Regulamentadora Rural nº 5, que acompanha a Lei nº 7.802/89, define os agrotóxicos como “substâncias, ou mistura de substâncias, de natureza química, quando destinadas a prevenir, destruir ou repelir, direta ou indiretamente, qualquer forma de agente patogênico ou de vida animal ou vegetal que seja nociva às plantas e animais úteis, seus produtos e subprodutos e ao homem”.

e a saúde da população, concordam pesquisadores da Saúde — que se envolvem cada vez mais com esta e outras questões do meio ambiente.

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde já previa a interseção: “A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Noção que foi contemplada na Constituição Federal de 1988.

A medida mais recente no processo de fortalecimento dessa relação foi a assinatura de termo de cooperação técnico-científico entre Fiocruz e Mi-

Os mais usados são inseticidas (que controlam insetos), fungicidas (fungos), herbicidas (plantas invasoras), desfoliantes (folhas indesejadas), fumigantes (bactérias do solo), raticidas (roedores), moluscocidas (moluscos), nematocidas (nematóides) e acaricidas (ácaros). No país, as plantações de soja, milho e algodão estão entre as que mais recebem essas substâncias. Em geral, calcula-se que cada hectare de lavoura consome quatro quilos de princípio ativo de agrotóxico por ano.

nistério do Meio Ambiente, no fim de março. “Entre outros pontos, o acordo estabelece como prioridade defesa da política de reavaliação dos princípios ativos de agrotóxicos no país”, informa Valcler Rangel Fernandes, vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz. “A questão entrou definitivamente na agenda da Saúde Pública brasileira”, diz.

Anteriormente, outros passos foram dados nessa direção. No começo de 2010, a Fiocruz foi designada Centro Colaborador em Saúde e Ambiente da Organização Mundial da Saúde. Em dezembro de 2009, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (*Radis 91*), organizada em conjunto pelos ministérios da Saúde, do Meio Ambiente e das Cidades. Os delegados aprovaram propostas que tratam dos agrotóxicos: implementar a produção e o consumo agroecológico, eliminando o uso de agrotóxicos; atuar sobre os riscos relacionados aos processos de trabalho, tal como a exposição a essas substâncias; exigir receituário específico para minimizar e controlar sua aquisição e sua aplicação.

O Ministério da Saúde ainda criou, em 2007, o Grupo de Trabalho para a Implantação do Plano Integrado de



Ações de Vigilância em Saúde Relacionada a Riscos e Agravos Provocados por Agrotóxicos. Na prática, a aproximação dos setores teve início na Eco-92, a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento. “Quanto ao agrotóxico, há cerca de cinco anos, o setor percebeu que é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade”, estima o biólogo Frederico Peres, pesquisador do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e um dos integrantes do grupo de trabalho.

## PREJUÍZOS PARA A SAÚDE

Os agrotóxicos foram desenvolvidos para dificultar ou exterminar formas de vida; justamente por essa característica, são capazes de afetar a saúde humana. “O desenvolvimento de moléculas cada vez mais poderosas em seus efeitos biocidas não poupa as estruturas biológicas de seres que não são seus alvos”, diz Lia Giraldo, especialista em saúde ambiental, pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz).

Lia defende a recuperação do conceito de veneno para essas substâncias. “Existe um verdadeiro sistema de ocultamento do risco, via permissividade de venda e de uso”. Para ela, o modelo produtivo da agricultura estabeleceu um clima favorável ao uso indiscriminado de agrotóxico. “Por trás do recorde no consumo, está uma política governamental que incentiva as monoculturas exportadoras por meio de linhas de crédito e outros benefícios”, acrescenta Frederico Peres.

Co-organizador do livro *É veneno ou é remédio?* (Editora Fiocruz), sobre o tema, Frederico explica que os efeitos dos agrotóxicos podem ser agudos ou crônicos. Os agudos são mais frequentes em trabalhadores rurais, com sintomas que aparecem até 24 horas depois da exposição: espasmo muscular, convulsão, náusea, desmaio, vômito, dificuldade respiratória. Os crônicos decorrem da exposição prolongada a baixas doses das substâncias, inclusive via alimentação, podendo surgir anos após o contato.

O inseticida Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT), por exemplo, foi proibido a partir da década de 1970 em todo o mundo: descobriu-se que interferia na cadeia alimentar animal, contribuía para o desenvolvimento de câncer em seres humanos e se espalhava facilmente pelo ar. Muitas outras substâncias foram e são



FOTO: ROGÉRIO LANNES

1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental: debate intersetorial e aprovação de propostas que trataram do controle dos agrotóxicos

apontadas por cientistas como cancerígenas, como os fenoxiacéticos (encontrados em herbicidas) e os ditiocarbamatos (que tem ação fungicida).

Recentemente, a Academia Americana de Pediatria relacionou o consumo de alimentos com resíduos de agrotóxicos organofosforados (presentes em inseticidas) a transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças. A Associação Nacional de Defesa Vegetal, que representa a indústria dos agrotóxicos no Brasil, alega que o resultado não é conclusivo e que “toda substância química, sintetizada

registrados 19.235 casos de intoxicação por agrotóxico, em 2007, no território nacional. Para cada notificação, a Organização Mundial da Saúde calcula que ocorram 50 outros casos. “Esses dados são apenas a ponta do iceberg, já que representam em sua maioria os casos agudos graves, que também são subnotificados”, comenta Valcler. Os efeitos crônicos relacionados aos agrotóxicos quase nunca são contabilizados pelos sistemas de informações oficiais.

## TRABALHADORES VULNERÁVEIS

Os habitantes de áreas rurais, especialmente os trabalhadores da agricultura familiar, são os mais vulneráveis. O que aumenta o perigo não é o nível de toxicidade das substâncias, ressalva Frederico, mas a proximidade do contato. As grandes lavouras são altamente mecanizadas, com pulverização feita por tratores ou aviões; nas pequenas, é comum que o próprio agricultor dilua, manipule e aplique o agrotóxico, acompanhado dos filhos ou da mulher.

O último Censo Agropecuário, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, informa que a agricultura familiar respondia por 84,4% das propriedades rurais do Brasil — ocupava 24,3% da área destinada a agropecuária e era responsável por 38% do total da produção. Somente 1,8% de todos os produtores brasileiros adotavam a agricultura orgânica — livre de produtos químicos.

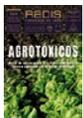
Em 70% das que recorriam a agrotóxicos, estes eram aplicados por pulverizador costal, equipamento que mais expõe o trabalhador — trata-se de pequeno

**Precisamos de uma rede ampla e concatenada para enfrentar as pressões do mercado**

LUIZ CLAUDIO MEIRELLES/ANVISA

em laboratório ou mesmo aquelas encontradas na natureza, pode ser considerada um agente tóxico”. O risco de efeitos indesejados, diz a organização em seu site, depende das condições de exposição, que incluem ingestão, contato, tempo e frequência.

No Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox/Fiocruz) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foram



tanque que, preso às costas, lança o veneno. Em visitas a lavouras, Frederico observa que são pouco comuns as medidas de proteção — uso de equipamentos de segurança, aplicação da dosagem correta, consumo de produtos autorizados, obediência às regras de armazenagem e descarte de embalagens. O Censo confirma: em mais de 21% das propriedades não se empregava qualquer equipamento de proteção individual. Nas demais, foram declarados principalmente o uso de bota (67,9%) e chapéu (53%).

Quando o assunto é descarte de embalagens, dados do IBGE também mostram que muitos agricultores ainda não seguem a norma. Em 2000, entrou em vigor a Lei nº 9.974, determinando que os usuários do produto devem devolver as embalagens vazias aos estabelecimentos comerciais em que as adquiriram no prazo máximo de um ano. As empresas que fabricam ou vendem agrotóxicos, por sua vez, ficaram incumbidas da destinação das embalagens — reutilização, reciclagem ou incineração. Para isso, criaram o Instituto Nacional de Processamento de Embalagens Vazias (inpEV).

Seis anos depois, 38,6% das propriedades devolviam as embalagens vazias aos comerciantes, 25,7% as queimavam ou enterravam, 13,3% as depositavam em áreas para serem retiradas, 10,3% recebiam órgão público para a retirada ou as entregavam a centrais de coleta, e 9% as abandonavam no campo.

A baixa adesão às medidas de proteção, aponta Frederico, é consequência de seu desconhecimento. “As intoxicações poderiam ser reduzidas com o uso correto, mas identificamos que essas informações nem chegam aos agricultores”. Os órgãos públicos responsáveis pela assistência ao agricultor, como a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater), recebem cada vez menos recursos, segundo Frederico. O pesquisador detectou que as recomendações são feitas, quase sempre, pelos vendedores desses produtos. “Há lugares que técnicos da Emater visitam anualmente, enquanto comerciantes visitam semanalmente”, diz.

A observação de Frederico é respaldada pelo Censo, segundo o qual 56,3% das lavouras que utilizavam agrotóxicos não recebiam orientação técnica. Em apenas 21,1% ocorriam visitas regulares de técnicos. Outra questão apontada pelo relatório é que 77,6% dos responsáveis pela direção declararam ter ensino fundamental incompleto ou nível mais baixo de instrução. “Como as orientações que acompanham estes produtos são de difícil entendimento, o baixo nível de escolaridade, incluindo

os 15,7% que não sabem ler e escrever, está entre os fatores socioeconômicos que potencializam o risco de intoxicação”, conclui o documento.

Para alertar os agricultores, o Cesteh produz materiais educativos sobre agrotóxicos. Um exemplo é a revista em quadrinhos *Descobrimo a agricultura com o jovem Neno*, que mostra um menino aprendendo a ajudar o pai agricultor na lavoura. Outro é a fotonovela *Menina veneno*, que conta a história de uma jovem agricultora que abusa dos agrotóxicos e acaba intoxicada.

Além dos efeitos agudos, os trabalhadores podem apresentar efeitos crônicos, apresentando sintomas anos depois do início do contato. “Mesmo produtos menos tóxicos causam efeitos crônicos”, afirma. Nesses casos, é comum que profissionais de saúde não relacionem o sintoma à exposição ao agrotóxico, o que aponta para a necessidade de treinamento, de acordo com Frederico. As pessoas que moram no entorno das plantações também correm risco.

## PERIGO À MESA

O perigo chega à mesa do consumidor por meio de alimentos com resíduos das substâncias. Desde 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária monitora essa contaminação no Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para). Amostras in natura de 20 culturas (alface, arroz, batata, cebola, feijão, laranja, pimentão e tomate, entre outras) são colhidas mensalmente em pontos de venda de todo o Brasil e encaminhadas a laboratórios.

O relatório do Para de 2009, divulgado no fim de junho, indicou que das 3.130 amostras analisadas, 907 (29%) eram insatisfatórias: em 2,8% havia agrotóxicos em níveis acima do limite máximo de resíduos, 23,8% tinham agrotóxicos não autorizados para a cultura e 2,4% apresentavam as duas irregularidades. As culturas com mais amostras insatisfatórias foram as de pimentão (80%), pepino (54,8%) e uva (56,4%). Além disso, 3,9%

das amostras continham ingredientes ativos banidos do Brasil, ou que nunca foram registrados, e 25,1%, substâncias que se encontram em processo de reavaliação toxicológica. Foram investigados até 234 ingredientes ativos de agrotóxicos

Os resultados, publicados no site da Anvisa ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)), são preocupantes, considera o gerente-geral de Toxicologia da agência, Luiz Claudio Meirelles. “O alimento com resíduo de agrotóxico não é visível como mofo em pão”, compara, observando que o Para é importante por apontar um risco que o consumidor não enxerga.

Apesar de não serem identificáveis pelo consumidor, nem causarem sintomas agudos, vegetais contaminados podem gerar efeitos crônicos — consequência de anos de contato com as substâncias. Os dados do Para servem para orientar as ações governamentais — do Ministério da Agricultura à Polícia Federal — e alertar os consumidores.

Lavar os alimentos não é suficiente para livrá-los dos agrotóxicos, explica Frederico Peres. Cozinhar ou descascar esses produtos diminui em até 70% os resíduos, mas não os elimina. A população e os institutos de defesa do consumidor, opina Luiz Claudio, estão atentos à questão. O setor varejista começa a tomar medidas que devem resultar na oferta de produtos de qualidade. “Ainda não chegamos ao ponto em que o produto rotulado no mercado será o com agrotóxico, e não o orgânico, como vemos hoje”, diz.

## PREJUÍZOS PARA O AMBIENTE

O uso indiscriminado de agrotóxicos também impacta o ecossistema. Ao entrarem em contato com o ambiente, as substâncias podem ser degradadas ou se movimentarem, dependendo de fatores como característica do solo, condições climáticas e formas de aplicação. “Quando o produto não se degrada, pode contaminar solo, ar e água, colocando em risco a saúde da população, que ignora o risco, dada a baixa concentração das substâncias”, explica a pesquisadora Maria de Lourdes Fernandes Neto, que tratou do tema em sua tese de doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente, na Ensp.

Ainda preocupam os acidentes, especialmente os decorrentes da pulverização aérea de agrotóxicos. Um exemplo vem do município de Lucas do Rio Verde, no Mato Grosso: em 2006, ventos carregaram para a área urbana pesticida despejado por um avião monomotor — num movimento chamado de  *deriva*. Nos dias seguintes, hortas e



Quadrinhos e fotonovela: materiais educativos alertam agricultores



árvores da cidade apareceram com as folhas queimadas, que logo caíram.

De acordo com o Censo Agropecuário de 2006, são pouco comuns as práticas alternativas aos agrotóxicos, como controle biológico (que consiste no emprego de organismos como os parasitas para atacarem outros que causam danos às lavouras, técnica encontrada em 1,3% das propriedades), queima de resíduos agrícolas e de restos de cultura (0,9%) e uso de repelentes, caldas, iscas e demais métodos (7,8%).

### CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

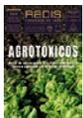
“Ficou para a saúde a responsabilidade de controlar os agrotóxicos”, comenta Luiz Claudio. A Anvisa é protagonista nessa tarefa: cabe a ela, além da análise de resíduos nos alimentos, a avaliação toxicológica das substâncias, a fiscalização da produção, a coordenação da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e a proposição de regulamentos.

As substâncias importadas, exportadas, produzidas, transportadas, armazenadas, comercializadas e usadas no país precisam ser registradas pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, num processo que tem a participação das pastas do Meio Ambiente e da Saúde, esta representada pela Anvisa, por meio de sua Gerência Geral de Toxicologia.

Uma equipe de 35 profissionais especializados em toxicologia atesta a segurança à saúde humana baseada em estudos científicos produzidos pelo detentor da molécula e em referências bibliográficas internacionais. “Trabalhamos para que cheguem à mão do trabalhador rural e à mesa do consumidor alimentos seguros”, explica Luiz Claudio.

Qualquer um dos três órgãos pode impedir o registro de determinada substância, caso ofereça risco à saúde, ao ambiente ou à agricultura. Essa decisão compartilhada, diz, é um avanço em relação ao sistema regulatório de outros países, em que geralmente cabe apenas a um ministério essa avaliação.

Há 451 ingredientes ativos e 1.400 produtos formulados com uso autorizado no Brasil. Quanto à saúde, predominam substâncias medianamente tóxicas (33%), seguidas das altamente tóxicas (25%), das pouco tóxicas (24%) e das extremamente tóxicas (18%). Em relação ao ambiente, 38% são consideradas muito perigosas, enquanto as perigosas somam 25%, as pouco perigosas, 8%, as altamente perigosas, 7% — 22% não têm classificação



## Proteção zero

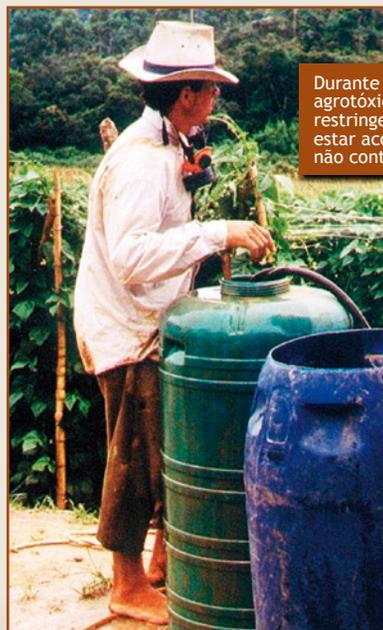
Nas áreas rurais de agricultura familiar, a armazenagem, manuseio e descarte dos defensivos agrícolas são geralmente realizados de forma irregular e arriscada. Pouca informação levada ao agricultor e venda indiscriminada dos produtos são causas do quadro.



Brinquedos das crianças ocupam o mesmo espaço que as embalagens de agrotóxicos armazenadas



No momento do preparo, não há uso de luvas, entre outras medidas de proteção, nem preocupação em diluir a dosagem correta do produto



Durante o bombeamento e a aplicação do agrotóxico, o uso da máscara, quando ocorre, se restringe ao agricultor que, no entanto, costuma estar acompanhado por alguém da família, que não conta com qualquer proteção



O produto é descartado com o lixo comum, apesar de lei que determina devolução das embalagens vazias ao local de aquisição

de periculosidade ambiental porque foram registradas antes de 1990.

Assim como acontece com a regulação da propaganda de medicamentos e com o exame de pedidos de patentes farmacêuticas, a atuação da agência no controle de agrotóxicos é contestada. A indústria dos defensivos agrícolas questiona, especialmente, o processo de reavaliação toxicológica. Por lei, a Anvisa

pode determinar um novo exame sempre que julgar necessário — em geral, depois da publicação de estudo internacional condenando a molécula ou da proposição de banimento em outro país.

“A indústria tenta impedir na Justiça o nosso trabalho, mas as decisões têm sido favoráveis à Anvisa”, conta Luiz Claudio. Em 2008, os técnicos da agência ficaram meses impedidos de

reavaliar substâncias por liminar concedida aos produtores de agrotóxico, depois que a agência retomou o exame de 14 ingredientes — processo que tem a participação da Fiocruz, por meio do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Essa pressão, diz ele, é decorrente de interesses econômicos: empresas que tiveram seus produtos banidos no exterior lutam para continuar vendendo-os no Brasil. Série histórica mostra tendência de crescimento vertiginoso no consumo nacional de substância proibida internacionalmente. “Viramos o destino final de produtos banidos em outros países”, diz Luiz Claudio, que aponta como consequência o aumento de danos ao trabalhador rural, ao ambiente e à população em geral.

Desde 2001, ano em que começou a atuar nessa área, a agência já proibiu cinco ingredientes ativos (monocrotofos, heptacloro, lindane, pentaclorofenol e benomil), presentes em mais de 80 agrotóxicos, e restringiu o uso de outros 27. “Entre os três órgãos incumbidos da regulação, a Anvisa é o único contraponto na questão do agrotóxico”, opina Frederico, referindo-se aos ministérios do Meio Ambiente e da Agricultura, além do da Saúde.

A partir do ano passado, a agência passou a fiscalizar a produção de agrotóxicos. Desde então, interditou cerca de 10 milhões de litros somente em seis fábricas, incluindo três das maiores empresas do setor no mundo (Syngenta, Bayer e Basf). Técnicos detectaram alterações na fórmula autorizada, produtos com nível tóxico acima do limite, matéria-prima com validade vencida e até substâncias proibidas. Mais pressão: a bancada ruralista convocou debate no congresso para questionar a fiscalização do Ibama e da Anvisa.

### QUE MODELO?

Os efeitos dos agrotóxicos colocam em questão o próprio agronegócio. “Essas substâncias são fundamentais para a produção em larga escala e de alta competitividade”, afirma Frederico. Lia ressalva que nem sempre foi assim: “Até meados da década de 1970, a produção agrícola no Brasil não era químico-dependente”.

O ano de 1976 marcou o início do processo de expansão dessas substâncias no país, segundo a pesquisadora. “Em pleno processo desenvolvimentista e de ditadura, o governo aprovou o Plano Nacional de Defensivos Agrícolas, que condicionava o crédito rural ao uso obrigatório de agrotóxicos pelos agricultores”. De lá para cá, ela avalia, o país não parou de ampliar o mercado dessas

substâncias até ser o maior consumidor do mundo. “O Mato Grosso, por exemplo, vive uma *farra* química”, critica.

Os pesquisadores ouvidos pela *Radis* consideram que orientar a produção pelo modelo agroecológico — que vai além da supressão do uso de fertilizantes minerais e de agrotóxicos, e defende a rotação de culturas, a pequena propriedade e a agricultura familiar — é uma opção viável ao agronegócio. “Seria de fato muito apropriada para o Brasil, seus interesses do desenvolvimento humano e sua sustentabilidade”, opina Lia.

Frederico acredita que a agroecologia já funciona bem para a agricultura familiar — especialmente quando conta com incentivo governamental, como a compra da produção para ser usada na merenda escolar. Lia afirma que este modelo já conta com tecnologia para a produção de alimentos em larga escala: “Não é um discurso vazio, só que precisa de incentivos como os oferecidos ao agronegócio”.

### A SAÚDE PRESENTE

Para a Saúde, o desafio é fortalecer a presença do setor na área, de acordo com Luiz Claudio. “Precisamos de uma rede ampla e concatenada

para enfrentar as pressões do mercado”, observa. Lia concorda: “A Saúde deveria ocupar seu lugar de vanguarda na condução da política para um desenvolvimento humano sustentável, o que no caso dos agrotóxicos significaria uma ação mais pró-ativa em defesa da qualidade da vida”, diz.

Apesquisadora indica ser necessário ampliar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador e ambiental e de segurança alimentar — sempre em articulação com outros setores, como Trabalho, Agricultura, Meio ambiente e Educação. “Também devemos reconhecer os grupos vulneráveis e articular a vigilância com os serviços de atenção à saúde nos três níveis de complexidade”, acrescenta.

Para Lia, é importante que se supere o estudo e a intervenção baseados no modelo linear de causa-efeito, passando a observar contextos sociais e ambientais de vulnerabilidade. Um exemplo: a precarização das relações de trabalho no campo, em que agricultores atuam sem carteira de trabalho e sem direito a previdência social. “A Saúde tem um enorme campo de atuação para promover, proteger e cuidar da saúde da população”, resume o grande desafio. 



## Agrotóxicos em pauta

### Na *Radis*

- ♦ 40 (dez. 2005): *Agrotóxicos em alimentos* (p. 8)
- ♦ 52 (dez. 2006): *Mais mortes por agrotóxico* (p. 6)
- ♦ 77 (jan. 2009): *Agrotóxicos ainda na mira da ANVISA* (p. 6)
- ♦ 93 (mai. 2010) *Irregularidades em empresas de agrotóxicos* (p. 5)

### Na *Súmula*

- ♦ 7 (mai.1983): *Defensivos agrícolas: Reações impedem pulverização maciça* (p. 5)
- ♦ 8 (jun.1983): *Defensivos agrícolas: Legislação gaúcha recebe adesão/Os acidentes são devidos ao mau uso* (p. 5)
- ♦ 11 (set. 1984): *Agrotóxicos: Lei federal em discussão* (p. 3)
- ♦ 14 ( jun. 1986): *Agrotóxicos* (p. 9)
- ♦ 15 (dez.1986): *Agrotóxicos: O*

*inexistente braço da lei* (p. 10)

- ♦ 16 (abr. 1987): *Agrotóxicos na alça de mira* (p. 3)
- ♦ 40 (mar. 1991): *Agrotóxicos: Adubo corrói mulheres da cana* (p. 6)
- ♦ 42 (jun.1991): *Agrotóxicos — Em três anos, 80 mil contaminados* (p. 6)
- ♦ 57 (fev.1996): *Agrotóxicos: Resíduo e embalagem ameaçam ambiente* (p. 8)
- ♦ 63 (abr.1998): *Agrotóxico pode ser causa de depressão e suicídio de trabalhadores* (p. 8)
- ♦ 68 (jul. 1998): *Agrotóxicos: Rio tem produtos contaminados* (p. 8)
- ♦ 69 (ago. 1998): *Agrotóxicos: Brasil usa e abusa* (p. 8)
- ♦ 70 (nov. 1998): *Agrotóxicos: Embrapa usa controle natural para substituir veneno* (p. 8)

### Na *Tema*

- ♦ 9 (nov.1987): *Agricultura: O descontrole no uso dos agrotóxicos* (p. 14) e *Vale do Ribeira: O crescimento das intoxicações* (p. 16)
- ♦ 18 (out. 1999): *Agrotóxicos: usos e contaminações* (p. 4)



## 4º CONGRESSO BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR



A UTI com janela para o lado de fora e cama regulável para o tamanho do paciente e do profissional, localizada no centro do quarto: acolhimento

FOTOS: ARISTIDES DUTRA

# Novos conceitos para ambientes de saúde

*Futuro dos hospitais aponta para a humanização do espaço físico, tendo em vista pacientes, familiares e profissionais, todos usuários do espaço*

Katia Machado \*

Qual o destino dos edifícios hospitalares e como seus espaços físicos podem promover humanização e acolhimento, favorecendo o bem-estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde? As perguntas nortearam os debates da quarta edição do Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, que teve como tema *Novas tecnologias: o impacto nos edifícios de saúde*. O evento reuniu cerca de 180 pessoas, em sua maioria arquitetos e engenheiros civis, em Brasília, de 14 a 16 de abril – por sinal, na mesma época em que a capital do país, cujo conjunto urbanístico, arquitetônico e paisagístico recebeu o título de Patrimônio Mundial, Cultural e Natural da Humanidade, completou 60 anos.

\* Colaborou: Justa Helena Franco

“Foi a oportunidade que Brasília nos deu de brindarmos com a discussão sobre o futuro dos hospitais e demais ambientes de saúde”, frisou o arquiteto Fábio Bitencourt, que assumirá em 2011 a presidência da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH), promotora do evento. Além de palestras e debates, o congresso incluiu visita a quatro hospitais do Distrito Federal e entorno, que sofreram reformas, visando ao bem estar e ao cuidado humanizado do usuário, como preconiza o SUS (ver matéria na pág. 19).

Como observou, na abertura, o superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, e ex-diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Gonçalo Vecina Neto, pensar em ambientes de saúde apropriados implica analisar o contexto atual. O impacto da urbanização no mundo, hoje, as mudanças epidemiológicas, como o crescimento das doenças cardiovasculares, hiperten-

são, diabetes, cânceres e obesidade, bem como o processo de formação de cidadãos informados, devem ser levados em conta, de acordo com Vecina, pois cria-se uma demanda pelo que há de mais moderno, além de conforto e humanização no atendimento.

Vecina observou que o estudo de custos da oferta de tecnologia deve ser feita sempre segundo a demanda. Para ele, municípios com menos de 60 mil habitantes (60%) não têm escala para suportar os custos das novas tecnologias. “Não dá para se ter uma equipe hospitalar especializada em cada um deles”, afirmou, defendendo a criação de redes hospitalares, a recuperação do conceito de território, capaz de dar respostas às necessidades das populações, e maior investimento em serviços extra-hospitalares, que diminuam o consumo do hospital, como é o caso da cirurgia ambulatorial. “Mas, no Brasil, onde ainda prevalece o modelo hospitalar, essa não parece ser uma boa alternativa”, criticou.

Algumas das preocupações de Vecina foram também apontadas pelo arquiteto e planejador Luciano Monza, presidente da Associação Argentina de Arquitetura e Engenharia Hospitalar. No painel *Arquitetura e novas tecnologias*, ele tratou do futuro dos edifícios hospitalares. “O edifício de saúde é a resposta física do modelo de atendimento, desenvolvido em determinado tempo”, ensinou Luciano, para quem significativas mudanças dos espaços alteram de forma positiva os paradigmas de saúde e doença e fortalecem as concepções de humanização dos ambientes, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para as equipes de saúde.

Em relação ao futuro dos edifícios hospitalares, Monza prevê o desenvolvimento de pequenas unidades de saúde com alto grau de resolução inseridas no habitat da população, associadas ainda à melhoria das condições de vida e de moradia e à insistência no autocuidado. “O projeto arquitetônico precisa estar centrado no usuário”, destacou. Na prática, isso implica cuidados como diminuição de níveis de ruídos, iluminação adequada, comodidades térmicas, uso adequado de cores, privacidade visual e acústica, visuais terapêuticos, contato com a natureza etc.

Os novos edifícios de saúde deverão ainda incorporar variadas culturas e visões da medicina, prever acessibilidade para todos, propiciar satisfação ao paciente e garantir sustentabilidade. Ou seja, edifícios que não agridam e não contaminem o meio ambiente. “Algumas dessas tendências já se manifestam. De qualquer forma, nos encontramos num momento de desenvolvimento da humanidade em que, querendo ou não, pela necessidade de sobrevivência do planeta e da espécie humana, sairemos de um modelo de progresso e perfeição para a ideia de prevenção e conservação”, concluiu.

### AMBIENTES DE EXCELÊNCIA

O papel dos edifícios de saúde no atendimento às necessidades técnicas e funcionais para o cuidado integral da saúde foi o foco da conferência *Projetos baseados em evidências*, proferida pelo arquiteto Augusto Guelli. Segundo o conferencista, o tema da mesa preconiza que o espaço físico influencia na recuperação do paciente. Em referência ao arquiteto Marcos Bosi Ferraz (diretor do Centro Paulista de Economia da Saúde e também participante do evento), Guelli lembrou que o sistema de atenção médico-hospitalar brasileiro tem exigido um grande esforço das instituições prestadoras de serviços de saúde, para



Vecina: ambientes de saúde devem levar em conta o contexto em que se vive hoje

aprimorar o atendimento dos seus usuários, oferecendo maior quantidade e melhorando a qualidade.

Ele ensinou, citando o também arquiteto João Carlos Bross, estudioso dos edifícios hospitalares, como um edifício de saúde satisfaz as necessidades técnicas e funcionais envolvidas no cuidado integral do usuário: o planejador precisa levar em conta as relações entre atenção e espaços físicos; sistematizar a produção dos serviços e dar-lhe fluidez; e correlacionar as atividades e procedimentos de atenção com os serviços de apoio que suportam essa operação, tais como logística de suprimentos, facilidades de pessoal e administração. “Os espaços físicos de saúde, não só o hospitalar, precisam neutralizar as tensões trazidas pelos usuários e a frieza comum a esses locais, num entendimento de que eles são parte do processo de cura, podem interferir, fortalecendo ou enfraquecendo o paciente, protegendo-o ou expondo-o a infecções”, orientou.

O projeto de um edifício de saúde baseado em evidências deve ser pensa-

do em relação a funcionalidade (usos, acessos e espaços), impacto (caráter de inovação, satisfação, interior do ambiente e integração urbana e social) e padrão de construção (desenho). Devem ser explorados cinco pontos: suporte psicológico, criando condições para atenuar os efeitos da dor, incerteza, perda de controle, medo da incapacidade e morte; senso de controle, que abrange luz, som, temperatura e meios de comunicação adequados; suporte social, ou seja, espaço e estrutura com interação social; distração positiva, estimulando o paciente através do ambiente, seja por meio das cores ou de objetos; e distração negativa, evitando ruído, aglomeração, mobiliário desconfortável e informações indesejáveis.

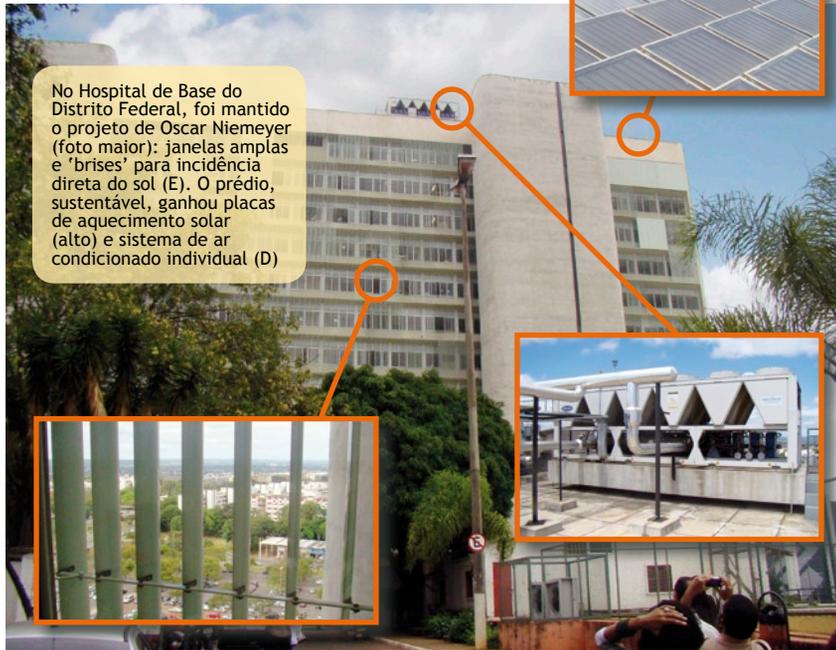
### ESTÁGIO TECNOLÓGICO

O objetivo é reduzir o tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar, o uso de medicamentos compensatórios e a quantidade de horas de enfermagem, como também melhorar a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde, também considerados usuários do espaço. “Estamos caminhando para isso. A mudança é gradual e sem volta”, observou Guelli, ao exibir imagens de um dos blocos do Hospital da Beneficência Portuguesa, em São Paulo, cujo projeto buscou proporcionar privacidade ao paciente, visão para o exterior, contato com a natureza e conforto e controle do espaço pelos ocupantes.

O uso das novas tecnologias também permeou os debates do congresso. Na mesa que tratou do estágio tecnológico dos hospitais no Brasil, o médico Roberto Eugênio Magalhães, professor da Universidade do Estado do Rio de



Ambientes amplos e integrados (foto maior), persianas entre vidros para evitar poeira (D) e painéis com imagens da natureza são alguns dos cuidados tomados pelo Hospital Anchieta



No Hospital de Base do Distrito Federal, foi mantido o projeto de Oscar Niemeyer (foto maior): janelas amplas e 'brises' para incidência direta do sol (E). O prédio, sustentável, ganhou placas de aquecimento solar (alto) e sistema de ar condicionado individual (D)

Janeiro (Uerj) e do Instituto Vital Brazil, a exemplo de Gonçalo Vecina Neto, chamou atenção para os aspectos que impactam o sistema de saúde, entre eles, o envelhecimento da população, a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade, o aparecimento de novas doenças, o recrudescimento de doenças consideradas extintas e a tendência de globalização de doenças infectocontagiosas — até então restritas aos países não industrializados ou em vias de industrialização. São também fatores relevantes: aparecimento de novos medicamentos que redirecionam os pacientes do atendimento hospitalar para o residencial; diminuição do poder dos médicos, devido à facilidade de acesso a informação pelos pacientes; aumento da violência urbana; e maior permanência no ambiente doméstico. “O hospital é apenas uma parte do sistema de saúde e não *produto final*”, advertiu.

### DESOSPITALIZAÇÃO

O aumento exponencial dos custos e dos gastos com a saúde e a certeza de que os recursos são escassos e finitos são dois importantes fatores que também irão impactar o sistema de saúde, frisou Magalhães. Por esses motivos, a tendência é desospitalizar. Isso significa incremento exponencial dos recursos da informática, maior inversão de recursos da medicalização para a promoção e prevenção, investimentos no atendimento domiciliar e ambulatorial, criação de núcleos integrados para diagnóstico ou tratamento compartilhados, drástica redução no número de cirurgias no ambiente hospitalar, aumento do número de procedimentos em

ambulatorio, maior conscientização da população para medidas de prevenção, aumento do trabalho multidisciplinar em saúde, profissionalização da gestão e estabelecimento de práticas de governança e integração entre ambulatorio e hospital.

A desospitalização, avaliou Magalhães, atende a necessidade de adequação de custos e receitas e é consequência de fatores como o avanço da tecnologia, a implementação da telemedicina, o advento da infecção

**Os espaços físicos de saúde são parte do processo de cura, podem interferir, fortalecendo ou enfraquecendo o paciente**

**AUGUSTO GUELLI**

hospitalar e maior aderência aos tratamentos. “Hoje, a primeira pergunta que devemos fazer antes de construir qualquer projeto é se precisamos de um hospital”, orientou, para quem os hospitais que não se adequarem à nova realidade fecharão.

As mesmas observações foram feitas pela arquiteta Mariluz Gomez Esteves, no painel *Custos e Tecnologias* (16/5). Para ela, o caminho é fechar lei-

tos de hospitais e, em substituição, ampliar os serviços ambulatoriais. “Eu sou conhecida como fechadora de leitos”, brincou, referindo-se ao trabalho que desenvolve no Espírito Santo desde 2007. No estado, ela construiu um programa de reorganização da rede de saúde, que incluiu um perfil dos hospitais públicos estaduais e dos hospitais filantrópicos, de modo a conferir se os serviços e números de leitos estão adequados à demanda; a organização das redes de urgência e emergência, de atenção básica e de saúde mental; estabelecimento de parcerias público-privadas; e contratação da função de gerenciador de projetos e obras. Em Vitória, por exemplo, ela constatou concentração de leitos. “O hospital orgulho da cidade tinha 300 leitos e oito salas cirúrgicas, e realizava apenas 200 cirurgias por mês. O principal hospital do Paraná, onde resido, faz o mesmo atendimento com apenas duas salas cirúrgicas”, comparou.

Para evitar erros e ociosidade, a gerenciadora de projetos e obras coordena cada um dos projetos da rede de saúde e acompanha inclusive o trabalho do arquiteto. “Notamos, por exemplo, que um dos grandes problemas da rede de saúde do estado era a falta de pessoal preparado”, informou. Isso ficou claro quando percebeu um profissional soldando os canos dos gases hospitalares com chumbo (metal nocivo à saúde), porque não sabia ler projetos. Planejamento, portanto, é a “chave do negócio”. Na análise da arquiteta, muitos hospitais antes de fecharem suas portas, a exemplo do que aconteceu com seis das onze unidades privadas do Paraná, saíram comprando tecnologia, quando o problema era de recursos humanos e de gestão.

A primeira pergunta a se fazer é se a nova tecnologia que se deseja adquirir é necessária, orientou. Segundo Mariluz, grandes empresas não fazem mais incorporação de tecnologia sem planejamento, pois isso implica alto custo, inclusive de manutenção. “O problema é que a incorporação de muitas tecnologias tem se dado por modismo, pela facilidade de obter recursos externos ou pela pressão de grupos médicos”, disse, orientando que sempre devem ser escolhidos materiais mais duráveis. “Não sabemos se, daqui a quatro anos, numa mudança de governo, um estado terá dinheiro para manter a tecnologia adquirida”, salientou. Para ela, decisões precipitadas levam ao desperdício de recursos, ao descrédito do grupo gestor, à perda da motivação da equipe e, por fim, ao prejuízo dos investidores, que muitas vezes é são o próprio poder público. “Ter um hospital que funciona como posto de saúde é desperdício”, exemplificou.

# Arquitetura voltada para a humanização

A luz foi instalada na lateral do corredor para não ofuscar a visão do paciente que passa deitado na maca. Uma simples mudança que causa grande bem estar a quem está internado, avaliaram as arquitetas Janete Freiberger e Eliete de Pinho Araújo, que assinam o projeto de reforma do edifício de internação do Hospital de Base, do Distrito Federal (DF). Em visita guiada à unidade — acompanhada pela *Radis*, como parte da programação do 4º Congresso Brasileiro para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, elas relataram que a reforma, iniciada em 2007 e concluída em 2009, visou propiciar operacionalidade, conforto ambiental, economia de recursos, facilidade de manutenção e higienização e, ao mesmo tempo, preservação de sua memória e história. Vale lembrar que o projeto original é assinado por Oscar Niemeyer, em 1960. “Mantivemos as janelas amplas e as *brises* (dispositivo utilizado para impedir a incidência direta do sol) externas, trocadas apenas por material mais leve”, apontaram elas, em relação a algumas das ideias projetadas por Niemeyer.

Para adequar o edifício ao conceito de humanização e de acolhimento tanto do paciente quanto de seus familiares e profissionais de saúde, nas enfermarias — cada uma com quatro leitos —, foram instalados armários, sistema de ar condicionado individual, iluminações de vigília e de emergência, sinalização de enfermagem, bancadas de apoio para uso dos acompanhantes e banheiros sem box, para facilitar o acesso, e com válvula acoplada (embutida na parede), reduzindo o consumo de água. No chão, pisos beges e azuis, em referência à areia e às ondas do mar.

No projeto, as salas individualizadas para profissionais de saúde e gerências foram substituídas por postos de trabalho abertos e integrados. Também abertas e integradas ficaram as centrais de enfermagem, espalhadas pelo corredor. Para conforto dos profissionais, foi criada uma área reservada e ventilada, com cadeiras de repouso, banheiros e copas. “Adaptar as obras num prédio de Niemeyer foi bem mais fácil”, observou Eliete, referindo-se à boa ventilação do ambiente.

No penúltimo andar (12º), antes ocupado por apartamentos de residência médica, foram construídas duas salas, uma para a enfermagem e outra para os médicos, integradas com a copa, dois



Luzes nas laterais dos corredores, para não ofuscar a visão do paciente na maca (foto maior), espaço de confraternização para os médicos (alto) e postos de trabalho abertos, com piso bege, remetendo a areia (E): resultado da reforma do Hospital de Base

auditórios, seis salas, biblioteca e dois amplos espaços de confraternização e exposição, onde muitas vezes médicos e enfermeiros se reúnem para discussão de casos. Por fim, no último pavimento, foram instaladas placas de aquecimento solar, colocando em prática a ideia de prédios sustentáveis. “Não se usa energia elétrica por aqui”, contou.

Totalmente reformado, o bloco de internação do Hospital de Base hoje em nada se assemelha à ala do pronto-socorro, de aparência tumultuada e poluída. “Mas em breve a unidade será também reformada nas mesmas bases”, anunciou Eliete.

## CONFORTO NA UTI

Ainda dentro da programação do evento, em que os congressistas foram divididos em dois grupos para visitar dois de quatro hospitais de Brasília, *Radis* acompanhou, na parte da tarde, a visita ao Hospital Anchieta, da rede de saúde privada de Taguatinga, mas que também atende ao SUS. A arquiteta Mônica Araújo, gerente de Projetos do hospital, mostrou a nova UTI de adultos, cujo projeto iniciado em 2008 buscou oferecer conforto aos pacientes e familiares.

O novo espaço tem 2.500 m<sup>2</sup> e 180 leitos individuais — 36 deles destinadas ao SUS —, com TV de LCD e cadeiras para

acompanhantes, camas que aumentam ou diminuem conforme o tamanho do paciente e do profissional de saúde, janelas que trazem persianas protegidas por vidros duplos, evitando acúmulo de sujeira, e portas amplas e deslizantes. Alguns dos leitos têm banheiros individuais, todas têm ducha higiênica, usadas para dar banho no leito, e decoradas com painéis que trazem imagens da natureza, substituindo as plantas naturais que são inadequadas ao ambiente. Como os leitos são fechados, há na porta de cada um deles monitores de LCD para acompanhamento, mostrou a enfermeira Marta Machado, gestora da UTI. A ela e a todos os profissionais de saúde foram reservados ambientes amplos, mobiliário confortável, uma área de repouso para enfermagem e outra para os médicos. “Esse ambiente de UTI é bem mais confortável. Diminuiu o estresse do trabalho”, disse à *Radis*. Para Mônica Araújo, o novo espaço levou a melhoria no atendimento.

Esse novo formato, avaliaram as duas profissionais, estimula a redução da infecção e acolhe ao mesmo tempo pacientes, familiares e profissionais de saúde. “Nosso sistema de qualidade, depois da mudança, não recebeu notificação de inconformidade. Isso significa que estamos no caminho certo”, observou Mônica. 

## LEGISLAÇÃO

6º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 1989: marco da legislação do SUS



# Vinte anos DE regulamentação DO SUS

Após duas décadas, artigos das Leis 8.080 e 8.142 ainda são descumpridos

Katia Machado

Em 19 de setembro de 1990, o então presidente Fernando Collor assinava a Lei Orgânica da Saúde 8.080, regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), sob a égide da Constituição de 1988. O texto tratava dos objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção e gestão do sistema, e fora fruto de luta da sociedade civil organizada, dirigida por bravos sanitaristas. Recebeu, no entanto, vetos de Collor. A pressão dos mesmos grupos levou à assinatura de nova lei, 8.142, em 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Passados vinte anos dessas leis, a realidade mostra que o novo modelo de atenção à saúde, com base nas necessidades e direitos da população, preconizado pelo SUS ainda não se concretizou. Em entrevista à *Radis*, o sanitarista Nelson dos Santos, o Nelsão, diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e presidente do Instituto de Direito Sanitário (Idisa), considera que os três princípios básicos do SUS — universalidade, integralidade e equidade — foram negligenciados.

Em sua avaliação, o não-cumprimento das leis 8.080 e 8.142 relaciona-se à retração da parcela federal do financiamento do SUS, nas últimas décadas, e à consequente elevação das parcelas municipais e estaduais, como também ao crescente subsídio público federal ao mercado de serviços de saúde. “Entre 2000 e 2008, a parcela federal caiu de 60% para 46%, enquanto as parcelas municipal e estadual subiram de 40% para 54%”, contabiliza.

Nelsão também critica a forma de remuneração dos serviços por produção, com base em “uma perversa tabela de procedimentos e valores, que consome a maior parte dos recursos, concentrados nos serviços de média e alta complexidade”, e a predominância do planejamento normativo, “com base em séries históricas da prestação de serviços, concentradas na assistência ambulatorial, hospitalar e laboratorial de média e alta complexidade”, o que impede ou distorce os princípios do SUS.

## PASSOS TÍMIDOS

Em seu livro *O que é o SUS* (Editora Fiocruz, 2009), Jairnilson Silva Paim, professor de Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba), observa que, nas últimas décadas, o SUS deu passos importantes no que diz respeito

a participação social e universalidade. “Já em relação à equidade e à integralidade, os passos foram mais tímidos”. Entre os princípios do SUS estabelecidos pela Lei 8.080/90, a integralidade foi o mais negligenciado nesses 20 anos.

Jairnilson analisa que, no início da década de 90, a preocupação com a integralidade limitava-se a alguns centros acadêmicos e experiências municipais, “posto que a ênfase política concentrava-se em financiamento e descentralização”. A discussão da integralidade é retomada com a expansão e a reorientação política da Estratégia Saúde da Família, a partir da segunda metade dos anos 1990, quando “foi possível enfatizar propostas como territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo”, escreve. Para Jairnilson, a equidade, ao ser assumida pelo discurso de organismos internacionais como oposição à universalidade, ou como etapa para alcançar esta última, tende a representar “uma justificativa para a implantação de programas focalizados apenas nos pobres”.

Se, por um lado, como pondera Jairnilson em seu livro, não existem barreiras para assegurar serviços de saúde para todos, por outro, “há grandes dificuldades no acesso e na continuidade da atenção, devido a problemas vinculados à organização dos serviços (ausência de rede regiona-

lizada e hierarquizada, entre outros)”. Ele também enfatiza a “questão do financiamento, ainda não resolvida”.

No mesmo caminho de análise, Nelsão diz que o grande avanço do SUS – que foi a inclusão no sistema de metade da população, em pouco mais de uma década – “deu-se sob o preço de uma cobertura da atenção básica que não passa de 40% da população, abaixo da linha da pobreza e com baixíssima resolutividade e custo”. “O SUS foi esvaziado e transformado em sistema de saúde para pobres e complementar para os beneficiários de planos privados”, criticou.

O professor José Eri de Medeiros, do Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano, que, na época da promulgação das leis, foi presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conasems), uma das entidades que impulsionaram a assinatura das leis, é outro que reconhece que o SUS continua a apresentar problemas quanto a financiamento e gestão. “O artigo 35 da Lei 8.080 (que estabelece valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios) foi esquecido nesses vinte anos”, aponta.

## REPASSE DE RECURSOS

Para o médico-sanitarista Gilson Carvalho, que se especializou em financiamento da saúde, são muitos os artigos das duas leis descumpridos, nessa área. “É obrigação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de Saúde repassarem recursos a municípios para que estes desincumbam-se de suas responsabilidades constitucionais baseadas em competências e descentralização”, afirmou, em entrevista à *Radis*, lembrando que essa determinação, que não vem sendo cumprida, está expressa nos artigos 16 e 17 da lei 8.080 e no artigo 2º da 8.142. O mesmo acontece com a obrigação de o MS repassar dinheiro a estados e municípios proporcionalmente às ações que deixam de ser de responsabilidade federal e são transferidas aos âmbitos estadual e municipal, conforme indica a 8.080 (artigos 4 e 14), e de repassar dinheiro para estados e municípios para ações e serviços de saúde, sendo pelo menos 70% aos municípios, conforme a 8.142 (artigo 3º, parágrafo 2º). Além desses, o artigo 34 da 8.080, que trata das transferências de recursos arrecadados ao Fundo Nacional de Saúde de forma automática, é mais um exemplo de legislação não cumprida. “Realmente o grande problema do SUS está ligado ao financiamento, mas não se resolve nele”, salienta.

Para o sanitário, os recursos disponíveis são insuficientes e continuam associados a deficiências que levam à sua perda ou ao mau uso. Ele insiste na defesa do que chama de Lei dos Cinco Mais (*Radis* 72): Mais Brasil (resolver os condicionantes e determinantes da saúde e os problemas de distribuição de renda); Mais Saúde (cumprir o que está na lei e fazer o SUS constitucional e legal); Mais Eficiência (gastar melhor o pouco dinheiro disponível, segundo os modelos de gestão mais atuais e modernos); Mais Honestidade (igual a menos corrupção); e Mais Dinheiro (principalmente federal e dos estados).

No livro *SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos – Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros* (Conasems e Idisa, 2007), a advogada Lenir Santos, especialista em Direito Sanitário, e o médico sanitário Luiz Odorico Monteiro de Andrade, professor da Universidade Federal do Ceará, observam que o SUS sempre foi pautado pelo financiamento federal, “e não pelas necessidades de saúde da população”. Os autores advertem que a transferência de recursos da União para estados e municípios induziu a organização do SUS. A cada edição de portarias ministeriais, “estados e municípios deveriam arranjar-se para organizar o sistema local e regional nos termos ali definidos, ainda que estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema”. Com a edição das normas operacionais ao longo dos 20 anos,

O grande problema do SUS está ligado ao financiamento, mas não se resolve nele

GILSON CARVALHO

apontam, “o financiamento passou a ser feito quase que exclusivamente pelo critério de produção, projetos e programas, ainda que pequena parcela dos recursos tenha sido repassada pelo sistema *per capita*”.

Eles entendem que se impõe, no momento, uma revisão das necessidades de institucionalização do SUS com

regulamentação nacional ou estadual. Entre os pontos que exigem demarcação, citam as transferências intergovernamentais, ou seja, a demarcação legal das transferências de recursos da União para estados e municípios e dos estados para municípios. Ainda que o artigo 35 da 8.080 e o 3º da 8.142/90 tratem do tema e estejam recepcionados pela EC 29/2000, “urge que isso seja cumprido”, recomendam.

## TRAJETÓRIA DE LUTAS

Um dos marcos da trajetória de lutas que levou à assinatura das Leis 8.080 e 8.142 foi o 6º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, promovido pelo Conasems, em junho de 1989. Do encontro resultou a *Carta de Porto Alegre* (ver íntegra em [www.ensp.fiocruz/radis/95/web-03.html](http://www.ensp.fiocruz/radis/95/web-03.html)), cujas estratégias e propostas nortearam a legislação do SUS. Esse documento refletia as ideias e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, defendendo a descentralização administrativa do SUS, a criação de conselhos populares com a participação dos três níveis de governo, atendimento integral e novos critérios para repasse dos recursos financeiros, como recorda José Eri de Medeiros, na época, presidente do Conasems (1989 a 1993).

Ele lembra as articulações feitas com o Congresso Nacional e com o então ministro da Saúde, Alcení Guerra, para se delinear e aprovarem os textos das leis. “Articulados com profissionais e trabalhadores da Saúde, sindicatos, associações de moradores, professores, universidades e parlamentares, integrantes da Plenária Nacional da Saúde, seguimos em direção ao Congresso Nacional, tendo como arena a então Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados”, conta. De acordo com Medeiros, a luta pela aprovação da Lei 8.080 no Senado Federal foi longa e tensa.

Apesar de aprovada, essa lei sofreu vários vetos do presidente Collor, sendo dela retirado o repasse financeiro direto fundo a fundo e a participação da comunidade no sistema de saúde, propostas que depois foram inseridas na Lei 8.142. Medeiros lembra que, em novembro de 1990, foi entregue a Alcení Guerra proposta de uma nova lei da Saúde, a ser apresentada ao Presidente da República. “O compromisso de fazer a negociação com as lideranças partidárias do Congresso Nacional e com o presidente Collor foi assumido e cumprido por Alcení”, considerou. ■

## SERVIÇO

## EVENTOS

**2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Organizado pelo Centro de Estudos do Crescimento Humano e pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), o 2º Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente pretende unir pesquisadores e educadores para discutir crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, focando soluções de curto prazo. O evento visa ainda produzir e disseminar conhecimento, por meio da educação continuada, contribuindo para melhoria das condições de saúde da população e para a formulação de políticas públicas para essa área.

Data 26 a 29 de agosto

Local Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Mais informações

Site [www.congressocdh.com.br](http://www.congressocdh.com.br)

**12º CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR**

A 12ª edição do Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, organizado pela Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, está dividida em conferências, mesas-redondas e painéis de debates. O evento serve de espaço para profissionais e especialistas da saúde trocarem experiências e conhecimento sobre infecções na assistência à saúde. As inscrições podem ser feitas até 15/8; após essa data, somente no local do evento.

Data 1º a 4 de setembro

Local Centro de Convenções de Pernambuco, Olinda, PE

Mais informações

Site [www.cih2010.com.br](http://www.cih2010.com.br)

**12º CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOMEDICINA**

A 12ª edição do Congresso Brasileiro de Biomedicina, sob o tema *Biomedicina e meio ambiente: desafios e perspectivas*, é organizada pelos conselhos regionais de Biomedicina. O

evento tem como objetivos atualizar os conhecimentos dos profissionais e estudantes da área de saúde, focalizar a relação entre o meio ambiente e seus efeitos na saúde do indivíduo e da comunidade e discutir melhorias nas políticas e abordagens da saúde pública do país e do SUS. As inscrições para o congresso podem ser feitas até 1º/9; para os minicursos, a data final é 31/8.

Data 9 a 12 de outubro de 2010

Local Centro de Convenções de Pernambuco, Olinda, PE

Mais informações

Site [www.congressodebiomedicina.com.br](http://www.congressodebiomedicina.com.br)

## INTERNET

**JOVENS DIABÉTICOS**

*Colega diabético. Nossa turma dá uma aula de respeito* é o slogan do site lançado pela Sociedade Brasileira de Diabetes sobre a doença, focalizando a população jovem diabética, seus pais e professores. O projeto é fruto de observação da professora e endocrinologista Marília de Brito Gomes, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sobre a rotina de jovens diabéticos na escola. Segundo a coordenadora da proposta, o objetivo é mostrar que, com acompanhamento, precauções e alimentação correta, a pessoa jovem com diabetes pode levar uma vida normal. O site ([www.diabetesnascolas.org.br](http://www.diabetesnascolas.org.br)) traz informações e dicas sobre a doença, notícias atualizadas, um glossário e uma área reservada para download de material educativo.

## PUBLICAÇÕES

**ARQUITETURA HOSPITALAR**

*Arquitetura do Instituto Vital Brazil: um patrimônio modernista da saúde – 90 anos de história*, organizado pelo arquiteto Fábio Bitencourt (Editora Rio Books), retrata a personalidade do cientista Vital Brazil e de seu filho, arquiteto e engenheiro Álvaro Vital Brazil, que a convite do pai concebeu e projetou a edificação do instituto que leva seu nome, na primeira metade



do século 20. O livro consagra esse prédio, que em 2009 completou 90 anos, patrimônio cultural da arquitetura moderna do Brasil.

*Arquitetura – ambiente de nascer: reflexões e recomendações projetuais de arquitetura e conforto ambiental*, de Fábio Bitencourt (Editora Rio Books), resgata os aspectos essenciais para que profissionais de saúde e de projetos arquitetônicos possam observar a importância da correta interação entre os requisitos da fisiologia humana no momento do parto e seu entorno. Neste livro, o autor avalia alguns centros obstétricos inseridos em estruturas hospitalares de maternidades e traz reflexões e recomendações resultantes de pesquisa e de sua experiência profissional.



*Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura (volume 5)*, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), organizado por Maurício Monken e André



Vianna Dantas, traz entre seus vários artigos um debate sobre a ambientação hospitalar a partir da gestão de coletivos. A partir de pesquisa de natureza bibliográfica, os autores Amanda Costa da Silva, Irai Borges de Freitas e Katia Leão de Freitas apresentam um breve histórico da arquitetura hospitalar, mostram como organizar um espaço e ensinam como criar a ambiência hospitalar com a contribuição da gestão de coletivos. 

## ENDEREÇOS

**Editora Rio Books**

Site [www.riobooks.com.br](http://www.riobooks.com.br)

**EPSJV/Fiocruz**

Tel.: (21) 3865-9797

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

## PÓS-TUDO

# Agrotóxicos no seu estômago

João Pedro Stédile \*

Os porta-vozes da grande propriedade e das empresas transnacionais são muito bem pagos para todos os dias defender, falar e escrever que no Brasil não há mais problema agrário. Afinal, a grande propriedade está produzindo muito mais e tendo muito lucro. Portanto, o latifúndio não é mais problema para a sociedade brasileira. Ser? Nem vou abordar a injustiça social da concentração da propriedade da terra, que faz com que apenas 2%, ou seja, 50 mil fazendeiros, sejam donos de metade de toda nossa natureza, enquanto temos 4 milhões de famílias sem direito a ela.

Vou falar das consequências para você que mora na cidade, da adoção do modelo agrícola do agronegócio. O agronegócio é a produção de larga escala, em monocultivo, empregando muito agrotóxicos e máquinas. Usam venenos para eliminar as outras plantas e não contratar mão de obra. Com isso, destroem a biodiversidade, alteram o clima e expulsam cada vez mais famílias de trabalhadores do interior.

Na safra passada, as empresas transnacionais, e são poucas (BASF, Bayer, Monsanto, Du Pont, Syngenta, Bungue, Shell química...), comemoraram que o Brasil se transformou no maior consumidor mundial de venenos agrícolas. Foram despejados 713 milhões de toneladas! Média de 3.700 quilos por pessoa. Esses venenos são de origem química e permanecem na natureza. Degradam o solo. Contaminam a água. E, sobretudo, se acumulam nos alimentos. As lavouras

que mais usam venenos são: cana, soja, arroz, milho, fumo, tomate, batata, uva, moranguinho e hortaliças. Tudo isso deixará resíduos para seu estômago. E no seu organismo afetam as células e algum dia podem se transformar em câncer.

Perguntem aos cientistas aí do Instituto Nacional do Câncer, referência de pesquisa nacional, qual é a principal origem do câncer, depois do tabaco? A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) denun-

pressão da Monsanto, pois o resíduo de glifosato aumentou com a soja transgênica, de sua propriedade. Esse mesmo movimento estão fazendo agora com os derivados do milho.

Depois que foi aprovado o milho transgênico, que aumenta o uso de veneno, querem aumentar a possibilidade de resíduos de 0,1 mg/kg permitido para 1,0 mg/kg.

Há muitos outros exemplos de suas consequências. O doutor Vanderley Pignati, pesquisador da UFMT, revelou em suas pesquisas que nos municípios que têm grande produção de soja e uso intensivo de venenos os índices de abortos e má formação de fetos são quatro vezes maiores do que a média do estado.

Nós temos defendido que é preciso valorizar a agricultura familiar, camponesa, que é a única que pode produzir sem venenos e de maneira diversificada. O agronegócio, para ter escala e grandes lucros, só consegue produzir com venenos e expulsando os trabalhadores para a cidade.

É você que paga a conta, com o aumento do êxodo rural, das favelas, e com o aumento da incidência de venenos em seu alimento. Por isso, defender a agricultura familiar e a reforma agrária, que é uma forma de produzir alimentos saudáveis, é uma questão nacional, de toda sociedade.

Não é mais um problema apenas dos sem-terra. É por isso que cada vez mais o MST e a Via Campesina se mobilizam contra o agronegócio, e as empresas transnacionais, seus veículos de comunicação e seus parlamentares, nos atacam tanto.

Porque estão em disputa dois modelos de produção. Está em disputa a que interesses deve atender a produção agrícola: apenas o lucro ou a saúde e o bem estar da população? Os ricos sabem disso e tratam de consumir apenas produtos orgânicos.

É você precisa se decidir. De que lado você está? 



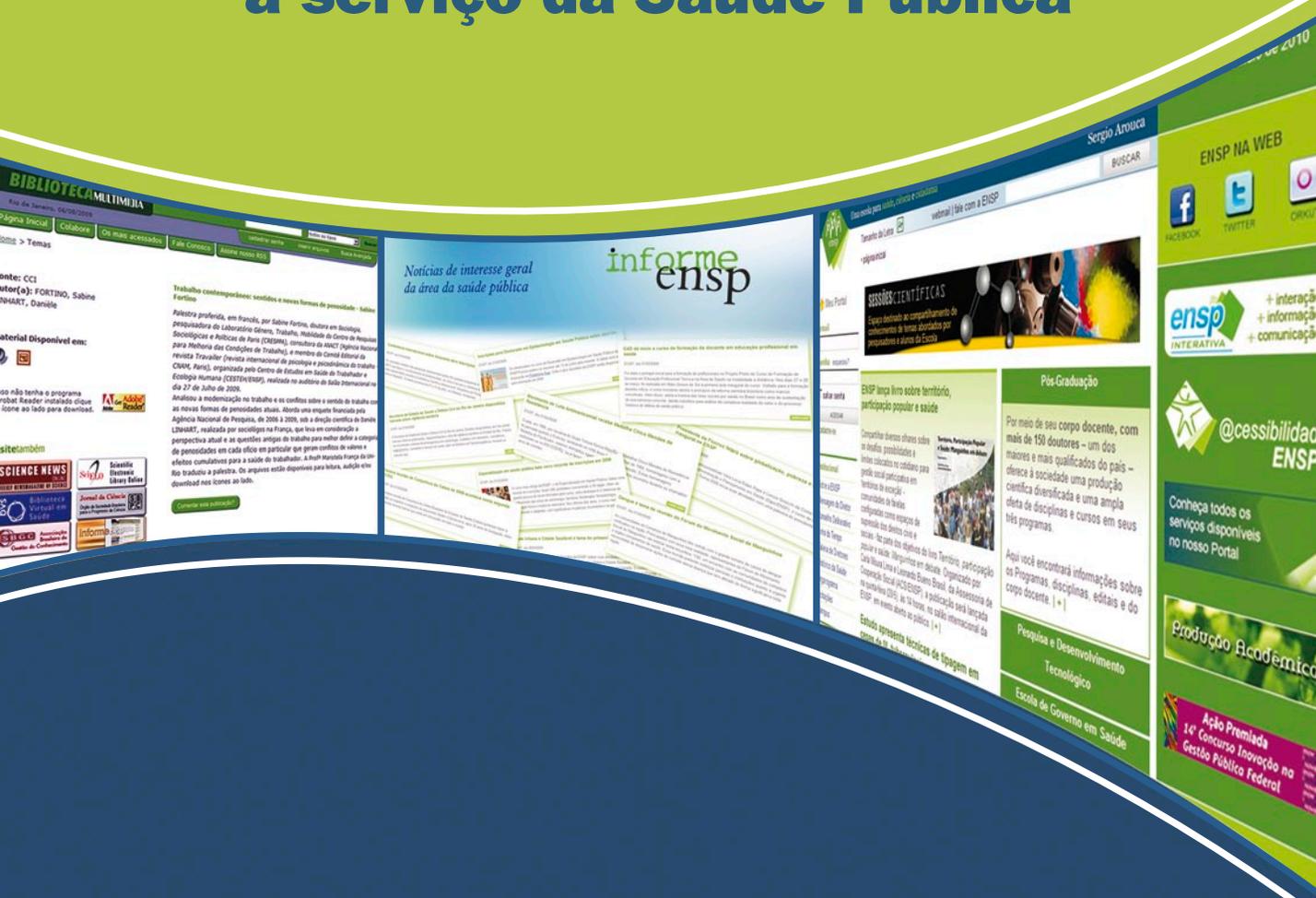
ciou que existem no mercado mais de vinte produtos agrícolas não recomendáveis para a saúde humana. Mas ninguém avisa no rótulo, nem retira da prateleira. Antigamente, era permitido ter na soja e no óleo de soja apenas 0,2 mg/kg de resíduo do veneno glifosato, para não afetar a saúde. De repente, a Anvisa autorizou os produtos derivados de soja terem até 10,0 mg/kg de glifosato, 50 vezes mais. Isso aconteceu certamente por

\* João Pedro Stédile é economista e integrante da coordenação nacional do Movimento dos Sem Terra (MST).

Artigo publicado no jornal *O Globo*, em 24 de setembro de 2009.

# Portal ENSP

## Comunicação, Tecnologia e Inovação a serviço da Saúde Pública



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