

A SUA REVISTA
RADIS CHEGOU
AO NÚMERO

50

RADIS
comunicação em saúde



Nº 50 ♦ Outubro de 2006

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

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

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

...CORREIOS...



ESPECIAL
Abrascão

Saúde Coletiva unida contra
os males da globalização

ISSO É COMUNICAÇÃO! PRA VALER!

Neste mês de outubro começa o treinamento em informática e internet em 10 conselhos municipais de Saúde: Adrianópolis e Gravataí (Região Sul), Montes Claros e Itapeva (Sudeste), Itabaiana e Sergipe (Nordeste), Cáceres e Goiás (Centro-Oeste), Roraima e Colinas do Tocantins (Norte). Essa capacitação é parte do plano de trabalho para 2006 da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo eixo principal é o fortalecimento do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde.

Trata-se do Projeto de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, parceria entre CNS, Ministério da Saúde e Banco do Brasil para tornar realidade o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (CNCS). A proposta tem meta democrática: garantir o acesso dos conselheiros estaduais e municipais a computadores conectados à internet.

E não apenas acesso: os conselheiros serão treinados na pesquisa de informações em saúde para o exercício do controle social. A ideia inicial era equipar e depois capacitar, mas, como estamos em ano eleitoral e ficam proibidas doações de qualquer natureza, esses 10 conselhos receberão primeiro o treinamento, e em janeiro de 2007, os equipamentos. A eficácia do curso será periodicamente avaliada, *in loco*.

Começar com 10 conselhos pode parecer pouco num país com mais de 5 mil municípios, mas quem imaginaria possível que em um ano 91% deles estivessem devidamente inseridos no CNCS? Pois estão: qualquer cidadão pode conseguir informações como endereço, telefone e e-mail de contato do conselho, o total de conselheiros,

o número de conselheiros por segmento, nome do presidente, adequação à Resolução nº 333/2003 do CNS, além dos principais temas abordados nas reuniões. Um pequeno e belo milagre. Os resultados finais serão divulgados em dezembro, mas em setembro as informações de 5.090 conselhos — todos os estaduais, o do Distrito Federal e de 5.063 municipais — já estavam no site do CNS (www.conselho.saude.gov.br/).

Alagoas (103 municípios), Amazonas (63), Mato Grosso (142), Mato Grosso do Sul (79), Rio Grande do Norte (168), Rio Grande do Sul (497)

e Tocantins (140) já completaram o cadastro: 100% dos conselhos municipais destes estados estão no CNCS, diz o Informativo Eletrônico do CNS. O sistema de cadastramento foi fechado em 15 de agosto para consolidação dos dados nacionais, até dezembro.

Feita a inserção das informações, a próxima etapa é a atualização. Grande vitória dessa estratégia, que usa a internet para construir um banco de dados nacional, facilitando a comunicação entre os conselhos de saúde, entre eles e a sociedade e fortalecendo o controle social. (M. C.)

Aos 50 mil leitores, a *Radis* 50

Nosso presente aos leitores na revista número 50 é uma consistente cobertura jornalística do 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. O apelido Abrascão vem das dimensões que o encontro tem alcançado. Reuniu este ano 12 mil participantes, com a apresentação de 7.533 pôsteres, 663 apresentações orais, 126 painéis, 28 palestras, 16 grandes debates e cinco conferências. Tão superlativa quanto a magnitude do evento foi a quantidade e importância dos temas abordados, que procuramos sintetizar nas próximas páginas. Proteção e ação política contra os efeitos devastadores da globalização foram as palavras de ordem.

Cinquenta edições. E como chegamos rápido até aqui!

Levamos 13 anos para atingir o número 50 da antiga *Súmula* (que teve 88 edições em 20 anos) e não alcançamos esta marca com *Tema* (23 edições), *Dados* (20) e o jornal *Proposta* (36), publicações que se fundiram para o lançamento da revista *Radis*, em agosto de 2002.

Não que tenha sido fácil pautar, apurar, redigir e editar tanto texto: são 1.168 páginas só da *Radis*, e sempre com o compromisso de assegurar qualidade da informação, enfoque crítico e tratamento estético apurado, tudo a serviço da cidadania e do direito à saúde, em sua concepção mais ampla.

Aos jornalistas que passaram por esta redação nestes quatro anos e dois meses da revista, simbolizados pela veterana e competente editora Marinilda Carvalho (há 34 edições conosco), o editor de arte Aristides Dutra e a subeditora Kátia Machado, dois valiosos integrantes da equipe desde a primeira edição, o nosso maior elogio. Cada profissional da pesquisa ou da administração do RADIS também contribuiu decisivamente para o sucesso da revista.

Aos leitores, que, exatamente nesta edição, chegam ao número recorde de 50 mil, em mais de 90% dos municípios, e que em grande maioria são também os protagonistas da luta pela Reforma Sanitária, o nosso agradecimento pelo estímulo.

Não é uma empreitada simples manter periodicidade e pensamento crítico numa publicação custeada por recursos públicos, a despeito de todas as dificuldades orçamentárias e mudanças governamentais.

Em 2007, teremos outro bom motivo para comemorar: o Programa RADIS completará 25 anos de sua trajetória pioneira e ininterrupta de comunicação em saúde.

Boa leitura!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do RADIS

CARTUM

LIM ABRAÇO
BEM FORTÉ PRA
VOCÊ FICAR
BOM, TÁ?



CASSIANO PINHEIRO
ARISTIDES DUTRA

Comunicação e Saúde

- ♦ Isso é comunicação pra valer! 2

Editorial

- ♦ Aos 50 mil leitores, a *Radis* 50 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

6

Toques da Redação

8

8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

- ♦ Proteção, a palavra-chave deste nosso mundo partido 10
- ♦ O peso da globalização 11
- ♦ Os reflexos nas políticas sociais 17
- ♦ Os impactos nas pessoas 23
- ♦ Referenciais teóricos 27

Serviço

34

Pós-Tudo

- ♦ A "lei seca" de Diadema e os interesses contrariados 35



CARTAS

SAUDADE DO AMIGO HÍFEN



Sou leitor viciado desta revista que, tenho certeza, é uma das melhores do Brasil. Uma coisa me chamou a atenção na edição nº 48: o "preconceito" dos digitadores com o hífen. Fui linotipista durante mais de 40 anos (estou com 74) e nunca vi, nem na época dos linotipos, tal "preconceito" acontecer com um sinal tão simpático e indispensável.

Quando iniciei a leitura da revista, pensei que fosse aquele artigo que estivesse "brigado" com o hífen. Ledo engano. Percorri toda a revista

e não encontrei o amigo hífen em nenhuma palavra. Para comprovar o tal preconceito, veja na página 9, segunda coluna, 14ª linha a palavra "burocratizá-lo". Na página 11, primeira coluna, 15ª linha, a palavra "sê-lo": também está ausente o meu amigo hífen.

Sabemos que errar é humano, mas nesta quantidade é danadamente impossível, não acha? Com meu abraço e perdão — e também com muita saude do amigo —, continuo a gostar e respeitar a todos da *Radis*.

♦ Benedito Nicácio de Almeida, Varzinha, MG

☑ *O caríssimo leitor não poderia estar mais certo! Errar é humano, mas as grandes lambanças exigem um computador, como bem denuncia a "lei magna da informática"! Trocamos o programa de editoração eletrônica e não nos ocorreu a necessidade de configurar a hifenação. Resultado: o "amigo" hífen, que, como o leitor, também muito prezamos, foi tragicamente relegado ao ostracismo. Mas o programa já está "domado" e nosso "amigo" reconquistou seu lugar. Um grande abraço da equipe.*

PRIORIDADES E ESPERANÇAS

Prezados amigos, com 30 anos de formado e 25 de magistério superior, agradeço o recebimento constante da *Radis*. Parabéns pela reportagem "Que crise é essa?" (*Radis* 48). Valeu, pois a matéria expõe as prioridades que afetam a verba que seria mais que suficiente para financiar a saúde, sendo insuficiente por motivos alheios à filosofia do SUS.

♦ Getúlio Taher Khader, médico do trabalho, Teresópolis, RJ

Recebo há alguns anos a revista *Radis*. Quando o carteiro chega com o meu exemplar fico ansiosa em ter logo um tempinho especial para ler. Moro há mais de 40 anos em São João de Meriti, na Baixada Fluminense, e durante todo esse tempo tenho presenciado horrores no descaso à saúde pública. Sofro com o meu povo, tão abandonado! Quando leio a revista e avalio as importantes reportagens, sinto um pouco de esperança em meu coração, na perspectiva de que um dia a realidade social do povo brasileiro possa mudar. Porque, por incrível que pareça, ainda há gente preocupada na mudança do abandono total para a verdadeira dignidade de vida.

♦ Maria José Resende, jornalista, São João de Meriti, RJ

Agradeço o recebimento mensal desta grandiosa publicação, tão rica na área da saúde pública. Sou enfermeira da Estratégia Saúde da Família e aproveito a publicação sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Radis* 47) para demonstrar minha insatisfação com a pouca atenção dada aos portadores de deficiência visual e auditiva. Vejo em minha atuação no SUS um déficit nos princípios da Equidade e da Universalidade.

Os profissionais de saúde na Atenção Básica atuam mal em resultado do despreparo, da falta de capacitação e digo até de sensibilização quanto a esta necessidade. Acompanho dois casais com deficiência auditiva. Atualmente, estou "tentando" me capacitar num curso de Leituras Inclusivas (libras e braille), oferecido pela Uneb, e é com grande alegria

EXPEDIENTE



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

Periodicidade mensal
Tiragem 50.000 exemplares
Assinatura grãtis

(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

Edição Marinilda Carvalho

Reportagem Katia Machado (subeditora),
Wagner Vasconcelos (Brasília), Bruno
Camarinha Dominguez e Júlia Gaspar
(estágio supervisionado)

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

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

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

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

Endereço

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

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis

Impressão

Ediouro Gráfica e Editora SA

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

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

que percebo as imensas possibilidades para uma melhor atuação e interpretação da realidade.

Gostaria de propor matérias sobre o andamento de políticas públicas e leis acerca dos portadores de deficiência auditiva e visual. Como estão sendo atendidos, cuidados e assistidos os cegos e surdos?

♦ Daiane Maria Nunes Martins, Itabera, BA

MARAVILHA DO FUTURO

Sou leitor da revista desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, da qual fui delegado-usuário. Hoje sou agente de endemias concursado. Estou maravilhado com a matéria sobre células-tronco (*Radis* 47). Estes anos previstos por Ricardo Ribeiro dos Santos para que a população tenha acesso à aplicação das células-tronco serão uma eternidade, mas é um alento para aqueles que estão precisando.

♦ José Ailton Rodrigues, Capela, AL

É com imenso prazer que escrevo sobre esta esplendorosa publicação que atende pelo nome de *Radis*. Sou leitor assíduo e poderia mencionar diversas edições que me fizeram largar o que estava fazendo para apreciá-las, mas faço questão de ressaltar a do Conselho Tutelar (*Radis* nº 44) e a das células-tronco (nº 47), assuntos que sempre merecem debate.

♦ Luiz Eduardo da Silva, Cajueiro, AL

ESPERANÇAS VIVAS

Gostaria de agradecer pela valiosa contribuição da *Radis* em minha vida profissional e pessoal. Sou enfermeira do PSF e professora de curso sequencial em Saúde Pública, e a *Radis* tem me ajudado muitas vezes diante de uma realidade em que é preciso acreditar e confiar que a saúde pública no Brasil vai crescer muito, e depende de nós para isso. Agradeço à *Radis* por não deixar minhas esperanças submergirem na dura realidade.

♦ Glaudes Sucupira, Juazeiro do Norte, CE

TESE SOBRE SEGURIDADE

Na *Radis* nº 48, citam na página 11 na tese de doutorado de Denise Gentil, "A falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil". Como poderia obter uma cópia deste trabalho? Vocês têm um e-mail para contato?

♦ Dieter Bredemeier, professor universitário, Santa Maria, RS

Caro professor, sua mensagem, postada no Fale Conosco do RADIS, estava sem e-mail para resposta. De qualquer modo, Denise Gentil pode ser encontrada no Instituto de Economia da UFRJ (www.ie.ufrj.br/contatos/index.html).

NA PAUTA

Inicialmente quero parabenizar pelo ótimo conteúdo da revista. Sou vereador em Canoinhas (SC) e as matérias têm sido muito importantes para minha função pública. Gostaria de ver reportagem sobre doação de sangue. Nossa cidade é por lei a capital catarinense dos doadores voluntários de sangue. Aqui existe uma associação, única no país, que completa em 2006 15 anos de existência. Surgiu pela luta de Orestes Golanovski, maior doador de sangue do mundo: fez 186 doações e fundou a entidade em 1991.

Hoje são mais de três mil doadores associados que doam no hospital local e se deslocam para Curitiba (PR) e Joinville (SC), quase três horas de viagem, para doar atendendo ao pedido de pacientes internados. O beneficiado não paga nada: a entidade fornece transporte e alimentação ao doador e mantém uma estrutura de três funcionários para a parte administrativa. Nestes quase 15 anos, mais de 13 mil doadores já foram transportados para hospitais de SC, PR e até RS e SP. É um exemplo a ser seguido pelo Brasil. A entidade se mantém com doações da população, sem nenhuma renda oriunda de governos.

Gostaria de ver abordado este tema, até para saber como se faz no resto do país para atender à demanda crescente por doadores de sangue. As informações de que dispomos dão conta de que há uma carência brutal de doadores na maioria das cidades brasileiras.

♦ Silmar Golanovski, Canoinhas, SC

À ESPERA DA RADIS

Sou coordenadora técnica do Caps de Araraquara (SP) e gostaria de saber se existe algum programa de distribuição gratuita de exemplares dessa revista para instituições de saúde pública.

♦ Carina Angelini, Araraquara, SP

Há alguns meses, fiz a assinatura desta revista pela internet, mas infelizmente até hoje não recebi. Gostaria de fazer um elogio: trata-se

de uma revista muito didática, que busca informar os leitores de tudo o que vem ocorrendo na área da saúde. Parabéns aos responsáveis!

♦ Ana Angélica Ribeiro Fagundes, estudante, Jequié, BA

Solicito o envio de 15 exemplares mensais da *Radis* para as agentes comunitárias de saúde de nosso município.

♦ Cleonice Pereira, Mostardas, RS

Gostei muito de ter conhecido a *Radis*. Consegui tirar muitas dúvidas. Já fiz a inscrição, mas ainda não recebi a revista, e por isso estou dependendo dos outros para ler. Vou fazer o vestibular na área de saúde e seria um grande impulso se meu pedido fosse atendido.

♦ Raimundo Aldario Ferreira Lima, Teresina

Sou estudante de Serviço Social da Universidade Tiradentes e estou fazendo estágio no Hospital Governador João Alves Filho. Gostaria de receber a revista *Radis* para me atualizar nas questões de saúde pública.

♦ Fernanda da Cruz de Oliveira, Aracaju

Sou auxiliar de enfermagem no centro cirúrgico do Hospital Municipal São José, em Joinville (SC). Estou cursando a 2ª fase do curso de graduação de Enfermagem. No intuito de aprender mais sobre o SUS, espero que aceitem meu pedido de assinatura.

♦ Reginaldo Muller da Silva, Joinville, SC

Quando vou receber minha revista?

♦ Maristela Mendes Arigony, enfermeira, Santa Maria, RS

Prezados amigos, já estamos — novamente — com mais de 1.200 nomes na lista de espera para cadastramento. Assim que for possível aumentaremos outra vez a tiragem.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA

HPV: POR ENQUANTO, VACINA PARA RICOS

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberou para venda a primeira e única vacina contra o papilomavírus humano (HPV), microrganismo que causa 70% dos casos de câncer de colo de útero. Com nome comercial Gardasil, do laboratório Merck Sharp & Dohme, chega neste semestre ao Brasil. Mas a chance de ser distribuída na rede pública é praticamente nula, afirmou à imprensa o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa. Nos Estados Unidos, cada dose (e são necessárias três) custa US\$ 120 (260 reais). O Brasil monitora pesquisa em outro laboratório com vacina semelhante.

A vacina promete 100% de proteção a mulheres entre 9 e 26 anos não-infectadas pelo HPV – transmitido por via sexual – contra quatro tipos do vírus, identificados pelos números 6, 11, 16 e 18 (os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos, câncer de útero). O produto foi testado em 25 mil voluntárias em vários países – 2 mil no Brasil, onde são registrados 19.200 novos casos de câncer de colo por ano.

O médico Gabriel Lowndes, do Departamento de Ginecologia do Hospital do Câncer de São Paulo, alertou que a vacina não substitui o exame preventivo do papanicolau, já que não protege contra todos os tipos de HPV. O papanicolau, oferecido no SUS, deve ser feito pelas mulheres sexualmente ativas no mínimo uma vez ao ano. O uso do preservativo tampouco deve ser descartado. É mais um complemento, ressaltou o diretor do Instituto de Vacinas Albert Sabin, em Washington, o brasileiro Ciro de Quadros.

PREVIDÊNCIA BENEFICIA 40% DOS BRASILEIROS

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pagou 21 milhões de benefícios previdenciários por mês – num valor total de R\$ 74 bilhões – no primeiro semestre deste ano, informou a agência Carta Maior em 23 de agosto. O gasto para pagar aposentadorias, pensões e auxílio a pessoas sem condições de

trabalhar equivale a 7,5% de todas as riquezas produzidas no país de janeiro a junho.

A despesa federal com a Previdência Social é quatro vezes maior do que as com saúde e sete vezes maior do que as com educação, o que levou a agência a classificá-la como “maior programa social do país”. Os benefícios favoreceram 75 milhões de pessoas – ou seja, 40% da população – segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que calcula que cada benefício ajude a quem recebe e mais duas pessoas e meia.

LOSAN É APROVADA NO SENADO

O projeto de Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) – que tem o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação (Radis 47) –, aprovado pelo Senado em 5 de setembro, foi sancionado pelo presidente da República no dia 10. O texto estabelece a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), com a função de formular e implementar políticas e ações de combate à fome e de promoção da segurança alimentar e nutricional no país. Também institui, de forma permanente, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), formado por representantes do governo e da sociedade civil.

ANTIINFLAMATÓRIO E (AINDA) OS RISCOS AO CORAÇÃO

Estudo australiano publicado em setembro pelo *Journal of the American Medical Association* causou controvérsia ao afirmar que o diclofenaco – princípio ativo dos conhecidos antiinflamatórios Cataflam e Voltaren – aumenta em 40% as chances de ataques cardíacos e morte súbita. A pesquisa, feita por Patrícia McGettigan, da Universidade de Newcastle, baseou-se em resultados de 23 outros estudos, envolvendo 1,6 milhão de pacientes.

A FDA, agência reguladora de alimentos e fármacos do governo dos Estados Unidos, anunciou que não pretende alterar a regulamentação da droga nem pedir sua retirada do mercado. No Brasil, a Agência Nacio-

nal de Vigilância Sanitária (Anvisa) afirmou que procederá a uma análise da pesquisa para, só depois, decidir se modifica sua regulamentação.

DIARRÉIA CONTINUA MATANDO; MAIS POBRES CONTINUAM AS MAIORES VÍTIMAS

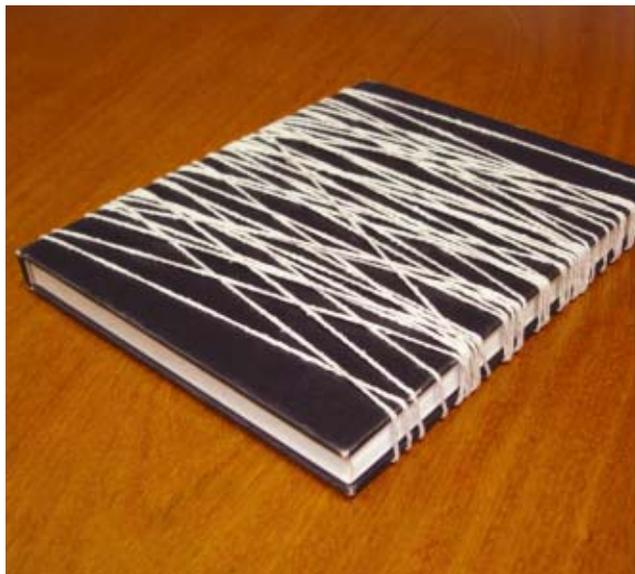
Ainda hoje, a diarreia é responsável por altas taxas de mortalidade de crianças no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o problema atinge 1,4 bilhão de crianças abaixo de cinco anos por ano. Desse total, 1,29 bilhão necessita de cuidados domiciliares, 124 milhões de visitas hospitalares, 9 milhões de hospitalizações e morrem 2,1 milhões. No Brasil, a realidade não é diferente do que aponta a OMS no mundo. A doença ocupa o segundo lugar entre as causas de hospitalização.

Por este motivo, o médico João Paulo Pontual, pesquisador do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira, em Pernambuco, resolveu pesquisar, com sua equipe, a etiologia da diarreia. Entre janeiro e maio de 2005, estudaram o desenvolvimento da doença em crianças com idade entre zero e 60 meses.

Segundo o estudo, publicado na *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* de maio de 2006, “aproximadamente 60% das crianças que apresentaram diarreia eram do sexo masculino e 80,5% tinham idade inferior a 12 meses”. No geral, tinham precárias condições socioeconômicas: 83,4% das famílias apresentavam renda per capita inferior a meio salário mínimo por mês; 44% delas não tinham água encanada; 19,4% não dispunham de fossa ou esgotamento sanitário; e em 25% dos casos não havia recolhimento de lixo no domicílio. Além disso, aproximadamente 80% das mães não tinham trabalho remunerado e 94,5% tinham menos de oito anos de escolaridade, afirmou o estudo.

Os resultados da pesquisa mostraram que 86,1% dos casos de diarreia foram agudos e 16,7% apresentaram sangue visível nas fezes. A maioria das crianças analisadas utilizou antibiótico-terapia (tratamento à base de antibióticos) durante a hospitalização e 70% delas já estavam em uso de antibiótico há pelo menos 24 horas no momento da coleta da amostra fecal.

ANALFABETOS NO MUNDO SÃO 781 MILHÕES



No Dia Internacional da Alfabetização, 8 de setembro, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) divulgou um triste dado: 781 milhões de adultos no mundo não sabem ler ou escrever. Destes, 64% são mulheres. As regiões que mais concentram analfabetos são a Ásia (58,6% do total da população), a África Subsaariana (59,7%) e os países árabes (62,7%). De acordo com a Unesco, as principais causas do analfabetismo são a pobreza e, em determinadas regiões, as tradições locais – que, por exemplo, impedem que as mulheres frequentem escolas.

RECÉM-FORMADOS ATUAM EM OUTRAS ÁREAS

Estudo do Observatório Universitário revela que a maioria dos 3,5 milhões de trabalhadores formados em 21 áreas diferentes (ao comparar microdados do Censo do IBGE de 2000), precisamente 53%, está hoje atuando numa profissão distinta da que se formou.

Entre as profissões, a área médica é ainda uma das poucas que mantêm maior correlação entre a formação e a prática do trabalho: 84% dos formados atuam na área da enfermagem; 75%, em medicina; e 71%, em odontologia.

MOLÉCULA CONTRA A LEUCEMIA

Pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto descobriram a origem de uma minúscula sequência de RNA – molécula “prima” do DNA – que tem forte influência

nos mecanismos do câncer do sangue, a leucemia. Descobertos em humanos apenas em 2001, os chamados micro-RNAs são capazes de exercer enorme controle sobre a produção de proteínas para o desenvolvimento das células.

Em entrevista à *Folha de S. Paulo* (12/9), Wilson Araújo da Silva Júnior, líder do grupo de pesquisa de Ribeirão Preto, o primeiro do Brasil a trabalhar com a pequena molécula, informou que há cerca de 800 diferentes micro-RNAs humanos, e que 20% dos genes são regulados por eles.

Os pesquisadores estudam o micro-RNA de número 223 presente em abundância incomum no sangue de pessoas com leucemia, agindo como reguladora na formação e especialização dos vários tipos de célula sanguínea. O grupo de Ribeirão Preto conseguiu elucidar de onde essa molécula surge, fato desconhecido até então.

Esse pode ser o início da descoberta de uma nova terapia para quem sofre de câncer, atacando os mecanismos de produção da molécula. Isso porque a abundância de micro-RNA 223 (responsável por produzir proteínas na quantidade certa) em pacientes com leucemia provavelmente está privando essas pessoas de uma proteína importante para o desenvolvimento das células.

NA LUTA CONTRA O CÂNCER

O Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio de Janeiro, ganhou novo prédio e modernizou a central de diluição, preparo e aplicação de quimioterápicos, que possibilitará aumento de 30% no volume de pessoas atendidas – passando para 5.980 por ano.

O prédio do Hospital do Câncer II, inaugurado em 12/9, servirá exclusivamente a pacientes com câncer do colo do útero – doença que atinge 19 mil mulheres brasileiras e mata cinco delas –, e outros tipos de câncer ginecológico.

Abrigará ainda o Laboratório de Imunogenética do Inca, que funciona

no Hospital dos Servidores do Estado, e um novo centro de quimioterapia, com dez cadeiras e dois leitos. Para a reforma do Inca, o Ministério da Saúde investiu R\$ 6,7 milhões.

OS PROBLEMAS DE PELE MAIS COMUNS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), que finalizou o primeiro censo dermatológico do país, os três principais problemas de pele são a acne, seguida pelas micoses e as manchas pré-câncer. As ceratoses actínicas (lesões pré-malignas, causadas pelo excesso de exposição ao sol), as dermatites de contato e o câncer de pele, respectivamente, são também males recorrentes. “Os problemas dermatológicos estão entre as três primeiras causas da demanda nos serviços de saúde”, informou o vice-presidente da SBD, Gerson Penna, ao jornal carioca *Extra* (11/9).

O estudo relata ainda que as mulheres se cuidam mais que os homens: 65% dos pacientes que procuram especialistas são mulheres. Entre os que buscam os postos devido a problemas de pele, 66,2% são analfabetos ou têm até o 1º grau completo. Na rede privada, 39,4% dos pacientes têm o terceiro grau ou pós-graduação. A SBD entrevistou 54 mil pessoas, em hospitais públicos e particulares.

DIAMUNDIAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Especialistas se reuniram no dia 8/9 em seminário das Nações Unidas para discutir as mortes por suicídio, marcando o Dia Mundial de Prevenção, anualmente, para 10/9. O problema supera o número de mortes em guerras e assassinatos, informou Brian Mishara, presidente da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio, da França. A maioria delas – 90% dos suicidas são pessoas que sofrem de transtornos mentais – poderia ser evitada.

De acordo com José Manoel Bertolote, especialista em saúde mental da OMS, em Genebra, de 20 milhões a 60 milhões de pessoas tentam se matar a cada ano. Desse total, aproximadamente um milhão morre. Em sua maioria são dentistas, veterinários e médicos que estão particularmente vulneráveis. “Não por causa do estresse da profissão, mas por terem acesso a compostos letais e por saberem como usá-los”, informou Bertolote no seminário.

Dados revelam que um terço dos suicídios em todo o mundo é causado por pesticidas. Para Mishara, o número

poderia ser reduzido consideravelmente se os países limitassem o acesso a esses produtos como também a armas e medicamentos, e se houvesse políticas mais eficazes de tratamento de pessoas que sofrem de depressão, alcoolismo e esquizofrenia. "São situações trágicas em que algum tipo de ajuda poderia ter sido oferecido", afirmou ao jornal *O Globo* (11/9).

H5N1: VACINA BRASILEIRA É INEFICAZ

A primeira vacina produzida pelo Brasil contra o vírus H5N1, que causa a gripe aviária, não protegeu contra a doença, informou *O Estado de S. Paulo* em 26/8. O motivo: a cepa enviada pela OMS cresceu pouco na cultura e apresentou baixa capacidade imunogênica. O Instituto Butantan, responsável pela fabricação, aguarda novas amostras do vírus para fazer uma segunda tentativa de produzir o imunizante no país.

ANVISA QUER EMBALAGENS DE GENÉRICOS MAIS INFORMATIVAS

Embalagens de remédios genéricos poderão ter o nome comercial do medicamento. Por exemplo, no rótulo do analgésico genérico Dipirona, viria escrito Novalgina, a marca de referência do princípio ativo. O maior obstáculo para que a novidade entre em vigor são os laboratórios, que seriam obrigados a colocar nas embalagens de seus medicamentos nomes de produtos fabricados por concorrentes.

EMPOSSADO O NOVO CNS

Uma nova composição do Conselho Nacional de Saúde tomou posse em 15/9. Os 48 conselheiros titulares e 96 suplentes, com mandato até 2009, têm representantes do movimento estudantil, da população negra, de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, de ambientalistas, de defesa do consumidor e dos direitos humanos. Os conselheiros estabeleceram prazo de 45 dias para a eleição do presidente e da mesa diretora, constituindo Comissão Provisória até a eleição, marcada para a reunião ordinária dos dias 8 e 9 de novembro. 

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



toques da redação

RADIS 50 — A Revista Radis completa seu jubileu dourado, ou seja, chega à edição 50. Para presentear nossos leitores, apresentamos todas as publicações em html, desde a número 1, em nosso site (www.ensp.fiocruz.br/radis). Antes, as revistas estavam publicadas apenas em pdf.

DIREITO SANITÁRIO — O livro *Questões Atuais de Direito Sanitário* (Radis 47) e o CD-ROM *Direito Sanitário para a Cidadania* (Radis 48), ambos da Fiocruz-Brasília, estão despertando grande interesse entre as secretarias de Saúde e as Visas. Os interessados podem formalizar o pedido por e-mail (jack@fiocruz.br), informando a quantidade de exemplares necessários e o endereço para postagem. Telefone de contato: (61) 3273-4808.

ELEIÇÃO NA ABRASCO — Estará encerrada no dia 20 deste mês a fase de votação do processo de eleição da nova diretoria da Abrasco (falta apenas o voto por correspondência: o presencial ocorreu durante o congresso). A chapa única reúne os seguintes nomes: presidente, José da Rocha Carvalheiro (USP); vice-presidentes, Armando Raggio (Fepecs/Brasília), Luiz Augusto Facchini (UFPEL), Madel Luz (UERJ), Maurício Lima Barreto (UFBA), Paulo Gadelha (Fiocruz); no conselho de instituições, o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz/Pernambuco), o Departamento de Medicina Preventiva e Social (FCM/Unicamp), a Ensp/Fiocruz, a Faculdade de Saúde Pública da USP e o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.



TEMPOS DE REDE — Cercado no auditório pelos manifestantes do "Abraço à Abrasco", movimento que inclui residentes, o presidente do congresso, Paulo Gadelha,

que na juventude foi dirigente da Associação Brasileira de Médicos-Residentes, informou: "Já acertei as coisas com a liderança de vocês". Como em tempos de rede o coletivo é o senhor, um jovem devolveu: "Esse movimento não tem liderança."

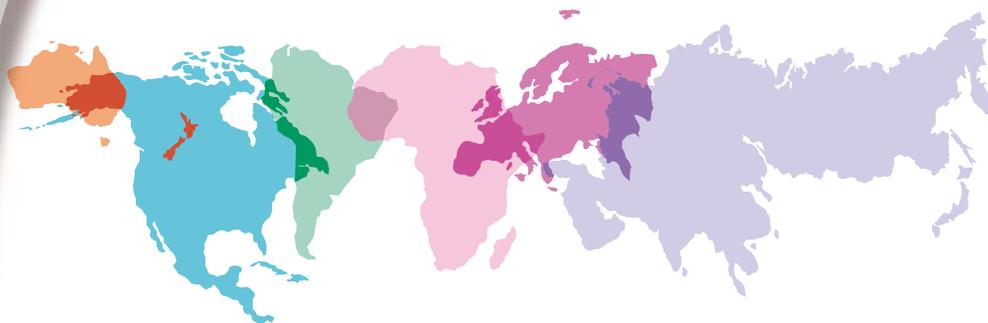
TAREFA HERCÚLEA — Surpreendente que os avaliadores, coordenados pela professora Cecília Minayo (Ensp/Fiocruz), tenham conseguido explorar a savana de pôsteres plantados no Pavilhão 4 do RioCentro — a foto da página ao lado dá uma idéia parcial. Dos 9.669 trabalhos inscritos, 7.533 foram selecionados, entre os quais 402 de autores de outros países. E os avaliadores não só exploraram, como premiaram 56 deles com menção honrosa. Parabéns! O titular do pôster premiado recebe também assinatura grátis de uma das publicações da Abrasco — *Revista Brasileira de Epidemiologia* ou *Ciência & Saúde Coletiva*. Instruções e lista de premiados no site da Abrasco (www.abrasco.org.br/).

FALTOU PAPEL — Causou surpresa ao pessoal do RADIS a mirrada distribuição de papel no Abrasco, apesar dos 58 estandes da ExpoSaúde Internacional. As árvores provavelmente agradeceram. Mas pouco peso para carregar ao fim de cada dia em congresso do setor saúde... espanta. Em compensação, a Editora Fiocruz vendeu mais de 2.500 livros.

O DEBATE CONTINUA — A Abrasco convida: os participantes do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública podem continuar a debater pela internet os temas do evento em seu Fórum de Discussão (www.abrasco.org.br/forum/index.php). No espaço funciona também o Fórum da Reforma Sanitária. Tudo a ver. 







Proteção, a palavra-chave deste nosso mundo partido

Reportagem: Bruno Camarinha Dominguez, Claudia Rabelo Lopes, Júlia Gaspar (estágio supervisionado), Katia Machado, Marinilda Carvalho e Wagner Vasconcelos; fotos: Aristides Dutra e Cassiano Pinheiro (estágio supervisionado).

O mundo idealizado pelos sanitaristas é justo, de uma justeza linear. No planeta real, partido desde os Grandes Descobrimentos, a saúde coletiva é meta que exige luta dos militantes e compromisso dos governantes,

reiteraram as 637 horas de debates do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, cujo tema central foi *Saúde coletiva no mundo globalizado: Rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas*.

Organizado no Rio de Janeiro pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (WFPHA, sua sigla em inglês), que reúne 65 associações e escolas nacionais e cinco regionais de saúde pública, o famoso Abras-

cão teve seu gigantismo confirmado como traço mais característico. Em cinco dias, entre 21 e 25 de agosto, circularam pelo extenuante centro de convenções do RioCentro 12 mil participantes, em cinco conferências magnas, 16 grandes debates, 28 palestras, 126 painéis, 7.533 pôsteres, 663 apresentações orais — fora as (muitas) reuniões paralelas.

Não por acaso, proteção foi a palavra mais ouvida em auditórios e corredores. Apareceu 17 vezes na programação do evento, e milhares nas falas dos debatedores, dos mais

conservadores aos mais radicais. Social, sanitária, ambiental, jurídica, cidadã ou da vida, proteção é o adesivo possível para esta humanidade tão globalizada quanto dividida pelas desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, que representam séria ameaça ao cumprimento das Metas do Milênio, como afirma a *Declaração do Rio*, documento final do evento.

O tema central do congresso foi dividido em quatro eixos principais – iniquidades em saúde, enfrentamento das seqüelas da globalização, a proteção social na globalização e os rumos, nesse contexto, do desenvolvimento científico-tecnológico. Como em assunto de tal magnitude há muitos olhares possíveis, para efeito de edição a equipe do RADIS também separou o múltiplo material em quatro grandes temas, resultado da cobertura de 62 atividades.

O primeiro dia do evento foi de filas imensas e detectores de metal, graças à presença do presidente da República, mas a tensão cedeu a uma bela cena: a entrada do Grupo de Adolescentes do Centro de Estudo e Ações Solidárias da Maré, comunidade vizinha à Fiocruz, em Manginhos, trazendo as bandeiras dos 26 países representados. Em suas boas-vindas, o presidente da Abrasco, Paulo Gadelha (que passará o cargo em breve a José da Rocha Carneiro), lembrou o sanitário Sergio Arouca e os 20 anos da 8ª CNS, quando se forjaram os princípios do SUS. Apesar das mazelas e demandas crescentes, o sistema consegue avançar e é uma das mais bem-sucedidas estratégias de inclusão social, com modelo inovador de pacto federativo e intensa participação social, disse. “Queremos um SUS pra valer, universal, humanizado e de qualidade”, aludiu ele ao título de um dos documentos-base do congresso (*Radis* 49).

BASES SOCIAIS

Diante dos desafios, não se pode esperar que uma ação setorial responda sozinho à perda da coesão social, “expressa em milhares de mortes e internações, e o sofrimento mental, a insegurança e o desalento, que seriam evitáveis se houvesse de fato uma cultura de paz e justiça social”. Gadelha cobrou a ampliação das bases sociais que defendem a saúde como direito fundamental, a proteção dos direitos, o aprimoramento da participação e do controle social e a valorização dos trabalhadores da saúde. Ao presidente da República disse saber que lhe é cara a questão da qualidade de vida dos mais pobres, por sua própria história, e afirmou que sua presença no evento



Paulo Buss na conferência sobre globalização e pobreza: os modestos Objetivos do Milênio estão ainda distantes

demonstra a relevância que o tema saúde deve ter na agenda de uma nação e na construção de um mundo mais justo e solidário.

O presidente da WFPHA, Cuauhtemoc Ruiz, convocou os trabalhadores da saúde a continuarem na luta pelo bem-estar da humanidade e disse que a saúde pública, disciplina científica de altos padrões técnicos que também envolve paixão e criatividade, “deve ser um movimento social que ultrapasse as fronteiras políticas”. E clamou: “Que as vozes dos sanitários ecoem e permitam nosso compromisso com a paz e contra a guerra.” A sanitária Mirta Roses, diretora-geral da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), disse que reduzir as diferenças em saúde é desafio inadiável. Lembrou os compromissos de Ottawa (1986) e Alma-Ata (1978) e cobrou vontade dos governos na busca da paz e de sociedades mais justas. “A liderança política que o mundo quer é a que faz da saúde o centro da política.”

O ministro da Saúde, Agenor Álvares, lembrou que a desigualdade é uma afronta aos objetivos humanistas de Alma-Ata – “é o maior desafio do século 21”. Em sua fala, o presidente disse que a reordenação do poder geopolítico não é apenas uma agenda de natureza diplomática ou econômica, “é requisito de sanidade ambiental e mental dos povos que prezam a paz e a dignidade”. E comprometeu-se a ser “um peregrino” pedindo aos governantes que não permitam que os países mais pobres “vejam seus filhos morrerem” sem acesso aos remédios caros produzidos pelos laboratórios.

O PESO DA GLOBALIZAÇÃO

Na conferência magna do dia 23, *Globalização, pobreza e saúde*, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, definiu a globalização como processo econômico, social e cultural surgido na segunda metade do século 20, caracterizado pelo crescimento do comércio internacional de bens, produtos e serviços, a transnacionalização de megaempresas, a livre circulação de capitais, a privatização da economia e a minimização do papel dos Estados, e ainda pela queda de barreiras comerciais protecionistas e a regulação do comércio internacional segundo as regras da Organização Mundial do Comércio, o trânsito constante de pessoas e bens entre países e a expansão da comunicação, a partir do surgimento da sociedade da informação e de ferramentas como a internet.

Não há, entretanto, equidade nas regras globais em matéria de comércio e finanças e as políticas internacionais são incapazes de responder aos desafios impostos pela globalização. Para a Organização Internacional do Trabalho, políticas e regras, configuradas em grande medida por países e atores poderosos, tornam insuficiente qualquer ação da assistência oficial e, conseqüentemente, impossibilitam o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio. “A maioria dos países em desenvolvimento segue tendo pouca influência nas negociações globais sobre as regras e na determinação das

políticas das instituições financeiras e econômicas-chave”, citou.

VITORIOSOS DA GLOBALIZAÇÃO

O sanitarista lembrou Joseph Stiglitz, ex-economista-chefe do Banco Mundial e Nobel de Economia 2001: os vitoriosos da globalização foram os países desenvolvidos, cuja poupança interna e preparo tecnológico, associados a um protecionismo feroz, fizeram deles privilegiados destinatários da riqueza produzida no mundo. O protecionismo à indústria e à agricultura dos países ricos e as barreiras comerciais aos produtos primários e manufaturados dos países em desenvolvimento, assim como as dívidas externa e interna estão “na raiz da imensa crise fiscal que os países pobres enfrentam e na dívida social crescente com suas populações”.

Isso porque quase toda a arrecadação fiscal desses países e os sucessivos empréstimos internacionais, em acordos sob severas condições com o Fundo Monetário Internacional, servem para a rolagem de imensas dívidas externas contraídas muitas vezes sob governos não-democráticos e corruptos. “Dívidas hoje à mercê de juros escorchantes, impostos unilateralmente pelo capital financeiro internacional, fazendo com que programas de combate à pobreza acabem desfinanciados e ineficazes”, observou. Um dos elementos mais nocivos da globalização é o ataque do capital especulativo internacional às economias mais frágeis. “A ação do chamado *hot money* tem comprometido nefastamente os orçamentos sociais, inclusive o da saúde”: o capital especulativo não-produtivo no mundo chega a US\$ 1,8 trilhão (*Tobin Tax Initiative*, 2005).

“Estes capitais, sem pátria e sem responsabilidades com as pessoas e os países”, disse Buss, “devem ser controlados por mecanismos nacionais e internacionais, como forma de reparar sua nocividade global e local”. O próprio Banco Mundial, lembrou o conferencista, em seu relatório *Indicadores de Desenvolvimento 2006*, rendeu-se às evidências de que as forças de mercado e o livre comércio decididamente não resolverão a pobreza no mundo ou sequer a minimizarão a níveis toleráveis.

“Antes, o conceito de pobreza se restringia exclusivamente à renda auferida pelo indivíduo: pobres são todos os que vivem com menos de 1 dólar por dia, ajustado pelo poder aquisitivo de cada país ou região”, disse. Mas, pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo proposta do economista indiano Amartya Sen (Nobel de 1998), a análise da pobreza também deve calcular a liberdade social que se tem de aproveitar oportunidades,

o acesso a saúde, nutrição e educação, o que reflete a capacidade básica do homem de funcionar em sociedade.

O relatório do Banco Mundial de 2002 calculou: 1,2 bilhão de pessoas vive com menos de 1 dólar por dia, em “extrema pobreza” — na África subsaariana, quase a metade dos habitantes; na Ásia meridional, 37% da população (448 milhões), e na América Latina/Caribe, 18,6% (222 milhões de pobres, dos quais 96 milhões na indigência). Metade dos habitantes do mundo vive com menos de 2 dólares/dia. Mas aumenta a riqueza mundial, 24 trilhões de dólares anuais. Os mais necessitados têm também menos acesso a políticas públicas, habitações adequadas, água potável, saneamento, comida, educação, transporte, lazer, emprego fixo e sem riscos — e aos serviços de saúde. “São as iniquidades sociais e de saúde provocadas pela globalização”, resumiu.

Há enorme disparidade em saúde entre países ricos e pobres, assim como entre ricos e pobres nos próprios países. A diferença de um grupo para outro na esperança de vida ao nascer é de 28 anos. A mortalidade infantil alcança a marca de 100 por 1.000 nascidos vivos nos países pobres e de 6 por 1.000 nos de alta renda. A mortalidade abaixo de 5 anos é de 159 por 1.000 nascidos vivos, contra 6 por 1.000 nos ricos.

O mesmo entre pobres e ricos em países pobres. “Tais desigualdades ocorrem nos níveis de saúde e de nutrição e no acesso aos serviços sociais e de saúde”, destacou. A mortalidade entre crianças abaixo de 5 anos era 2,2 vezes mais alta no grupo mais pobre comparado ao mais rico da população, indicou 2003 Gwatikin et al, citado por Carr (2004). Já a desnutrição em mulheres era 1,9 vez mais elevada e a proporção de crianças com atraso no crescimento, 3,2 vezes maior. “A mortalidade infantil está relacionada à renda das famílias, ao nível de educação da mãe, às condições do domicílio, ao local em que vive”, afirmou.

Entre os negros — o grupo menos favorecido —, a mortalidade infantil média é de 34 óbitos por 1.000 nascidos vivos, frente a 23 na população branca. Entre pobres é de 35, entre os ricos, 16. A diferença persiste na condição cultural das mães e entre regiões: entre mães com menos de 3 anos de estudo, a mortalidade é de 40 óbitos, frente a 17 entre as que têm 8 ou mais anos de estudo. Na população rural, a média é de 35, na urbana, 27. “Num estado pobre do Nordeste é de 63 por 1.000; e de 16 por 1.000 num estado mais rico do Sul”, comparou Buss.

Outro reflexo da globalização é a transnacionalização das doenças

transmissíveis, devido às facilidades das viagens internacionais e ao comércio em escala planetária. Assim também a tragédia do turismo sexual: “A globalização do comércio sexual implica a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e de danos mentais e afetivos resultantes do abuso sexual”, denunciou. A globalização expandiu igualmente o tráfico de drogas ilícitas, ao que se soma o tráfico internacional de armas. “Esta combinação é explosiva”, observou. A ampliação de guerras e conflitos entre países e etnias produziu mortes, ferimentos e incapacidade física, emocional e mental principalmente entre os jovens, as principais vítimas. “O terrorismo de Estado e de grupos já se situa entre as primeiras causas desta tétrica estatística”.

GASTOS COM ARMAS

Orçamentos públicos são desviados de programas sociais “para o financiamento do aparato bélico, privando a população destes recursos essenciais”. Os Estados Unidos, por exemplo, têm gasto militar per capita anual de US\$ 1.217, enquanto a ajuda a países pobres não passa de US\$ 46 — e apenas 23% chegam aos mais necessitados. Na União Européia, são US\$ 358 per capita para gastos militares e US\$ 61 para a ajuda externa.

A globalização ainda exporta o desemprego dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento devido às políticas protecionistas, assim como atividades econômicas impróprias, que trazem riscos ambientais e aos trabalhadores, ou que resultam em resíduos perigosos — as *indústrias sujas*. “Exportadas para países mais pobres, cuja legislação de proteção ao ambiente e ao trabalhador é mais tolerante”. O padrão de urbanização, industrialização, consumo de energia e geração de resíduos imposto pelos países ricos também contribui para prejuízos na produção de alimentos, desertificação, poluição de ar, solo, rios, águas interiores e oceanos, perda de bosques e florestas e dano irreversível à biodiversidade.

A natureza se ressentiu, tanto que a Universidade das Nações Unidas alertou: em cinco anos o mundo terá pelo menos 50 milhões de refugiados ambientais. “São refugiados em seus próprios países”, lamentou Buss. “Morre-se em desastres naturais ou de doenças provocadas pelo descontrole ambiental”.

Mas há outros responsáveis, apontou. “São também as elites políticas e econômicas nacionais e os governos de muitos países subdesenvolvidos com reduzido compromisso social e, frequentemente, corruptos”. As ações dos

programas socioambientais e sanitários são verticais e desarticuladas, “freqüentemente sangrados pela corrupção”.

Um grande paradoxo da globalização, acentuou Buss, é que no momento em que as novas tecnologias agrícolas poderiam propiciar farta produção de alimentos, a fome e a desnutrição crônicas acometem 852 milhões de pessoas, matam mais de 5 milhões de crianças por ano e custam bilhões de dólares em perda de produtividade e renda nacionais. “Esta trágica estatística se completa com a informação de que nascem anualmente 20 milhões de bebês com baixo peso, conceitos resultantes, em grande maioria, de mães também

desnutridas”. Na África subsaariana há 33% de subnutridos, na África central, 55%, no sul e no leste, 40%.

As reformas setoriais orientadas ao mercado resultaram em mais iniquidades em saúde. “Não há espaço para a saúde pública ou a promoção da saúde nestas reformas: seu tema exclusivo é a atenção médica aos indivíduos e os esquemas de financiamento”, afirmou. “É imperativo que defendamos a substituição destas propostas de reforma por outras que implementem sistemas públicos eqüitativos e solidários de saúde, nos quais seja de fato tomada em conta a saúde da população, e não os negócios com a doença”.

Buss mencionou ainda a forte pressão do comércio internacional de insumos para a saúde (medicamentos, kits e reativos para diagnóstico, equipamentos e outros). O alto preço dos medicamentos, decorrentes de um sistema de proteção de patentes “que enxerga apenas os interesses das grandes empresas privadas”, é um impedimento importante ao acesso dos países pobres a remédios essenciais. “Enquanto os interesses do comércio e do lucro sobrepujarem os da saúde posso afirmar que vivemos em tempos de barbárie global”.

Em 2000, a Cúpula do Milênio estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento: erradicação da miséria



Saudável tensão

O 8º Abrascão foi prova patente da vitalidade do movimento sanitário e da área da saúde coletiva. Além de uma benéfica aproximação entre ensino, pesquisa e serviços de saúde, foi produtiva a ampliação das áreas temáticas: saúde mental e saúde coletiva, fármacos e política de saúde, ciência e tecnologia, entre outras, proporcionando essa “abertura epistemológica” típica de uma área ampla e “multi-profissional” como a saúde coletiva, diferente, por exemplo, dos congressos de áreas específicas. Essa é a visão de alguns freqüentadores veteranos de congressos de saúde.

Mas há outras. “A programação tem eventos muito bons, mas outros não fizeram a menor diferença”, observou num dos salões de repouso uma estudante de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da USP. “Há painéis e palestras com os mesmos temas, que poderiam ser agrupados em discussões maiores, com mais tempo para debate, mas tudo tinha que acabar cedo, sem chance de se questionar o painelista”, reclamou. “Uma sugestão

é que selecionem melhor os pôsteres”, secundou-a um colega de escola. “Não conheço ninguém que tenha tido o pôster reprovado, e não consegui ver quase nenhum por conta da quantidade, só os que estavam ao redor do meu”, agregou. “Com uma seleção melhor, o congresso vai valorizar o conteúdo; senão, vira uma exposição *pro forma*”.

O congresso, anotou por outro lado um professor universitário, priorizou o debate sobre políticas sociais, em detrimento das discussões específicas em torno do Sistema Único de Saúde. Segundo essa avaliação, houve amplas mesas sobre bem-estar social, políticas públicas, democratização, determinantes sociais, mas entre os grandes temas não sobrou muito espaço para reflexões sobre o SUS — justamente nos 20 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde e quando tanto se fala em reformas no sistema. Mas a explicação, para outro observador, talvez esteja no tema central, comum ao Congresso da WFPHA, organizado pela primeira vez na América Latina.

Foi muito saudável, segundo essa avaliação, a tensão de identidades do Abrascão, entre os espaços científico, político e de fortalecimento do movimento sanitário, a partir do conagraçamento e da troca de experiências e energias positivas. Mas o que na opinião de um participante foi “uma injeção de energia para suportar os dissabores da gestão de políticas públicas no Brasil”, para outra era “excesso de partidarismo”. “Isso aqui é um congresso, não um comício”, aborreceu-se a jovem congressista à saída de uma apresentação, repleta de vaias e aplausos a cada referência ao governo.

Houve outros tipos de protesto. “Há algum tempo estou tomando coragem para dizer uma coisa que eu e meus amigos temos discutido”, levantou-se uma psicóloga de Porto Alegre após o debate *A política e a construção do bem-estar social nos Estados contemporâneos*. “Não há dúvida de que o evento é muito bom, mas a gente se pergunta até que ponto um congresso que fala muito sobre equidade pressupõe esse princípio, já que a inscrição custava uma grana, o que praticamente impossibilitou a participação de movimentos sociais”.

Foi muito aplaudida. O congresso assistiu a várias manifestações do grupo que se autodenominou “os sem-crachá”, estudantes e profissionais que não puderam pagar a inscrição e não podiam acompanhar o evento. O nome oficial do movimento, *Abraço à Abrascão*, reuniu também militantes da regulamentação da Residência Multi-profissional em Saúde — tudo a ver com a saúde coletiva. O amplo grupo promovia debates na Tenda Paulo Freire: embora nas dependências do RioCentro, estava fora dos pavilhões 4 e 5, para os quais se exigia crachá.

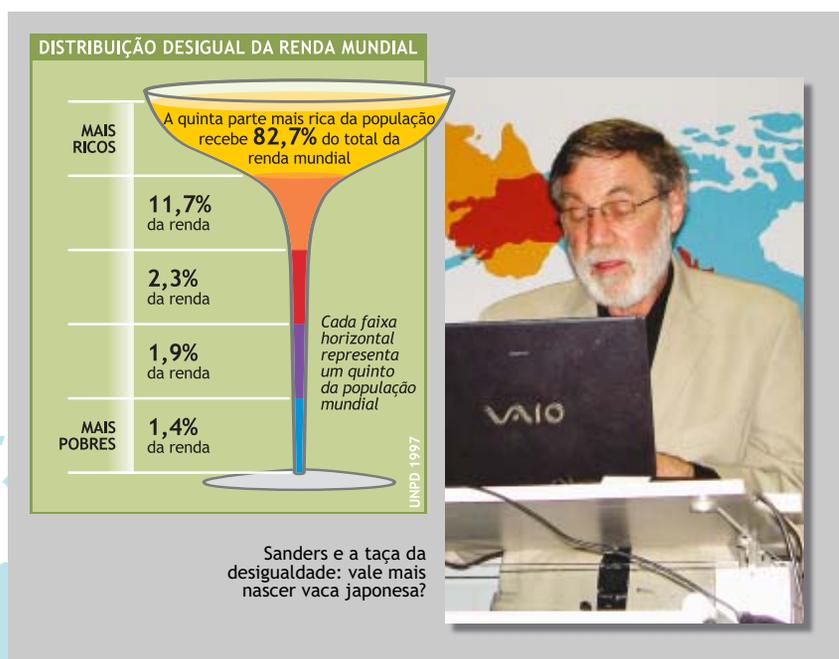
e da fome, universalização do ensino básico, promoção da igualdade de oportunidades entre os sexos, redução da mortalidade infantil, promoção da saúde materna, combate à Aids, à malária e à tuberculose, garantia da sustentabilidade ambiental e parceria mundial para o desenvolvimento. "Esses objetivos modestos, no entanto, somente poderão ser alcançados caso os países mais ricos invistam o equivalente a US\$ 80 por habitante por ano em programas de auxílio" — um quinto do que os ricos gastam em defesa ou metade do que aplicam em subsídios agrícolas.

A VACA JAPONESA

No grande debate *Saúde e participação social*, também no dia 23, o sanitarista David Sanders, da Associação Sul-Africana de Saúde Pública, deveria falar sobre *Novos desafios e perspectivas dos movimentos sociais*, por sua atuação no Peoples Health Movement (rede global de ativistas da saúde pública), mas se ateve justamente aos reflexos devastadores da globalização — e seu deus-mercado — sobre os países africanos. A exposição teve dois slides de impacto: o de uma taça que deixa clara como champanhe a desigual divisão da renda mundial — 82,7% para os mais ricos, 1,4% para os mais pobres — e o da vaca japonesa. No Japão, os produtores de leite recebem subsídio anual de US\$ 2.600 por vaca; na União Européia, quase US\$ 1.000 por vaca. Enquanto isso, a renda anual per capita nos países da África subsaariana está abaixo de US\$ 500, e apenas quatro países da região investem acima de US\$ 60 em saúde per capita. "Seria melhor vir ao mundo como vaca japonesa do que como cidadão africano?", perguntou Sanders.

Outro impacto: a perda de profissionais de saúde para a Aids. Se um em cada oito sul-africanos é infectado, o índice é pior entre mulheres jovens, e uma em cada cinco enfermeiras do sistema de saúde tem o HIV. O moral é baixo entre os profissionais — "É uma batalha perdida"; "Vendo os pacientes, nos sentimos desesperançados e impotentes porque no fim do dia podemos estar na mesma situação, e o HIV não tem cura", citou Sanders.

Igualmente chocantes os dados sobre a fuga de cérebros. Os 27 países da OCDE (Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento) já atraíram 3 milhões de profissionais educados em países pobres. Estima-se que os EUA sozinho necessitarão de 1 milhão de enfermeiros nos próximos 10 anos; o Reino Unido precisa, atualmente, de



10 mil médicos e 20 mil enfermeiros. E o Acordo Geral sobre Comércio de Serviços agrava a situação ao facilitar o trânsito entre fronteiras.

A perda é gravíssima. Diretor da Escola de Saúde Pública da University of Western Cape, na Cidade do Cabo, Sanders contou que enquanto a própria África do Sul recruta nos vizinhos mais pobres (em 1999, 78% dos médicos nas áreas rurais do país eram estrangeiros), 2.114 enfermeiros sul-africanos migraram em 2001 para o Reino Unido; entre 1985 e 1995, 60% dos médicos formados em Gana deixaram o país; nos anos 1990, o Zimbabwe perdeu 840 dos 1.200 médicos graduados no período.

E os países ricos não têm escrúpulos no estímulo ao *brain drain*. Sanders exibiu anúncios de recrutamento publicados em veículos africanos, e disse que no Reino Unido a contratação indiscriminada continuou mesmo após uma tentativa de proibição, na virada do século. Num cálculo conservador, de que formar um médico custe US\$ 20 mil, o Zimbabwe perdeu US\$ 16,8 milhões com a saída de 840 profissionais; a Nigéria, US\$ 420 milhões com a fuga de 21 mil médicos para os Estados Unidos. "Mas se usarmos a estimativa da Unctad, a agência da ONU para comércio e desenvolvimento, que calcula em US\$ 184 mil o custo da formação de um profissional, os EUA economizaram US\$ 3,86 bilhões", denunciou Sanders.

É um paradoxo difícil de se entender, uma inversão dos objetivos da ajuda internacional, que prevê transferência de tecnologia e de recursos humanos dos países ricos aos pobres, lembrou o sanitarista. Assim, pobreza

crecente, iniquidades, declínio dos investimentos per capita em saúde, reformas privatistas, altas taxas de infecção do pessoal de saúde pelo HIV e fuga de cérebros — tudo leva o sistema de saúde africano ao colapso.

DESAFIOS DO TRABALHO

O Relatório Mundial de Saúde de 2006, dedicado ao tema gestão do trabalho, foi apresentado no dia 24 por Mario Dal Poz, da OMS, no debate *Força de trabalho e saúde: desafios globais no século 21* — e reforçou as informações de Sanders: há 59,22 milhões de profissionais de saúde no mundo e apenas 1,6 milhão deles está na África, e há déficit também na América do Sul.

Estimativas anteriores indicando que 80% dos gastos totais de saúde no mundo iriam para pagamento de salários estavam erradas, anunciou. Nos países onde há dados disponíveis, constatou-se que os gastos com salários não ultrapassam 50%, e em alguns casos são bem menores. Outro representante da OMS, Apka Raphael Gbary, informou que a África reúne em torno de 100 faculdades de Medicina, mas, em geral, elas não preparam os profissionais para a realidade local, e sim para o mundo desenvolvido. "Quem vai trabalhar sem eletronicidade e internet não pode ser formado como alguém que vai trabalhar nos EUA", disse.

Charles Godue, também da OMS, informou que na América Latina, ironicamente, o país mais pobre e com maiores necessidades de saúde, o Haiti, é justamente o que mais perde profissionais para os países desenvolvi-

dos. “O déficit de enfermeiros nos EUA é maior que o número desses profissionais trabalhando na América do Sul e no Caribe”, anunciou. A OMS propõe esforços concentrados em profissionais da saúde nos próximos 10 anos.

Ao falar, o coordenador do debate, Francisco Eduardo Campos, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, reafirmou o caráter global da questão. “No Brasil, ainda há quem pense que, por falarmos português, nossos profissionais não migram, mas já há esquemas de recrutamento para outros países em estados do Sul”, alertou. “Precisamos nos adiantar e nos preparar para esse quadro”. Campos se disse contrário ao fechamento de faculdades da área de saúde no país, como tantos pregam, devido à grande exclusão educacional que enfrentamos. Mesmo em São Paulo, uma vaga para Medicina ainda é disputada por 200 candidatos em média, e há 1.000 municípios sem um médico local.

A conferência magna do dia 24, a cargo da cientista política Sonia Fleury – eleita na mesma data presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – tinha como tema *Proteção social e saúde num mundo globalizado*, duas especialidades desta professora da Fundação Getúlio Vargas. O envolvimento de Sonia com a saúde, aliás, rendeu elogios da diretora da Opas, Mirta Roses, que coordenava a mesa. “É uma das mais importantes ativistas do Partido Sanitário do Brasil”, brincou.

MUDANDO E SOB RISCO

Sonia começou sua apresentação comparando o momento de emergência da proteção social, no século 19, ao do mundo globalizado. “São radicalmente diferentes, o que nos leva a afirmar que a proteção social está em processo de transformação e de risco”, avaliou. O primeiro momento era de modernização da sociedade, com desenvolvimento econômico-industrial, especialização funcional e incorporação das massas ao processo político. Nesse período de mudanças, emergiu o que Sonia caracterizou como “questão social”, que requeria enfrentamento institucional, com políticas públicas.

A resposta à politização da questão social da época, a pobreza urbana, foi o surgimento da proteção social. E seus mecanismos estavam baseados no fundamento maior da cidadania: a idéia de igualdade. Mas o princípio da inclusão sempre teve como contrapartida a exclusão de estrangeiros, ressaltou a professora, o que contraria as forças globalizantes. “Por isso, é pos-



sível dizer que a proteção social nunca se globalizou, nunca se universalizou”, disse. “Sempre esteve vinculada a um projeto de Estados-nação, com a cidadania restrita à nacionalidade”.

O segundo momento é de predomínio da lógica do capital financeiro, e não mais do industrial, o que minimiza a importância de mecanismos que preservem a saúde dos trabalhadores. Surge, então, um dilema. Como desenhar políticas de proteção social num mundo em que o trabalho não é mais central, portanto não há vínculo entre contribuição e benefício?

A ideologia liberal, com redução do Estado, tem impacto profundo. “Hoje, há o individualismo negativo, que leva ao consumismo e à ausência de perspectiva solidária que una os indivíduos”, apontou. A principal consequência: cada pessoa quer ter seu seguro, sem se preocupar com a proteção dos demais. “Não existe mais essa noção de que temos que atingir juntos um patamar de civilização, que é coletivo”, constatou. Ou seja, existe um movimento de financeirização da proteção social, transformando seus mecanismos em forma de circulação de capital financeiro, pela criação de seguros privados na área da saúde e da previdência social.

Na saúde, por sinal, a professora descreveu como reflexo da globalização sua transformação em projeto individualista, ligado à ausência de dor, ao consumo de drogas e à visão narcísea do corpo. “É o que chamo de síndrome de Michael Jackson: eu produzo o meu próprio corpo”, ironizou, provocando risadas da platéia que encheu o auditório do Pavilhão 5 para

ouvi-la. Com os espectadores refeitos da piada, Sonia destacou que essa mudança leva a sociedade a um hedonismo egóico, “em que o meu desejo está acima do de qualquer outro”. De acordo com ela, é possível encontrar aí raízes para males atuais, como violência e perversão crescentes.

BATALHA IDEOLÓGICA

Por isso, defendeu, é preciso travar uma batalha ideológica para reconstruir o significado da saúde. Sonia citou como um passo nessa direção a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – da qual faz parte –, que trata a saúde do ponto de vista social. “Convivemos com o aumento das desigualdades injustas, que poderiam ser solucionadas; há condições técnicas e econômicas para isso, o problema é que não queremos resolver a questão”, indicou.

A professora criticou a subordinação da política à economia financeira. Citou como exemplo os gastos do SUS, que não são calculados a partir das necessidades da população, mas da estabilização monetária. “No Brasil, são retirados 20% dos recursos constitucionalmente definidos para a área social – o equivalente a R\$ 32 bilhões por ano – para o pagamento de juros da dívida”, lembrou. A transferência em questão é feita pela DRU, sigla para Desvinculação de Recursos da União. “Esse mecanismo está se eternizando em sua provisoriidade e temos que lutar por sua não-renovação e pela devolução dos recursos que a sociedade conquistou na Constituinte”, conclamou Sonia, fortemente aplaudida.

A cientista política também sugeriu a união de forças para reivindicarmos a globalização da cidadania, a construção de uma sociedade global para enfrentar o que considera a questão principal da atualidade: a exclusão. Ainda pregou a compatibilização da proteção social ao conceito de diversidade. “No nosso setor, é fundamental que o SUS deixe de falar só em direitos genéricos e passe a tratar o cidadão como central”, destacou, para em seguida condenar a atual agenda da Reforma Sanitária, que foca a discussão no financiamento e na gestão. “Essa é a agenda da burocracia”, frisou. Segundo Sonia, é preciso debater também as necessidades de cada grupo da população, inclusive o aborto e as práticas cotidianas.

Sobretudo, defendeu, deve ser criada uma estratégia de poder que inclua a redistribuição da renda, e não só o reconhecimento de cidadãos e direitos. “Temos que ser capazes de fazer com que nossa elite abra mão de algumas de suas canastras, promovendo uma nova distribuição de recursos, para incluir, e não excluir”. A “ativista do Partido Sanitário do Brasil” foi aplaudida de pé.

PEDRAS E PESSOAS

Outro ativista histórico desse “partido”, o médico-sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Unicamp, iniciou sua exposição no debate *A política*

e a construção do bem-estar social nos Estados contemporâneos — na tarde do dia 23 — prometendo falar sobre pedras e pessoas. Gastão partiu do pressuposto de que o modelo atual de política está ameaçado porque não atende ao bem-estar social. “Temos que enfrentar o desafio de rever nossas posições, pois não há solução fora de nós”, frisou.

Para o professor, uma nova forma de gestão de sistemas públicos deve se basear na co-construção de direitos e de cidadania; numa democracia participativa; na ampliação da capacidade do sujeito compreender e lidar, eticamente, consigo e com o contexto; e na habilidade de pensar e agir global e pensar e agir local. “No entanto, no meio do caminho tem uma pedra”, brincou, atualizando o poeta Carlos Drummond de Andrade.

Essa primeira pedra é a política neoliberal, que prega que o bem-estar decorre natural e espontaneamente do crescimento econômico. Uma visão equivocada, segundo Gastão. “A distribuição de renda, a justiça social e o Estado democrático dependem de políticas públicas que obriguem a economia a defender a vida”, apontou. Mas há uma segunda pedra no caminho: onde e como conseguir dinheiro para a aplicação desses princípios?

Citando dados obtidos pelo que classificou de “economistas do bem”,

seriam necessários R\$ 80 bilhões por ano para investir na saúde, na educação, na segurança, na cultura, na urbanização de favelas. “Eu acho que os economistas devem ter autonomia para apontar onde conseguir esse dinheiro. Podem baixar os juros, o superávit fiscal...”, sugeriu, sob aplausos da platéia.

O entusiasmo durou pouco, pois Gastão voltou às pedras: corrupção, investimentos em objetos de interesse de mercado e outros mecanismos usados pelo governo para entregar o investimento social a grupos elitistas. A solução para acabar com esse círculo vicioso? “Esculpir novos desenhos nesta pedra endurecida que é o Estado contemporâneo, fazer uma reforma da reforma da estrutura, da gestão e do funcionamento dos sistemas públicos”, respondeu o professor.

“Mas há uma pedreira no caminho”, continuou, ampliando o verso de Drummond. Essa barreira é, de acordo com Gastão, a degradação da política, que se mostra incapaz de gerar projetos de defesa do planeta e de co-construção do bem-estar. Por isso, propõe, faz-se urgente a construção de novos percursos, novas explicações, novas soluções e, sobretudo, uma nova maneira de fazer política. “Agora a coisa é conosco, e não será simples nem fácil lidar com pedras — pedras e sujeitos”, complementou, aplaudido de pé por um auditório cheio.

VÍTIMAS DE “PEDREIRAS”

Outros dois debatedores — a secretária de Saúde do Distrito Federal do México, Asa Cristina Laurell, e o economista Thomas Coutrot, do Ministério do Trabalho da França — tiveram discursos semelhantes, destacou a própria mexicana. “Nós três sequer nos conhecíamos, mas defendemos visões muito parecidas”, disse, feliz com a obra do destino, que une vítimas de “pedreiras”. Asa criticou a política neoliberal que corta gastos sociais e mercantiliza a atenção e reforçou que é preciso repensar o binômio dar a quem/o quê. “Principalmente, precisamos reverter o cansaço das instituições públicas, pois depende delas o oferecimento dos direitos à saúde”.

Coutrot surpreendeu ao falar em (bom) português — o francês já morou no Brasil —, dispensando a incômoda tradução simultânea. O economista comparou três modelos de Estado, neoliberal, social-liberal e social. Conclusão: a hegemonia da indústria financeira permanece intocada nos três e a coesão social continua precária, com alta desigualdade. Nesse sentido, defendeu a refundação do projeto de seguridade social universal, atacando

Lançamento do selo *Fiocruz Vídeo*

Durante o congresso, a Fiocruz lançou o selo *Fiocruz Vídeo*, uma iniciativa da VídeoSaúde-Distribuidora, do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict), e da Editora Fiocruz, para ampliar a disseminação de vídeos sobre temas de interesse das áreas da Saúde Pública e Coletiva. Um conselho curador, composto por jornalistas, cineastas e especialistas em informação e comunicação, coordena a seleção de títulos.

Os três primeiros lançamentos são: *Os melhores anos de nossas vidas*, filme com histórias de preconceito, abandono e superação contadas por moradores da antiga colônia Santo Ângelo (atual Hospital Dr. Arnaldo Pezutti Cavalcanti), uma cidade erguida em Mogi das Cruzes (SP) nos anos 60 para isolamento e tratamento de portadores da hanseníase; *O mundo macro e micro do mosquito Aedes aegypti* apresenta uma composição de imagens reais e virtuais que descrevem o ciclo



do mosquito e seus hábitos; *Chagas — uma doença escondida* mostra o que é a doença de Chagas e conta um pouco da história de sua descoberta e evolução.

Os DVDs serão vendidos em livrarias e bancas de jornal e também estarão disponíveis em locadoras

Informações:

Editora Fiocruz

Tel. (21) 3882-9039/9007/9041

e-mail editora@fiocruz.br

site www.fiocruz.br



Maurice Cassier, Maurício Barreto, Sebastião Loureiro e José Carvalheiro: a desigualdade na pesquisa

as raízes do processo de precarização e de concentração de renda.

Uma voz dissonante em meio às numerosas críticas ao mercado foi a do economista Philip Musgrove, do famoso — graças a Hollywood — sistema americano NIH (National Institutes of Health). No debate *O impacto de reformas estruturais no desenvolvimento humano*, no dia 25, Musgrove disse acreditar que o mercado é “a segunda maior invenção do mundo”. Com uma ressalva: “Podemos ser só 90% a favor dele, pois temos que admitir que é na área da saúde que ele menos funciona”. Em outro painel, *Sistemas universais de saúde: saúde e desenvolvimento*, o alemão Hans-Ulrich Deppe, da Johann Wolfgang Goethe University, recorreu a Alma Ata para afirmar que algumas áreas não podem estar sujeitas ao mercado: “Saúde não é commodity”.

Nesse debate, Asa Laurell foi muito aplaudida ao falar da complicada experiência de reconstrução do sistema de saúde da Cidade do México e região, em plena “periferia do capitalismo”. Além da “máfia de fornecedores de saúde”, contou, foi preciso enfrentar a desvalorização e a desmoralização do serviço público. “Havia a mentalidade de que prestar serviços gratuitos de saúde à população era um favor”, disse. Deu muito trabalho mudar, mas a iniciativa da Secretaria de Saúde de melhorar as condições de trabalho e os salários ajudou a criar nova cultura institucional. Hoje, enfermeiros e médicos ganham US\$ 1.500 e US\$ 2 mil por mês. “E isso, na minha opinião, não é um mau salário”, disse. “Intervenção inspiradora”, elogiou ao microfone da

platéia um ilustre admirador, o sul-africano David Sanders.

OS REFLEXOS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

A desigualdade entre países ricos e pobres fica visível quando se trata de investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) em saúde. Sabe-se bem que a maior parte dos investimentos na área — em torno de 90% — tem sido aplicada na pesquisa dos problemas de saúde de 10% da população mundial, especialmente impotência e calvície, com mercado nos países ricos. Os restantes 10% são investidos na pesquisa dos problemas que afetam 90% da população mundial, como tuberculose e doenças tropicais, males de grande parte dos países pobres. Essa disparidade ficou conhecida como *gap 10/90* (desequilíbrio 10/90). Essa problemática foi o centro de dois debates. O primeiro, no dia 22, sob o tema *Prioridades em saúde e pesquisa em saúde nos países em desenvolvimento*. O segundo, no dia 25, sob o tema *Comércio global, fronteiras nacionais, avaliação e regulação de tecnologias em saúde*.

Em debate do dia 25, o epidemiologista Maurício Barreto, professor do ISC/Ufba, deu números do *gap*: são US\$ 70 bilhões anuais gastos em P&D em saúde pelos setores públicos e privados no mundo, dos quais 10% vão para a pesquisa de 90% dos problemas

de saúde do planeta. A OMS reafirmou recentemente que malária, doença de Chagas, leishmaniose e doença do sono — que afetam 530 milhões no mundo, a maioria em países pobres — são negligenciadas no que se refere aos investimentos em P&D de novos medicamentos, vacinas e diagnósticos.

O professor Stephen Matlin, diretor-executivo do Fórum Global para Pesquisa em Saúde, defendeu que a pesquisa envolva não somente a área biomédica, mas também a da política e das ciências sociais, com participação dos setores privados e públicos. Ele citou duas instituições filantrópicas, a Bill and Melinda Gates Foundation, que investiu até junho de 2006 US\$ 6,5 bilhões na saúde global, com maior apoio à área biomédica, e a Rockefeller Foundation, que destinou US\$ 3,4 bilhões a vacinas em 2005. Para o palestrante, essas instituições ajudaram a duplicar os investimentos na pesquisa em saúde, mas priorizaram a biomedicina. O conceito de pesquisa em saúde, defendeu, inclui a doença, mas também o cuidado. E, no caso das doenças, deveriam ser privilegiadas as que vêm atingindo mais os países pobres, como Aids e malária — nos últimos anos, receberam apenas US\$ 1,4 bilhão.

Em sua fala, Maurício Barreto situara historicamente a intervenção pública na pesquisa em saúde — atividade antiga que ganhou forma na França do século 19, com os estudos de Claude Bernard (1813-1878) na medicina experimental, de Louis Pasteur (1822- 1895) na bacteriologia, de Louis Villermé (1782-1863) na epidemiologia social ou de Pierre Louis (1788-1872) na avaliação das terapêuticas.

ESTADOS REGULATÓRIOS

Seu potencial floresceu com a descoberta dos Raios-x como método de diagnóstico, no fim do século 19, e do primeiro antibiótico — a penicilina —, no início do século 20. Atrás das inovações veio a necessidade de regulação, que os Estados assumiram. Segundo o epidemiologista, entender os “Estados regulatórios” ainda requer esforços acadêmicos de diversas disciplinas, como também atenção à autonomia das agências, que não estão isentas da influência de conflitos de interesse envolvendo produtores, agentes públicos, profissionais e pesquisadores. Evitá-los, no entanto, segundo Maurício, depende de novos conhecimentos e meios.

O sociólogo Maurice Cassier, do Centre de Recherche Médecine, Sciences et Société, da França, deu destaque ao surgimento da propriedade intelectual

de produtos médicos no debate do dia 25. Na França, no século 19 e início do 20, produtos e tecnologia de saúde eram livres, não podiam ser patenteados. Assim aconteceu com a vacina contra a raiva, inventada por Pasteur. “Ele ensinou outros tantos cientistas a reproduzir a vacina e ofereceu-lhes o coelho com o vírus da raiva”, lembrou.

O mesmo aconteceu com o soro para difteria, dado pela França à Alemanha, e com a vacina antituberculose, a BCG (Bacilo Calmett-Guérin), distribuída a laboratórios. “A falta de controle, no entanto, levou a vacinações acidentais, como na Alemanha, onde pessoas morreram”, contou Cassier. A fase das patentes surgiu na França em 1922, com a insulina, e ganhou força. “Pesquisador da Universidade de Toronto, preocupado em controlar o preço da mercadoria e estabelecer uma regulação do produto que poderia levar à morte se aplicado incorretamente, decidiu em nome da universidade patentear a droga”, lembrou.

Hoje, quase todos os países têm regulamentação de direitos de propriedade em saúde, mas alguns fazem disso um meio de criação de monopólios. Ele deu o exemplo de dois genes com predisposição de formação de câncer de mama, descobertos por um consórcio de laboratórios acadêmicos da França, que se propôs a oferecer gratuitamente o conhecimento e a tecnologia. “O problema”, alertou, “é que os genes foram patenteados por uma empresa americana, que tentou criar um monopólio do teste genético para países desenvolvidos que podem pagar, tentando excluir os geneticistas”. Em represália, os laboratórios romperam com a patente.

Para Cassier, a patente deve servir de instrumento de controle de qualidade, não podendo estar a serviço do comércio. “É preciso estabelecer uma negociação entre comércio, política de saúde e sociedade, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil”, disse.

O vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fiocruz, Reinaldo Guimarães, também no debate do dia 22, ressaltou a necessidade de mais investimentos em pesquisa e pediu maior proximidade com a realidade das populações pobres. Presidente do Conselho Superior da Faperj e conselheiro da SBPC, Reinaldo destacou como exemplo bem-sucedido a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, aprovada em 2004 na 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde.

A agenda se aproxima das necessidades em saúde do país primeira-

mente porque foi construída por vários segmentos da sociedade — usuários, gestores e trabalhadores do SUS —, e não apenas por intelectuais. “Se assim fosse, seria uma letra morta”, disse. Outro ponto positivo foi sua base técnica e política, que “priorizou algumas prioridades extremamente simples, ainda que pareça redundante”. E explicou: “É necessário que alguém priorize as prioridades, a exemplo do Ministério da Saúde”. Para Reinaldo, a agenda oferece lições a serem compartilhadas por muitos países, mas sua sobrevivência não pode estar à mercê de mudanças e interesses políticos.

No mesmo debate, o diretor-executivo do Unicef, Kul Gautam, sustentou que os investimentos na área deveriam começar pela nutrição e pela atenção infantil e materna, já que 10 milhões de crianças morrem por ano de doenças tratáveis ou preveníveis. Na opinião da ministra da Saúde do Chile, Maria Soledad Iroumé, as pesquisas deveriam se aproximar cada vez mais das realidades locais. Ela citou como exemplo o Fundo Nacional de Pesquisa em Saúde de seu país, criado em 2002 depois que a Comissão de Saúde do Chile constatou que, do total das pesquisas, apenas 12% eram destinadas à saúde pública. “Pesquisava-se muito mais as doenças do que as formas de intervenções úteis”, contou. Com o fundo, os investidores passaram a se colocar a serviço das necessidades do país. “É um fundo pequeno, mas já oferece bons resultados”.

IMPACTO LIMITADO

No painel *Determinantes sociais da saúde: o que há de novo no Brasil?*, ainda na tarde do dia 22, a pesquisadora Claudia Travassos, do Cict/Fiocruz, já havia opinado que os serviços de saúde têm impacto limitado na redução das iniquidades. Citou como um dos poucos avanços a introdução da terapia anti-retroviral no Brasil, em 1996. Claudia ressaltou que é preciso perseguir a igualdade no acesso aos serviços de saúde. “Aqui, quem mais precisa deles menos consegue ser atendido”, disse.

Representando a Frente Parlamentar de Saúde, da qual é vice-presidente, a médica e deputada federal Jandira Feghali iniciou sua apresentação chamando atenção para o fato de o SUS ter sido construído por um pacto federal num país desigual. Sob o tema *O SUS no federalismo brasileiro*, outro painel do 22/8, Jandira lembrou das dificuldades enfrentadas pelo SUS. “Não é fácil estabelecer uma estrutura deste porte, que busca atingir a todos, sem limitações formais, diante de tanta complexidade e desigualdade”, ressaltou.

Entre os problemas, Jandira destacou o orçamento da saúde do governo de Fernando Collor (1990-1992), que destinou apenas R\$ 6 bilhões a um SUS universal, reduzindo o papel do Estado nas políticas públicas. A deputada disse que a universalidade, primeiro princípio do SUS, ainda não foi devidamente alcançada, a equidade, um pouco mais, e a integralidade, em parte. “O SUS é um sistema em construção”, opinou, que fica mais difícil no federalismo brasileiro porque “surge um município sem sustentação própria a cada três dias em nosso país”.

POBREZA CONTRA POBREZA

Outro impasse são os profissionais formados sem critério. “Os cursos deveriam ser abertos conforme a necessidade epidemiológica da região”, defendeu. Além disso, a economia interfere diretamente nas políticas sociais e de saúde. “Temos como exemplo a DRU, desviando verbas para a segurança social”, secundou Jandira a fala de Sonia Fleury. “Devemos lembrar que cada área tem recursos próprios, não se pode colocar pobreza contra pobreza”, reclamou, ao defender o PLP 01/03 que, além de definir as ações de saúde, destina à área 10% das receitas correntes da União.

Se o SUS está num pacto federalista, é preciso então pensar a forma de financiamento e o papel dos estados, estabelecendo metas e resultados para o repasse de recursos. “Hoje, nossa forma de financiamento é desastrosa, pautada em número populacional, internações, consultas e cirurgias”, criticou. “É preciso avaliar a qualidade e os resultados dos serviços, sair da homogeneização e pensar epidemiologicamente o repasse de recursos”.

Jairnilson Paim, professor de Política de Saúde (ISC/Ufba), fez também no dia 22 breve e rica reflexão sobre conquistas e fracassos do SUS nos 20 anos da 8ª CNS, marco da saúde pública, e de 30 anos do Cebes, referência de luta pela democratização da saúde e da sociedade e do Movimento da Reforma Sanitária.

A uma sala lotada, com dezenas de pessoas sentadas no chão e outras tantas de pé, Jairnilson destacou quatro impasses que impedem o bom funcionamento do SUS como exemplo de política pública democrática e descentralizada: a vulnerabilidade do sistema de saúde às mudanças de governos, gestores e partidos, prejudicando os avanços na descentralização e na garantia do comando único; os maus tratos e a desatenção nos serviços estatais e privados; problemas no



Jairnilson Paim: o SUS precisa se tornar invulnerável a mudanças políticas e de governo

cuidado às pessoas, já que melhorias em financiamento, infra-estrutura, gestão e organização não são suficientes para assegurar o direito à saúde; e financiamento insuficiente.

O professor citou os gastos em saúde da União nos últimos 11 anos, em bilhões de reais: em 1995, 12,256; em 1996, 12,407; em 1997, 15,464; em 1998, 15,245; em 1999, 18,353; em 2000, 20,351; em 2001, 22,474; em 2002, 24,736; em 2003, 27,181; em 2004, 32,703; e em 2005, 36,474. Apenas R\$ 1 por pessoa por dia é o que o Estado – União, estados e municípios – destina à saúde. “Corresponde à metade do que recebe cada argentino ou uruguaio e a 10% de cada habitante de Europa, Japão e Canadá”, disse.

Sobre os rumos que possivelmente a saúde tomará, Jairnilson citou estudo de Piola, Vianna e Consuelo (2001), intitulado *Tendências do sistema de saúde brasileiro*: os impasses do SUS levarão o setor privado e entidades públicas não-estatais a aumentarem sua oferta de serviços médico-assistenciais e à elevação do dispêndio nacional com saúde, sendo o gasto privado maior que o público.

SEM OTIMISMO

Outras tendências são o aumento da cobertura de planos e seguros de saúde – mas sem otimismo de que a Agência Nacional de Saúde controle preços, fiscalize e garanta direitos dos usuários; a redução do número de trabalhadores da saúde sob regime estatutário, com ampliação do regime CLT, as terceirizações e as cooperativas, permanecendo a

fiscalização do exercício profissional sob responsabilidade das respectivas corporações; e redução da eficácia dos controles sobre a incorporação de tecnologias de redução dos custos da assistência médica. “Além disso, poderá haver redução de estados e municípios como provedores diretos de serviços, transformando hospitais e outras unidades em entes públicos com maior autonomia e alguma forma de controle social”.

Ao falar do dever do SUS, Jairnilson preferiu refletir sobre seu devir – o futuro. “Os impasses e as perspectivas para um sistema de saúde que se pretende universal, integral, descentralizado e democrático não estão descolados da natureza do Estado nem das características da sociedade atual”. Para analisar então as necessidades da sociedade, o professor citou o estudo *Pesquisa Odebrecht – Olhando para o futuro*.

Na avaliação de 3.966 entrevistas sobre a futura assistência à saúde, para 8% ela será muito melhor do que hoje; 34%, melhor do que hoje; 45%, igual a hoje; 12%, pior do que hoje; e 2%, muito pior do que hoje. Os três principais problemas na área de saúde para 3.977 pessoas: demora no atendimento (43%); falta de médico e enfermeiro (47%); falta de medicamento (37%). Os entrevistados falaram do que acham necessário para que filhos e netos tenham melhor serviço de saúde: o tempo de espera inferior a 30 minutos (rápido atendimento) foi citado por 40% das pessoas, o serviço próximo da residência, por 34%, o tratamento respeitoso, por 32%, a atenção integral, incluindo prevenção de doenças, trata-

mento e reabilitação (fisioterapia), por 18%, o conforto das instalações, por 13%, e a clareza nas explicações dos profissionais de saúde, por 13%.

Diante do estudo, o professor disse acreditar que o dever do SUS é cuidar da vida e da saúde das pessoas, que não podem ser comprometidas por humores, crenças, ideologias e vaidades de dirigentes. E reiterou a necessidade de “blindar-se” o SUS da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas, além da busca de novos formatos institucionais que possibilitem ao SUS cumprir seu dever e alcançar o devir concebido pela Reforma Sanitária. “O devir do SUS significa garantir o caráter público do sistema, e não sua subordinação ao Estado, protegendo-o de manobras da política”, afirmou.

Jairnilson citou proposta do coordenador da palestra, o professor Gastão Wagner, sobre a configuração institucional do sistema de saúde: “O SUS precisa caminhar numa fórmula intermediária, que mantenha seu caráter público mas como autarquia especial”, disse. “Um grande problema das organizações estatais é a gestão exclusiva do governo, e uma autarquia especial pode escapar de se tornar instrumento partidário”.

No painel *Políticas públicas e enfrentamento das desigualdades*, ainda no dia 22, estiveram em pauta estudos de avaliação dos programas federais de transferência de renda e de atenção familiar em saúde e nutrição. Na primeira palestra, o economista e demógrafo Eduardo Rios Neto saiu em defesa do Bolsa-Família. Desde 2004, Eduardo coordena o estudo Avaliação de Impacto do Programa Bolsa-Família, financiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e a ONU e executado pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O pesquisador criticou os que apelidaram o Bolsa-Família de “esmolão” ou “bolsa-esmola”. Um ponto negligenciado na discussão política, para ele, é o fato de que, sendo um programa de transferência de renda condicionada (manutenção de crianças na escola, vacinação, pré e pós-natal), altera o investimento em capital humano, de modo que a segunda geração das famílias possa sair da situação de vulnerabilidade social e econômica. O estudo, com 15 mil entrevistas domiciliares, revelou que o Bolsa-Família tem quase 80% dos recursos alocados em 40% dos municípios mais pobres. Segundo Eduardo, isso indica que “o programa está muito bem focalizado”.

As potencialidades de inclusão social do Programa Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos — pesquisa desenvolvida entre 2001 e 2002 pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais da Ensp/Fiocruz — foi tema da apresentação de uma de suas coordenadoras, a sanitarista Sarah Escorel. Com financiamento do Ministério da Saúde, a pesquisa avaliou diferentes modos de implantação do PSF, visando orientar a expansão do programa em grandes centros urbanos.

A fala de Sarah Escorel centrou-se em inquérito com 1.641 famílias usuárias do PSF em oito dos 10 municípios pesquisados: Aracaju (SE), Camaragibe (PE), Vitória (ES), Vitória da Conquista (BA), Palmas (TO), Manaus (AM), Goiânia (GO) e Brasília (DF). Embora essas cidades tenham realidades muito diferentes, com populações variando de 120 mil a 2 milhões de habitantes, a pesquisa revelou que, em todas elas, as famílias atendidas estão extremamente vulneráveis, demandando ações inclusivas.

POBREZA E GÊNERO

A pesquisa usou como referencial o trabalho de Sônia Rocha, que mostra como a vulnerabilidade à pobreza se concentra mais nos indivíduos de família com chefia feminina, em que a mulher está desempregada ou empregada sem carteira assinada, com baixo nível educacional, é negra ou parda, mora no Nordeste e na área rural. Sônia Rocha descobriu que o fator isolado que menos altera essa vulnerabilidade é a raça, e o que mais a altera é o nível educacional. Entre as características de vulnerabilidade encontradas pelo estudo sobre o PSF, a chefia feminina da família apareceu numa proporção que variou de 16% (Palmas) a 32% (Manaus).

Em sete dos nove municípios pesquisados, mais de 60% dos chefes de família classificaram-se como negros ou pardos. De 25% a 61% do total tinham menos de quatro anos de estudo, sendo o pior resultado o de Vitória da Conquista. De 6% (Vitória) a 15% (Vitória da Conquista) dos chefes de família não trabalhavam nem tinham rendimentos, e mais de 64% dos que trabalhavam não tinham carteira assinada. Entre os com rendimento, 20% (Palmas) e 41% (Vitória da Conquista) recebiam salário mínimo. De 36% (Brasília) a 88% (Camaragibe) dos domicílios não tinham qualquer posto ou centro de saúde local antes do Saúde da Família. “O PSF significou aumento de cobertura sem dúvida nenhuma”, disse a pesquisadora.

Sarah Escorel explicou que a exclusão social é um processo que envolve vulnerabilidade, precariedade

ou mesmo ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade, e que é preciso pensar potencialidades de inclusão social analisando processos de fortalecimento, estabilidade e construção dos vínculos sociais nessas dimensões. Na econômico-ocupacional, o PSF tem potencialidade de impacto indireto ao prover tratamento e medicamento gratuitos, reduzindo ou extinguindo gastos que poderiam levar a família à miséria, ou seja, minimizando choques. Diretamente, o programa cria novos postos de trabalho, como os de agentes comunitários de saúde, “embora boa parte dos vínculos trabalhistas seja precária, instável e sem direitos”, lembrou Sarah.

A equipe do PSF também pode intervir na dimensão sociofamiliar, apoiando a prevenção e o cuidado em situações como as de idosos acamados, usuários de drogas e alcoolismo, violência doméstica, gravidez na adolescência e doenças mentais. Quando bem-sucedida, a equipe contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares que, nessas situações, ficam fragilizados e podem mesmo se romper.

Na dimensão política, a potencialidade de inclusão social do PSF está na constituição de um espaço de cidadania ativa, não apenas no sentido do acesso e usufruto do direito à saúde, mas no de participação em instâncias como os conselhos locais de saúde. Na dimensão cultural, essas potencialidades se expressam nas representações sociais positivas ou menos discriminatórias de situações que eram estigmatizadas antes da presença do serviço de saúde, diminuindo a indiferença ou a hostilidade frente ao sofrimento alheio. Finalmente, na dimensão da vida, designação usada pela pesquisadora, o PSF também pode contribuir para aumentar a expectativa e a qualidade, além de diminuir o sofrimento.

A realização dessas potencialidades depende da efetivação do programa como estratégia de reformulação do sistema de saúde, de acordo com diretrizes e princípios do SUS. Dos 10 municípios analisados, seis haviam implementado o PSF como estratégia — e apenas três tinham cobertura próxima ou superior a 50% da população, sendo 48% em Palmas, 54% em Vitória da Conquista e 81% em Camaragibe. Em São Gonçalo, Goiânia, Manaus e Brasília era um programa paralelo, com pouco potencial de inclusão social. Sarah Escorel propôs que se discutam as razões pelas quais a implementação do programa não tem correspondido à

magnitude de seu potencial inclusivo, e o papel dos gestores nesse quadro.

Leonor Pacheco, do MDS, falou sobre avaliação das condições de segurança alimentar e nutricional e as políticas para a população vulnerável. Ela apresentou o resumo de um módulo sobre o tema, incluído pela primeira vez na Pnad/IBGE de 2004. O estudo utilizou a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, que trabalha com quatro conceitos. O de segurança alimentar (a família não tem problema de acesso a alimentos e nem está preocupada com essa possibilidade); a insegurança leve (a família externa essa preocupação); moderada (já existe redução da quantidade de alimentos); e a grave (não teve acesso a alimentação por um ou mais dias num período de três meses).

A pesquisa de 2004 mostrou que 6,5% das famílias brasileiras apresentavam insegurança alimentar grave: 14 milhões de pessoas passaram fome nos 90 dias anteriores à pesquisa, com situação pior no meio rural do Norte e do Nordeste. O Maranhão teve o pior índice: 18%. Entre as famílias com idosos, sem crianças, 4,6% apresentaram insegurança alimentar, comprovando a importância das aposentadorias, pensões e benefícios de prestação continuada. No entanto, 10% das famílias com crianças de 0 a 17 anos estavam em situação de insegurança alimentar, e nessas famílias, portanto, é que deve estar o foco de políticas públicas de combate à fome. Outro dado relevante para as ações é que a insegurança alimentar é oito vezes mais freqüente na população negra ou parda do que na branca.

SISTEMA ARTICULADOR

A última palestrante foi Jeni Vaitsman, pesquisadora da Fiocruz e diretora de Avaliação e Monitoramento do MDS, que falou sobre os desafios da integração de políticas intersetoriais para o enfrentamento das desigualdades. Segundo Jeni, esses desafios existem num mesmo setor, entre setores diferentes, num mesmo nível federativo, entre níveis diferentes e entre organizações públicas e privadas. O principal elemento norteador das articulações nesse campo hoje é o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

“O SUAS significou uma virada de 180 graus”, afirmou. A assistência social, que era encarada, numa perspectiva assistencialista, como questão de caridade ou boa vontade de instituições e políticos, passou a ser compreendida, do ponto de vista da cidadania, como um direito. As três políticas básicas do



Soraya Côrtes e os conselhos de saúde: mais mecanismos contra a assimetria de poder

MDS: transferência de renda condicionada, segurança alimentar e nutricional e assistência social, que se desdobram numa série de programas. O público-alvo: quase 11 milhões de famílias em situação de vulnerabilidade social, ou 45 milhões de pessoas. O SUAS busca articular essas três vertentes em todos os níveis de gestão.

Para essa integração foram criados os Centros de Referência Social (CRAS), cuja expansão teve início há dois anos: há somente 2.231 deles no país. Além disso, embora o SUAS e o Bolsa-Família estejam sob a gestão do MDS, o segundo não pertence oficialmente ao primeiro, porque os dois programas vieram de trajetórias institucionais diferentes.

Um exemplo dos problemas que isso causa é que há municípios em que o Bolsa-Família está sob a gestão da Secretaria de Educação, herança do antigo Bolsa-Escola. Uma articulação local possível, mas que não tem acontecido, seria o uso, por parte do gestor do CRAS, das informações que as escolas recolhem na ficha do Bolsa-Família. Jeni apontou a necessidade de melhor integração também com os serviços municipais de saúde. Quando o município acompanha as famílias do programa, há um alto índice de cumprimento das condicionalidades de saúde, como vacinação e atendimento pré-natal. O problema é que nem todos os municípios fazem esse acompanhamento.

Para que as políticas sejam articuladas, devem ser pensadas de forma integrada desde sua formulação, defendeu. A parceria com outros ministérios requer integração de bases de dados e uso, por todos os setores,

do mesmo código de identificação de beneficiários, além de contínua atualização do cadastro. Para resolver esses problemas, Jeni propõe que normas, legislação e orçamento prevejam práticas intersetoriais.

Em outra mesa sobre o tema, *Políticas públicas para redução das desigualdades sociais em saúde*, também no segundo dia do congresso, um dos debatedores foi o professor do Instituto de Economia da Unicamp Márcio Pochmann, que expôs o que caracteriza como “nova desigualdade”, decorrente do esgotamento do padrão atual de políticas públicas – fragmentada e setorializada. “Ela se reproduz inclusive em grupos mais privilegiados, como as pessoas altamente escolarizadas que não conseguem emprego”, afirmou. Pochmann criticou as especializações: “Cada vez mais conhecemos mais de menos coisas”. Por isso, defendeu, faz-se necessária a construção de um novo padrão de política pública, integral, “necessária mas difícil, por conta da nossa cultura política e orçamentária”.

Sociedade civil, participação e espaços públicos em saúde foi o tema da instigante palestra da professora Evelina Dagnino, do Departamento de Ciência Política da Unicamp, ainda no dia 23. A palestrante observou que houve um “deslizamento semântico” do termo sociedade civil, muitas vezes visto como ator único, e não como espaço heterogêneo. De acordo com Evelina, toda essa noção foi redefinida na última década e meia, com o crescimento acelerado das ONGs, a emergência do terceiro setor e a

marginalização – “criminalização, até” – dos movimentos sociais.

A professora disse perceber um processo de “autonomização” das ONGs, em que estas vêm abandonando os movimentos sociais que as legitimaram. “A participação foi despolitizada, vinculando-se a uma perspectiva individualista, sem ter mais a intenção de partilhar o poder do Estado”, analisou. Nos espaços públicos que subexistem, os representantes da sociedade civil se vêem obrigados a apenas executar serviços que seriam do governo, em vez de participar das decisões de políticas públicas.

CIDADANIA É OUTRA COISA

Provas disso: o voluntariado virou um hobby da classe média e as ações do terceiro setor visam principalmente a maximização dos lucros das empresas pela melhora de sua imagem. “Não me chamem isso de cidadania”, pediu Evelina. Ao fim da fala da professora, formou-se longa fila de congressistas afoitos por mais comentários da palestrante. “Valeu a vinda a esse congresso”, elogiou da plateia um entusiasta.

Questionada sobre a atuação dos conselhos de saúde, a professora sugeriu que cada um repense sua visão desse espaço. “Recebemos essa novidade com muita euforia e talvez tenhamos cometido um pecado ao esperar muito dela”, disse. A dúvida de Evelina não embutia uma crítica: ela disse reconhecer que os mais de 5.500 conselhos de saúde do país enfrentam grande desafio, já que a sociedade brasileira não tem experiência coletiva de defesa do interesse público. Além disso, ressaltou, é preciso lembrar que os conselhos são apenas uma de muitas arenas.

Essa “arena” tinha sido tema do painel *Conselhos de Saúde – O falso dilema entre democratização e institucionalização*, na manhã do dia 22. Vice-presidente da Abrasco, a professora Soraya Vargas Côrtes, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, analisou a atuação dos conselhos 16 anos após sua criação, em 1990, com a função de controlar o planejamento e a execução das políticas de saúde.

A professora partiu da constatação de que, hoje, esses espaços são altamente institucionalizados e regrados. “Virou norma comum: todos os municípios e estados têm conselhos e ainda há o nacional”. Essa institucionalização pode ser medida, segundo ela, por sua relação com os governos e pelas regras que seguem, como a que define a proporção de conselheiros. Da institucionalização derivaria o tal dilema citado no título do painel:

é possível que espaços vinculados ao Estado consigam democratizar as decisões de governo?

Para Soraya, a resposta é sim. “Os conselhos de saúde conseguiram abrir a gestão governamental ao escrutínio público”, apontou. “São uma grande novidade se pensarmos na tradição autoritária e patrimonialista do Estado brasileiro — com alta desigualdade social e de acesso a recursos políticos”. Mas as conquistas são relativas, principalmente quando se leva em conta o ideal normativo, que estabelece que os conselhos sejam espaço de deliberação da política pública de saúde no país. “Pobre deles, porque é muita responsabilidade”, brincou a professora. Soraya defendeu que os conselhos de saúde ajam de maneira vanguardista, se comparados a outros conselhos de políticas públicas.

Ela também ressaltou que é preciso observar as diferenças de atuação dos diversos conselhos. Enquanto o nacional, os estaduais e municipais mais organizados têm maior autonomia, com limites para a influência de gestores, servidores e médicos, em cidades com organização mais frágil os secretários de Saúde, ou “superconselheiros”, controlam a dinâmica desses espaços.

“SUÍÇA SANITÁRIA”

Essa realidade tem impulsionado a criação de mecanismos de redução da assimetria de poder. Um resultado desse movimento é a proibição de que gestores presidam os conselhos e a restrição da participação de médicos. Mas há conseqüências negativas: o risco do não-comprometimento dos gestores com as decisões tomadas e a subparticipação dos médicos. “O perigo é que esses atores continuem influenciando a política”, frisou. Soraya ainda apontou a tendência de criação de conselhos independentes, o que poderia levar a uma “Suíça sanitária” — referência à dividida organização política do país europeu.

Outra disputa atual é a da capacitação dos conselheiros usuários. “Capacitar significa tornar capaz, o que os usuários já são”, contestou uma pessoa na platéia. Soraya respondeu que a formação pode reforçar a argumentação do conselheiro, mas disse reconhecer que existe disputa sobre quem vai fazer e quais serão os conteúdos dessa capacitação. “As disputas são naturais, mas há que se ter em mente que os conselhos são espaços de reunião de pessoas que defendem o SUS”.

Na tarde do dia 24, um painel aprofundou o tema *Direito à saúde*. Um dos destaques foi a fala da repre-



Devra, Carlyle, Anamaria e Peter Orris: “Honremos os mortos para salvar os vivos”

sentante da Opas na Nicarágua, Maria Angelica Gomes, sobre o problema que vem ameaçando a universalidade dos sistemas de saúde: a “juridificação” do direito à saúde. Ela se referiu à enxurrada de ações judiciais contra estados e municípios exigindo, entre outras coisas, o fornecimento gratuito de medicamentos. “Quando um juiz obriga uma unidade a atender determinada pessoa, eu me pergunto: quem vai morrer para isso?”

Mortes evitáveis foi o pano de fundo do debate *Determinantes sociais e ambientais de saúde*, que reuniu dois especialistas americanos e uma brasileira no auditório do Pavilhão 4, na tarde do dia 23. Poluição atmosférica, uso do DDT no combate à malária e modelos de abordagem da questão ambiental pela saúde estiveram em pauta, sob a coordenação de Carlyle Guerra de Macedo, diretor emérito da Opas.

Devra Lee Davis, diretora do Centro de Oncologia Ambiental da Universidade de Pittsburgh (EUA), falou sobre sua cidade natal, Donora, na Pensilvânia, famosa por triste motivo. Em 1948, em cinco dias, a poluição do ar, combinada a uma inversão térmica que impediu a dispersão, matou 20 pessoas por asfixia e deixou doente metade da população de 14 mil habitantes. O episódio levou à formulação das primeiras leis ambientais dos EUA.

O que não se perguntou na época foi que efeitos sofrem indivíduos expostos a pequenas quantidades de poluentes por longo período. De acordo com Devra, os atuais padrões de câncer não se explicam exclusivamente pela genética. “Menos de um em

10 casos de câncer ocorre por defeito nos genes”, afirmou. É a interação dos genes com o ambiente que aumenta a probabilidade de se desenvolver a doença. E quanto mais jovem se é exposto, maiores os riscos. “Nos EUA, mais pessoas morrem por causa da poluição do ar do que por acidentes automobilísticos”, disse.

Os pesquisadores sofrem pressões e perseguições quando enveredam por caminhos que desafiam o capital, as indústrias e o poder político, afirmou. O quadro é mais grave porque os impactos não são domésticos, mas globais. “A história da poluição tem que ser conhecida: honremos os mortos para salvar os vivos”. Peter Orris, da Universidade de Illinois, criticou o que considera uma falsa polêmica: o uso do DDT no combate à malária. A questão tem sido colocada nos seguintes termos: deve-se erradicar a malária ou proteger o ambiente? “Deve-se fazer as duas coisas”, afirmou.

MALÁRIA E PESTICIDA

A malária ainda mata um milhão de pessoas por ano no mundo. E o DDT ainda é o mais eficiente pesticida contra o mosquito transmissor. Mas os resíduos do produto permanecem no ambiente e se acumulam no organismo humano, com efeitos tóxicos sobre os sistemas nervoso e reprodutivo, existindo associação, por exemplo, entre seu uso e a ocorrência de partos prematuros. O que falta, de acordo com Orris, são políticas governamentais agressivas, população mobilizada e financiamento.

Para Anamaria Tambellini, coordenadora-geral de Vigilância Ambien-



Miguel Aiub e a tuberculose multirresistente: "Pacientes abandonados pela sociedade"

tal em Saúde do Ministério da Saúde, a grande questão é o que fazer com os dados que já existem em boa quantidade sobre determinantes sociais e ambientais da saúde. Ela considera que, para agir, é preciso determinar a população exposta e seu grau de vulnerabilidade, como também do contexto ambiental. Essa visão segue o modelo que compreende o ambiente como sistema socioecológico e é uma abordagem necessariamente multidisciplinar, de alta complexidade e que lida com a incerteza. "Não posso mais pensar em causa e efeito", disse, porque há muitos fatores inter-relacionados.

São Paulo, contou, foi toda mapeada em função do IDH. Ao mapa da vulnerabilidade social foi sobreposto o da bacia hidrográfica, e percebeu-se que as áreas de vulnerabilidade social são também as de vulnerabilidade ambiental. Quanto mais pobre a população, mais próxima ela está dos cursos d'água. Com esse tipo de definição é possível partir para ações concretas. Estudo semelhante está sendo feito em todo o país.

A morte da mãe da sanitarista alemã Ilona Kickbusch, professora de Saúde Global da Yale University (EUA), muito citada em vários debates e que falava sobre saúde como bem público, alterou a agenda. A conferência magna de encerramento do evento ficou a cargo de Christopher Flavin, presidente do Worldwatch Institute, que luta por sociedades ambientalmente sustentáveis. Flavin tratou dos impactos da globalização no meio ambiente, como o aquecimento dos oceanos.

Prova disso é o alarmante número de pessoas afetadas por catástrofes

naturais, que de pouco mais de 100 milhões entre 1981 e 1985 saltou para 250 milhões entre 2001 e 2005. Flavin chamou a atenção para o fato de que esses acontecimentos são a face mais visível das mudanças climáticas. O aumento da temperatura em todas as regiões do planeta, disse, torna mais difícil o controle de doenças tropicais, como a malária. "Uma crise ambiental é também uma crise de saúde pública".

OS IMPACTOS NAS PESSOAS

Impactam também as populações as ações humanas catastróficas. Por exemplo, o gasto anual com HIV/Aids, a doença que mata três milhões de pessoas anualmente, equivale a três dias de gasto militar no mundo, afirmou o sanitarista Jorge Bermudez, chefe da Unidade de Medicamentos Essenciais, Vacinas e Tecnologias da Opas na Conferência Luso-Francófona da Saúde (Fórum Colufuras), no dia 23, que tratou do acesso a medicamentos e proteção do cidadão. Segundo ele, 27% dos 560 milhões de latino-americanos vivem sem serviços básicos de saúde.

A OMS, informou, propõe algumas posturas: o acesso a medicamentos essenciais deve ser tratado como direito humano; os medicamentos essenciais não são mercadoria; um medicamento que pode salvar vidas deve ser tratado como "bem público"; e são necessários incentivos ao desenvolvimento de novos medicamentos, principalmente para doenças negligenciadas.

No mesmo dia, no painel *Tuberculose – Como combater e prevenir a ameaça da multirresistência*, o destaque foi a indignação do sanitarista Miguel Aiub Hijjar, diretor do Centro de Referência Hélio Fraga (Funasa/MS), no Rio de Janeiro, "de ver que no século 21 a população não tem acesso a medicamentos de segunda linha". Ele se referia à resistência dos laboratórios em gastar dinheiro na pesquisa de drogas de nova geração para o combate a uma doença que, em sua forma simples, terá quase 2 bilhões de infectados até 2020, dos quais 200 milhões adoecerão e 35 milhões morrerão. A estimativa é da OMS. Somente em 2000 foram quase 9 milhões de casos, dos quais 80% em 22 países.

Essa doença deveria estar controlada, já que o diagnóstico é simples e eficaz. Mas o problema vai além do diagnóstico: o número de casos novos continua alto, a mortalidade ainda é alarmante, particularmente nas regiões pobres, o abandono do tratamento é uma constante e ainda por cima surgiu a tuberculose multirresistente a drogas tradicionais como rifampicina e izoniazida, tudo em função do descaso. O sanitarista insistiu numa tecla: a multirresistência não afeta tuberculosos primários, é resultado da má atenção. "São pacientes abandonados pela sociedade", denunciou.

Aiub lembrou que a resistência é muito conhecida entre nós. Antigamente eram os famosos "tuberculosos crônicos", que depois de curados continuavam no serviço de saúde. "Só lhes restava dançar o tango de Manuel Bandeira", citou Miguel Aiub, aludindo ao diálogo do poeta com seu médico ao ser diagnosticado de tuberculose em 1904.

– Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

– Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Pelas estimativas do Ministério da Saúde seríamos 50 milhões de brasileiros infectados até 2020. Atualmente, morrem 6 mil por ano, mas há situações piores: se a incidência aqui é de 45 para 100 mil habitantes, na África do Sul chega a 720/100 mil. O sanitarista manifestou preocupação com a alta incidência em algumas regiões. Dos 370 novos casos anuais, quase 64% estão no Sudeste, e o Estado do Rio contribui com 40%. "É também a pior taxa de mortalidade, e temos que investigar essa situação", disse.

No âmbito do programa de combate à tuberculose, já há 450 profissionais treinados em práticas modernas de tratamento em 61 centros de referência: 44% de médicos, 28% de enfermeiros, 11% de assistentes sociais e 17% de

profissionais como farmacêuticos, psicólogos, biólogos. “Praticamente zero por cento de abandono do tratamento”, festejou. Em 2.299 casos tratados, houve apenas nove recidivas.

Os efeitos da globalização na saúde da população mundial foram analisados também no painel *A prevenção das doenças crônicas: o poder da saúde pública*, na manhã do último dia do congresso. A “homogeneização de hábitos” — a má alimentação e o sedentarismo, por exemplo — foi apontada pelo diretor científico do Canadian Institutes of Health Research, John Frank, como uma das principais causas de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, cardiopatias). “Hoje, as pessoas têm a mesma característica corporal em praticamente todos os países”, disse, pedindo atenção ao crescimento da obesidade entre os brasileiros, principalmente os pobres.

Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, concordou. O índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil era de 46% em 1930 e caiu para 5% em 2003, enquanto o de cardiopatias cresceu de 12% em 1930 para 31% em 2003. Sobre a prevenção, apontou como exemplo de ação bem-sucedida a campanha antitabaco, que reduziu o fumo em 32% entre 1980 e 2001.

O epidemiologista britânico Michael Marmot, que preside a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) da OMS, na primeira conferência magna, *Ação global e determinantes sociais de saúde*, levantou outros agravos: o maior ou menor grau de “empoderamento” (*empowerment*) dos indivíduos e grupos na eliminação das “causas das causas” das iniquidades em saúde — iniquidades são as desigualdades injustas e evitáveis. “A possibilidade de as pessoas assumirem o controle das próprias vidas é muito importante para a saúde”, afirmou.

TRABALHO PRECÁRIO

O painel *Trabalho, saúde coletiva e globalização*, na manhã do dia 25, debateu a cruel realidade dos processos de trabalho no mundo atual. Para a socióloga e pesquisadora Helena Hirata, do Centro Nacional de Pesquisas Científicas da França, onde dirige o Grupo Gênero, Trabalho e Modalidade, a globalização afetou principalmente mulheres, negros e trabalhadores mais velhos. Há três indicadores de trabalho precário, disse: a falta de proteção social, incluindo o direito à previdência; a duração do trabalho, de meio período e baixo salário; e o baixo



Elza Berquó: os jovens estão se cuidando mais no relacionamento sexual

nível de qualificação. “Hoje, no Brasil, embora haja crescimento dos empregos formais, são trabalhos em sua maioria precários, com salários baixos”.

O engenheiro Oswaldo Sevá, professor da Unicamp, que dividiu o painel com Helena, denunciou os riscos do trabalho dos setores de mineração, hidrelétrica e petróleo. “Poucas vezes esses trabalhadores são visitados pelo setor saúde, pois é uma atividade livre — livre para se ferrar”, denunciou. Quem trabalha em barragens e represas vive em ambientes insalubres, e no setor petrolífero, a situação não é diferente. “Temos que desconstruir o que a mídia fala e mostrar o que realmente as empresas fazem, ao contrário do que mostra a propaganda”. Na opinião dele, conhecer a realidade é parte das tarefas da saúde pública.

Mas há notícias animadoras para os que lutam contra o HIV/Aids: a pesquisa *Comportamento Sexual e Reprodutivo da População Brasileira*, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), revela que os jovens estão se cuidando mais em seus relacionamentos sexuais. Os primeiros resultados do estudo, que compara dados recolhidos em inquéritos de 1998 e 2005, foram apresentados e analisados pela demógrafa Elza Berquó, na tarde do dia 23.

A palestra teve como coordenador Pedro Chequer, representante da ONU/Unids. Ex-diretor do Programa DST/Aids do Ministério da Saúde, ele destacou a importância da pesquisa para o monitoramento e a avaliação das ações de controle. Para Chequer, a vigilância comportamental — “que

nada tem a ver com controle dos comportamentos das pessoas”, ressaltou — é o parâmetro mais adequado para a análise da tendência da epidemia.

Entre os dados apresentados por Elza Berquó, o primeiro a mostrar mudança significativa no comportamento sexual dos brasileiros entre 1998 e 2005 é que as mulheres estão começando mais cedo sua vida sexual: nas três últimas décadas, a média de idade na primeira relação sexual baixou de 20 para 16 anos, e está se aproximando cada vez mais da idade de iniciação dos homens, entre os quais também houve redução, embora mais suave: de 16,6 para 15 anos.

Mas os jovens estão mais cuidadosos. Na faixa dos 16 aos 24 anos, a proporção de uso do preservativo na primeira relação subiu de 42,3%, em 1998, para 58,4% em 2005. Índices melhores que os do conjunto da população, onde também foi detectado aumento significativo do uso da camisinha, de 18,2% para 23,8%.

Outro dado chamou atenção: o uso do preservativo em relações eventuais nos 12 meses que antecederam ao inquérito, no conjunto da população, passou de 59,4% para 75,9%. Entre os jovens, o salto foi de 68,3% para 86,6%. E ao fazer o cruzamento desses dados com os de outra pesquisa, *Gravidez na adolescência: Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (Gravad), de 2002, os pesquisadores confirmaram uma associação positiva entre o uso do preservativo na primeira relação e nos últimos 12 meses. “Estamos contentes, mas ainda não satisfeitos”, observou Chequer.

A proporção de mulheres fazendo a testagem para HIV aumentou de 17,5% para 39,9% de 1998 a 2005. A mudança foi ocasionada, principalmente, pela inclusão do exame no atendimento pré-natal, razão explicitada pelas próprias entrevistadas. Entre os homens observou-se aumento discreto nesse índice, de 27,7% para 29,1%. Perguntados sobre o motivo que os levou a fazer o teste, a maioria dos homens apontou a doação de sangue.

E qual a origem das informações sobre HIV/Aids para essas pessoas? Em 1998, a TV estava à frente de todas as outras fontes – revistas, amigos, rádio, família e escola. O peso da escola em 1998 não ultrapassava 15,8%. Sete anos depois, cresceu para 47,7% das pessoas. “A escola apareceu em 100% das citações dos jovens”, contou Elza. Em menor proporção, o papel da família também se fortaleceu. De acordo com a demógrafa, escola, família e televisão são os três caminhos para fazer as informações chegarem à população em geral e aos jovens em particular.

A maioria das pessoas – variando de 80% a 97% de acordo com o nível de escolaridade – sabe que existe tratamento para a Aids, e mais de 90% dos que sabem estão cientes de que o tratamento melhora as condições de vida, sem curar. Elza considera, porém, que ainda é grave o fato de que 3,8% dos homens e 4,1% das mulheres acreditam que o tratamento leva à cura.

Sobre os procedimentos do inquérito e a possível influência dos entrevistadores nas respostas obtidas, a equipe da pesquisa, presente na sala, esclareceu que não houve autopreenchimento: as pessoas foram sempre entrevistadas por alguém do mesmo sexo. Um dos motivos: “Já sabemos que quando mulheres entrevistam homens eles contam muita vantagem”, disse Elza. Foram 3.600 entrevistas em 1998 e 5.040 em 2005, em 257 microrregiões do país com no mínimo 100 mil habitantes.

Também no dia 23, a comunicação coordenada *Juventude, sexualidade e reprodução* teve a presença da cientista social Kátia Cibelle Machado Pirotta, doutoranda em Saúde Materno-Infantil (FSP/USP). A saúde sexual e reprodutiva é precária, afirmou. Ela participou de estudo com 1.085 estudantes de 14 a 24 anos de escolas públicas de São Paulo e constatou que os jovens têm pouca informação sobre o teste de HIV: a maioria disse achar que o vírus pode ser detectado em qualquer exame de sangue; 16% dos alunos entrevistados são soropositivos; apenas 45% freqüentam médicos

para exames clínicos – destes, 12% do sexo masculino; 5% não fazem uso de nenhum método contraceptivo.

Kátia constatou também que a vida sexual começa cada vez mais cedo. Dos jovens entre 14 e 15 anos, 32% já tinham se iniciado na vida sexual; com 17 anos, 55%; a partir dos 18 anos, 82%.

No mesmo dia, no painel *Mulheres tomadoras de decisão*, a ministra da Saúde da Bolívia, Nila Heredia, falou sobre aspectos culturais de seu país, onde uma mulher, a deputada Silvia Lazarte Flores, comanda a Assembléia Constituinte. Mas as bolivianas não têm liberdade sexual. No antigo Congresso Nacional, o projeto de lei de direitos sexuais e reprodutivos foi considerado “uma libertinagem”, pretexto para que as mulheres pudessem abortar. Coordenando a mesa, a diretora da Opas, Mirta Roses, que é argentina, agregou que a Venezuela já reconhece os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Há três meses, contou, houve o reconhecimento oficial do trabalho doméstico, com direito a salário mínimo e seguridade social. Lá, disse, “a educação é realmente um direito”: sete ou oito milhões de pessoas estão no sistema educacional de alguma forma. Em 27 de outubro do ano passado, a Venezuela foi declarada “país livre do analfabetismo”. Mirta defendeu a missão educacional como ferramenta de inclusão.

MORTES NA RÚSSIA

No debate *Tendências demográficas mundiais e migração*, no dia 22, o destaque foi o trabalho da pesquisadora britânica Susannah Tomkins, da London School of Hygiene and Tropical Medicine. Falando sobre *Mortalidade prematura na Rússia – Causas e conseqüências*, ela contou que os homens estão morrendo jovens e as mulheres, envelhecendo. Segundo a pesquisadora, 80% dos russos consomem cerveja, vinho ou vodca; e 7% consomem líquidos que contêm álcool, mas não são feitos para beber – são misturas caseiras tóxicas que podem incluir produtos de limpeza, loção pós-barba e álcool destilado em grau superior ao da popular mas hoje dispendiosa vodca.

O consumo dessas “falsas bebidas” (em inglês, “surrogate alcohol”) é fenômeno tipicamente russo e de áreas vizinhas, verificado após a queda do socialismo, que liberou o preço da bebida e eliminou as restrições ao consumo – o álcool de-

sempenha papel importante na vida, na saúde e na morte dos russos. A pesquisadora afirmou que a possibilidade de morte é de 16 a 18 vezes maior do que no consumo de bebidas comuns: 400 mil óbitos, justamente o que chamou a atenção dos pesquisadores do Reino Unido.

No mesmo dia, o grande debate *Os desafios da violência para a saúde pública* lotou a sala E do Pavilhão 5. Na mesa, a americana Joyce Thomas, do Centro de Proteção da Criança e Apoio Familiar, de Washington; Saul Franco, da Universidade Nacional da Colômbia; e a brasileira Maria Cecília Minayo, pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Ensp/Fiocruz).

Em sua apresentação – “Quando a vítima é a criança: uma tragédia global de saúde pública” –, Joyce exibiu números impactantes sobre a violência nos EUA em 2004. Lá, três milhões de crianças sofreram abuso sexual – 79% dos que abusam, constatou-se, são pais ou parentes próximos – e 1.490 perderam a vida em decorrência dessas agressões. Joyce alertou: devido à subnotificação, os números estão aquém da realidade.

Cecília Minayo reforçou em sua fala as conclusões de seus estudos, que indicam a forte presença da questão de gênero na violência brasileira. “Hoje temos uma violência masculina 10 vezes maior do que no sexo feminino”, disse. E é uma violência que sobretudo atinge o jovem de 15 a 29 anos. A pesquisadora retrocedeu no tempo para localizar possíveis fatores de influência da violência. Depois da ditadura militar, tivemos um “vendaval de mudanças na configuração produtiva, na ideologia, no sentido de identidade e na comunicação, trazidas, principalmente, pela globalização”, o

RADIS ADVERTE

O suprapartidarismo faz bem ao movimento sanitário!



Tenda Paulo Freire

que mexeu com estruturas e relações sociais. Algumas de nossas certezas ficaram para trás, atingindo o pacto social a que se referia Thomas Hobbes (1588-1679). Segundo ele, uma sociedade pode avançar, mas também pode regredir. "Toda regressão é um retorno à não-civilização, e esse é o risco que corremos hoje".

O colombiano Saul Franco mostrou preocupação com a aprendizagem precoce da violência, quando a criança usa armas de brinquedo. Apontou a relação da violência com a urbanização — que se dá de forma precária e desorganizada, "levando à criação de uma subcultura urbana". Os efeitos são insegurança, intranquilidade, perda de direitos. "Desenvolvemos grande capacidade de destruição de vidas e deterioração da saúde mental das pessoas e dos grupos sociais", disse. É preciso ver a violência como um campo de pensamento e investigação em saúde pública que deve se adequar a modelos e dinâmicas de prestação de serviços de saúde segundo as demandas das vítimas, defendeu.

O tema voltou ao centro dos debates na manhã do dia seguinte, no painel *Violência contra crianças e adolescentes: abordando suicídio, negligência e abuso*, que lotou a sala D-3 do Pavilhão 5. Letícia Legay, do Grupo de Trabalho de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde, disse que, apesar da significativa ocorrência entre adolescentes, o assunto sempre foi relegado devido à clara subnotificação.

Esse tipo de violência está na seara da saúde pública e, como outras doenças, pode ser prevenido, afirmou. Ela listou fatores que podem influenciar no suicídio do adolescente: adiantamento da puberdade e da iniciação sexual, desestrutura familiar, abuso sexual, baixa escolaridade, ausência de projeto de vida, banalização e vulgarização do sexo. Os sintomas de alerta seriam depressão, abuso emocional, uso de álcool e outras drogas, comportamento impulsivo, problemas escolares. Como meios de prevenção apontou distribuição de renda, respeito às minorias, acesso à educação, atenção à saúde mental, serviços de saúde e controle de fatores de risco.

Letícia mostrou como a mídia pode influenciar comportamentos autodestrutivos exibindo uma página do Orkut (site de comunidades na internet), na qual grupos de jovens se dizem suicidas e até marcam suicídio coletivo para uma data específica deste ano. A pesquisadora lembrou que a participação da Justiça é fundamental, porque



O público no painel sobre suicídio, negligência e abuso: Letícia Legay alertou para a subnotificação



o Artigo 122 do Código Penal estabelece como crime o incentivo ao suicídio.

A psiquiatra Evelyn Eisenstein, do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Uerj, disse que não é mais possível trabalhar a saúde no Brasil sem que se saiba atender e encaminhar adequadamente o jovem. No Brasil, afirmou, 40 milhões de crianças e adolescentes são negligenciados e não-atenidos por políticas de saúde. Afirmando que é importante quebrar o silêncio, a debatedora conclamou a todos da sociedade para serem observadores atentos, especialmente os profissionais de saúde, de sinais como ferimentos, cicatrizes, intoxicações. "Quando não houver sinais físicos, é preciso ficar alerta quanto aos relatos, por isso é importante que postos médicos e escolas prestem atenção nas histórias dos jovens".

GENTE COMO A GENTE

Para Evelyn, os jovens ofendidos que não recebem tratamento podem desenvolver neurose, psicose, perversão e a possibilidade de reproduzir a violência. A criança pode responder de maneira passiva ou impulsiva, e em alguns casos ocorre autoflagelação e perda de memória. Muitas crianças têm dificuldades em retornar às atividades escolares, por depressão e isolamento. No pós-trauma, o jovem pode desenvolver dores abdominais, de cabeça, distúrbios de apetite, sociais e de conduta.

Evelyn deu ainda uma informação que provocou exclamações de espanto na platéia: o Brasil é o maior produtor de vídeos pornográficos no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Falando em seguida, Cristina Milanez Werner, do Ins-

tituto de Pesquisas Heloísa Marinho, da UFF, afirmou: "Temos a idéia errada de que o abusador é uma pessoa esquisita", disse, "mas ele é gente comum".

No dia 24, no painel *Violência doméstica contra a mulher e saúde*, a professora Rosalina Carvalho da Silva, da Faculdade de Filosofia de Ribeirão Preto/USP, apresentou pesquisa sobre violência entre os internos da Febem de Ribeirão Preto. Foram 52 sessões, de março de 2000 a fevereiro de 2001, com jovens voluntários de classe baixa entre 12 e 18 anos, a maioria de 16 e 17 anos. Impressionou a pesquisadora a frase de um dos jovens entrevistados, em conversa sobre prevenção do HIV: "Nem eu nem meus companheiros vamos morrer de Aids, mas de tiro". Pelas entrevistas Rosalina soube que o interno acusado de estupro é morto pelos demais porque imaginam que a vítima poderia ser mãe, mulher ou filha de um deles. "Por que estuprar se mulher é tão fácil?", disse-lhe outro jovem.

No dia 22, no painel *Promoção da saúde mental das populações: um dever da saúde pública local e global*, a pesquisadora Ligia Costa Leite, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, já abordara a importância da atenção à saúde mental e às condições de vida que podem desencadear problemas mentais, como a violência. Ela disse que um número cada vez maior de pessoas sofre de estresse, depressão e problemas físicos relacionados a transtornos mentais que, hoje, correspondem a 13% das doenças. A pesquisadora afirmou que, em 10 ou 15 anos, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo. "A OMS prevê que uma em

quatro pessoas enfrentará problemas mentais ao longo da vida”.

A socióloga Madel Luz, professora do Instituto de Medicina Social da Uerj, a única a comparecer ao painel *As ciências sociais e a construção da saúde coletiva*, defendeu no mesmo dia a intervenção das ciências sociais no auxílio à prática profissional dos serviços de saúde. Para Madel, o graduando em Saúde que tem visão de ciências sociais dá mais valor a aspectos determinantes como a origem cultural do paciente. A socióloga lamentou que, hoje, embora a saúde coletiva seja considerada interdisciplinar, a pesquisa e o ensino acabem ficando segmentados, o que exige uma mudança paradigmática.

Mas ela reconhece que é difícil competir com o modelo hegemônico da estrutura do conhecimento, problema identificado pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002): “O campo da ciência é de luta por colocação hierárquica de poderes simbólicos, que decidem o que é bom e o que é financiável”. Para ela, o SUS deve abrir espaço ao profissional de humanidades porque é fundamental que as ciências sociais se apresentem no campo da saúde como um subcampo sólido. “Esta é a alternativa para que a sociedade não morra das doenças causadas pela estrutura social.”

REFERENCIAIS TEÓRICOS

Motivos não faltam, como constataram no dia 23 os congressistas que se acotovelaram para acompanhar o diversificado painel *A precariedade da vida na sociedade do risco*, com o filósofo Paulo Eduardo Arantes (USP), o artista plástico suíço Christian Pierre Kasper, que concluiu doutorado em Ciências Sociais na Unicamp, e o especialista em Direito Social Laurindo Dias Minhoto.

Discorrendo sobre os *Paradoxos da proteção jurídica da saúde*, Laurindo Minhoto começou sua fala, uma das mais desafiadoras do evento, com dura ironia dirigida ao *status quo* e a esta *terra do nunca* em que os diferentes momentos do processo histórico de modernização tendem a se truncar “antes mesmo de a realidade poder conferir um mínimo de plausibilidade empírica às promessas”. O ilusionismo é a marca desse processo, num país que se “moderniza” pela reposição das forças do atraso e que muda para permanecer o mesmo, instigou o professor da FSP/USP.

Para ele, “um notável capítulo do ilusionismo iluminista nacional, o da construção jurídica de um Estado de Bem-Estar brasileiro”, viu seu marco na promulgação da Constituição de 1988, “que tem na política de saúde uma de suas vertentes centrais”. A realidade é um tremendo descompasso entre o que foi conferido pela Constituição e uma ordem social cada vez mais entravada pela globalização. “É exatamente esse hiato que parece alimentar a coexistência contraditória no país de um arranjo jurídico-institucional até certo ponto sofisticado de proteção da saúde e de uma realidade sanitária ainda bastante degradada”, resumiu. Emergiram o “capitalismo desorganizado”, com cessação de direitos, a precarização do trabalho e o Estado Pós-Social, que perde soberania e ganha conflitos sociais.

Nesse *gap* histórico se entrecamam a proteção da saúde e a hora histórica de sua efetivação: a racionalidade econômica se sobrepõe às racionalidades jurídica e sanitária. É a era da desagregação, afirmou o professor. “Período histórico específico de neo-atraso, em que os traços herdados do subdesenvolvimento passam por uma desqualificação suplementar e a exceção se normaliza no dia-a-dia”.

E mais: a globalização econômica funda a vulnerabilidade social como paradigma da sociabilidade. Num tempo em que a neopobreza reassume dimensões dickensianas e a devastação social impera, “ressurge como farsa, da terra arrasada do neodarwinismo social contemporâneo, a figura mitológica, a miragem burguesa, jurídica e iluminista do indivíduo plenamente responsável por si próprio”, feriu mais fundo.

O HOMEM CALCULADO

O homem do neoliberalismo aparece como um “empreendedor de si mesmo, para si mesmo seu próprio capital, seu próprio produtor, a fonte de rendimentos”, citou Foucault (1926-1984). “Num cenário de mercantilização quase total da existência, o próprio corpo do indivíduo figura como patrimônio a ser gerido em bases econômico-racionais”, sujeito a cálculos de custos e benefícios, disse. Ao encerrar, propôs resistência: especialmente à reflexão acadêmica, pediu o desarme das armadilhas semânticas por trás de expressões como “regulação, fundo público, responsabilidade individual, social-democracia, risco e direito social”.

Com a platéia já de orelha murcha, o expositor Christian Kasper exibiu por quase 10 minutos imagens de moradores de rua que colheu em

São Paulo ao longo de um ano e oito meses para sua tese de doutorado. O silêncio durante a projeção disse tudo, mas Christian definiu em bom português: “É o caráter excludente do capitalismo, e exclusão aqui equivale a extermínio”. Morar na rua é o grau máximo de privação a que pode chegar o homem – a “vida nua” de Walter Benjamin (1892-1940).

Paulo Eduardo Arantes se disse leigo em saúde pública, mas falou de uma realidade nossa conhecida: as “vidas arriscadas”, objeto de tese e livro da psicóloga Marisa Feffermann, que estudou os jovens inscritos no narcotráfico em São Paulo. Antes de entrar no tema o expositor citou Ulrich Beck e sua “sociedade de risco”, Niklas Luhmann e sua “sociologia do risco”, Anthony Giddens e seus “riscos de grande consequência”, três dos muitos pensadores a observar as incertezas dessa tal era pós-moderna, que decretou o fim do Muro, do comunismo, da história, da utopia, e o grito alarmado de Robert Kurz resumiu: “Nunca houve tanto fim!”

A do tráfico é outra sociedade, outro risco, outro fim, e nisso ele se deteve. Os pequenos traficantes paulistas pesquisados por Marisa Feffermann compõem uma população fora do contrato social, seja de Hobbes, de Rousseau ou do Estado mínimo. Estes meninos nem sequer escolheram o crime, e sim um trabalho possível: “A boca é só um trampo mais embaçado”, na língua deles. São trabalhadores de uma organização com patrão, jornada diária, colegas – muitos *finados*. “Aos 18, sou velho”, descreveu-se um. Têm até simulacro de Justiça do Trabalho, o “debate”, em que o menino que se “comportou mal”, sob risco de vida iminente, depende de sua eloquência diante do chefe da *boca*.

“Estamos entrando num novo universo e nem nos damos conta”, avançou o filósofo. Em nossa sociedade de risco o risco está proibido – ela externaliza o risco, e os que estão de fora assumem todos os riscos. “A vida passou a ser um bem protegido: não há mais risco tolerado”. O risco-aventura, consentido, admitido saiu do horizonte. “Acabou a tolerância ao risco, a não ser fora do contrato social”, afirmou. “E essa população enorme brasileira é que arca com todos os riscos”.

No dia 24, a sede por discussões conceituais atraiu a uma sala apertada do Pavilhão 5 um grande número de congressistas, que se amontoaram como puderam para ouvir as *Reflexões sobre referenciais teóricos da saúde coletiva* de Carmen Fontes de Souza



Buss, Scliar e Naomar: perguntas, respostas, conceitos, sentidos para uma plateia sedenta de teoria

Teixeira (Ufba), Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Francisco Antonio de Castro Lacaz (ambos da Escola Paulista de Medicina/Unifesp).

Cecílio, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, falou sobre “As necessidades de saúde como conceito estruturante para a organização da integralidade do cuidado em saúde”. Ele mencionou autores que estudaram as organizações, como Weber, Habermas, Popper, falou do discurso da eficácia, que tomou forma na teoria burocrática weberiana, e criticou o “gerencialismo”, aplicação da doutrina gerencial à área pública, como quer o projeto neoliberal de reforma do Estado, que importa a lógica do setor privado.

A perspectiva gerencialista, em sua opinião, tem merecido pouco contraponto. Mas ele não hesitou em condenar a presença das Organizações Sociais de Saúde na rede básica, porque a visão do cidadão como “cliente” pode ser catastrófica no setor público, “que trata do bem público e não pode ser contaminado pela lógica privada”. Entre as duas correntes de gestão atuais, a que racionaliza as práticas hospitalares, radicalizando traços como o enquadramento dos atores envolvidos, e a gestão mais dialógica, mais solidária, ele aposta na segunda, que “reinventa o cuidado baseada em relações não-prisioneiras com os atores-trabalhadores em projetos aglutinadores de mudança organizacional”.

Ao falar, Francisco Lacaz, também doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, mas especialista em saúde do trabalhador, tratou do “descentra-

mento do homem” como sujeito da história, a substituição da lógica da produção pela da circulação, a lógica do trabalho pela da comunicação e a idéia de luta de classes pela da satisfação/insatisfação pelo consumo”, disse, citando a filósofa Marilena Chauí.

RETOMADA DO ATIVISMO

Nessa realidade, o SUS, como política universalista, poderia exercer papel articulador dos interesses sociais, o que o fortaleceria contra os ataques do neoliberalismo. A “receita” é válida especialmente nos países periféricos, num momento em que a identidade de classe é fragmentada por identidades mais frágeis – étnicas, culturais, sexuais –, perdendo-se a base para a solidariedade e a ação coletiva, antes fundadas na identidade coletiva comum, a da classe. A sociedade deveria aprofundar o debate sobre o que são as classes neste novo figurino, disse. É essencial, para ele, a retomada do ativismo para que se pense a classe como sujeito social da saúde coletiva, para que a saúde como direito social deixe de ser mera retórica e assuma o caráter de bandeira de luta. “Precisamos de mais política e menos economia.”

Carmen Teixeira falou correndo, sob protestos da massa: a apresentação previa 50 minutos, e ela tinha apenas 15 para tratar de *Equidade, cidadania, justiça e saúde*. Falou das duas teorias de justiça predominantes: a do filósofo de Harvard John Rawls (1921–2002), festejado nos ambientes neoliberais pelo livro de 1971 *Uma teoria da justiça* (Martins Fontes, 2000), que prega a sociedade justa a partir de “igualdade de

oportunidades” e liberdade de inserção no mercado, com “amparo aos desvalidos”; e a de Amartya Sen, na qual também estão presentes valores centrais como igualdade e liberdade, mas identificando a equidade na igualdade de oportunidades com compensação das desigualdades.

Sutilezas que fazem toda a diferença. No caso da saúde, o enfoque igualitarista (de Sen) e o neoliberal (de Rawls) dão lugar a sistemas de saúde financiados de modo diverso, além de distribuição de recursos e resultados distintos de saúde.

As discussões teóricas continuavam atraindo grandes massas, e na manhã do dia 25 elas protagonizaram animado tumulto. Marcado para a sala 2 do Pavilhão 4, o painel *Produção dos sentidos da e na saúde* atraiu mais gente do que a sala comportaria, e uma fila imensa se estendia por dezenas de metros. Irritadas, as pessoas exigiam: “Auditório, auditório!” Funcionou. Cerca de 30 minutos depois, estavam todos alojados no segundo salão do auditório principal do Pavilhão 5.

O painel proporcionou um dos mais instigantes floreios teóricos do evento. Os componentes da mesa eram o médico e escritor Moacir Scliar, da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, o reitor da Universidade Federal da Bahia, Naomar de Almeida Filho, o sanitarista Paulo Buss (Fiocruz), Kenneth Rochel Camargo Júnior (IMS/Uerj) e José Ricardo Ayres (FM/USP). Fernando Lefèvre (FSP/USP), coordenando a mesa, pediu desculpas pelos transtornos.

Moacir Scliar abordou a história do conceito de saúde, que “reflete a conjuntura social, política, econômica e cultural de uma época e de uma região”, da civilização grega aos nossos tempos: na Idade Moderna, por exemplo, com os processos de colonização, foi introduzido o conceito das *regiões doentias*. “Surgiu a *medicina tropical*, destinada a enfrentar essas doenças, mas para proteger o processo colonialista”. Hoje, disse Moacir Scliar, está em debate a noção de evolucionismo, a idéia de que saúde e doença estão ligadas à sobrevivência da espécie. Um exemplo clássico seria o da anemia falciforme, em que os glóbulos vermelhos se tornam frágeis. “Porém, essa doença protege contra a malária; então, nessa concepção, doença pode ser saúde!”, ironizou. Moacir falou também do modelo biopsicossocial, em que existe uma cultura da saúde, baseada, inclusive, em crenças.

O escritor gaúcho brincou com o exemplo de que vinho com melancia

faz mal (“pelo menos no Rio Grande do Sul”) — da platéia partiram vários “Manga com leite!” (tabu no Estado do Rio). Para ele, as crenças deram lugar ao conhecimento, gerando atitudes que deram origem a comportamentos que, automatizados, criaram hábitos, como a escovação dentária. “E o hábito se transformou em costume, que é a maneira pela qual uma cultura encara um problema de saúde e doença”.

Moacir criticou o conceito clássico de saúde da OMS, segundo o qual “saúde é o estado mais completo do bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de enfermidade”. Um conceito muito geral, disse, que equivaleria ao de felicidade. “E não tem uma aproximação prática”. Nos anos 70, ganhou força a idéia de que saúde seria apenas ausência de doença. Por ela, não interessava avaliar a conjuntura social, mas resolver o problema de saúde da pessoa. “E aí nós temos uma definição que podemos chamar de naturalista, em oposição à definição normativista ou culturalista da OMS”, disse. “Provavelmente, a verdade está entre esses dois pólos, mais perto do primeiro, porque consertar o que não está funcionando só resolve até certo ponto”.

O médico José Ricardo Ayres começou destacando a importância da dimensão hermenêutica da saúde — um processo de fusão de horizontes. Um dos principais pressupostos da saúde é seu conceito contra-fático. Pelo termo, saúde é sempre algo a ser atingido, aquilo que é fundamental para a vida, mas sempre “um horizonte que se desloca, uma idéia reguladora fundamental”.

SAÚDE E FELICIDADE

Essa perspectiva, segundo José Ricardo, lança luz sobre um segundo ponto, ou, em suas palavras, “uma distinção analítica, entre êxito técnico e sucesso prático”. Êxito técnico seriam os elementos ligados à saúde que a gente pode conceituar, transformar em objeto e sobre eles intervir. “Levantar conceitos de doença é mais fácil: definimos modelos de doenças para identificar uma realidade e intervir sobre ela.” Se o conceito de saúde não se deixa reduzir a conceitos de objeto é porque saúde é mais do que isso. Lembrou a referência de Moacir à felicidade e disse que essa é exatamente a idéia de saúde, porque é o que a gente quer atingir. “Sucesso prático é isso: o que a gente quer perseguir na vida para ser feliz”.

José Ricardo orientou a platéia a se perguntar sobre seu projeto de felicidade e o lugar da saúde, o de cada um de nós, profissionais de saúde, na

construção desse projeto. Quando um médico atende a um paciente, disse, tem a tendência a transformá-lo rapidamente em objeto, por mais que interaja com ele. “E muitas vezes fazemos isso muito bem, o que nos dá condições de alcançarmos êxito técnico; mas outras vezes nos frustramos...” Para ele, a verdade é que não conseguimos estabelecer perspectivas de sucesso prático porque de fato não dialogamos.

“Quantos de nós já tivemos a experiência de ouvir alguma coisa do paciente, de olhar para ele e percebermos que está dizendo outra coisa?” Nesse momento, o debatedor foi muito aplaudido. José Ricardo sugeriu que se pergunte ao paciente o que ele acha que tem. Muita gente teme essa pergunta. “Ela não visa sabermos se o que ele acha está adequado ao nosso saber técnico, mas vemos como, no horizonte dele, a experiência de saúde-doença se relaciona com a nossa perspectiva, nosso horizonte de ver saúde-doença”. Pronto: eis aí o que a hermenêutica chama de fusão de horizontes.

SAÚDE E SUPERAÇÃO

Por fim, ao falar sobre as atuais definições de saúde, arriscou uma conceituação: “Saúde é a superação ou o manejo conveniente dos processos e possibilidades de adoecimento, mas na sua condição de obstáculo aos projetos de felicidade de indivíduos e populações.” Muitos aplausos ao médico-filósofo.

Kenneth Camargo lembrou que a idéia de saúde como ausência de doença é recorrente na história da medicina. “Mas a crítica se dava exatamente pelo fato de que a ênfase era colocada na segunda parte, a doença”. Assim, a pessoa deixava de ser importante, o que levaria a um excessivo consumo de recursos técnicos. Para Kenneth, a questão central reside no caráter reducionista do pensamento biomédico. “Qualquer definição de doença está passando, única e exclusivamente, pelo plano biológico, e qualquer outra consideração ou questão da vida humana é marginalizada e recebe menor importância”. A “reificação da doença” ocorre quando o objeto doença se torna mais importante do que a relação com a pessoa. “Mais problemática do que a não-definição de saúde é a não-definição de doença, ganhando um contorno elástico que abarca tudo em volta”.

Mas a doença pode ser “interessante”, disse. “Ao contrário da visão reducionista de que doença deve ser erradicada, podemos entendê-la como artefato teórico que organiza o conhecimento disponível sob determinadas modalidades de sofrimento e auxilia na

captação de informações”. E explicou: “É uma maneira de ganhar tempo, delimitando uma faixa de problema, dando limites à medicalização, que se dá exatamente quando não se tem o contorno preciso das categorias com as quais se está trabalhando”.

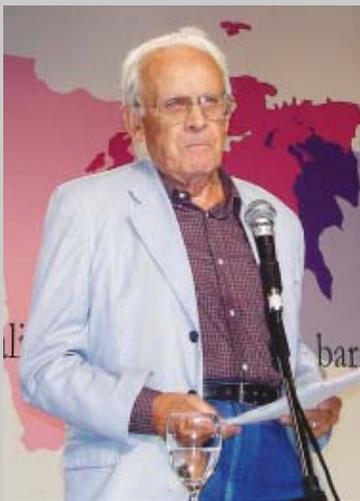
Kenneth alertou para o risco de conceitos muito largos pelos quais qualquer coisa pode ser saúde. “Esse discurso tem sido politicamente explorado como estratégia de subtração de recursos do setor saúde”, disse. “O orçamento saúde, que seria para assistência, promoção e prevenção da saúde, está sendo desviado para programas assistenciais de caráter eleitoral em vários lugares sob o pretexto de que tudo é saúde, então fazer restaurante popular também é saúde”, advertiu, sob muitos aplausos.

Paulo Buss apresentou a trajetória dos determinantes sociais em saúde, que estão na gênese da saúde pública moderna, relacionados aos processos de urbanização e industrialização que marcaram a Europa a partir de meados do século 19. As leis que tratavam das necessidades de saúde dos trabalhadores, na verdade, miravam o desenvolvimento econômico. Buss destacou a importância dos intelectuais e, principalmente, dos estatísticos nessa gênese.

Veio a “era bacteriológica” — entre 1880 e 1895 descobriu-se a doença infecciosa. “Os determinantes sociais entraram em declínio na construção do papel do Estado”, situou Buss. No século 20, surgiu o império das tecnologias médicas. A saúde pública caiu em declínio expressivo. No período da Grande Depressão, nos anos 30, houve um esforço pelo Estado do Bem-Estar, “mas o que se fazia na verdade era o seguro-enfermidade: garantir que o corpo doente fosse recuperado e pudesse voltar ao trabalho”. Entre as duas guerras mundiais tudo foi “arrasadoramente tecnologizado”, marcado pela medicina individual, curativa.

SÍNDROME DO REDUCIONISMO

Na década de 50, com a criação da OMS, falou-se da questão social, mas nas décadas posteriores, inclusive com a Guerra Fria, surgiu o conceito de vigilância. “Mais uma vez, a centralidade da doença — continuamos sem dar a devida importância às políticas públicas”. Uma luz se acendeu no fim do túnel quando, no fim da década de 70, a declaração de Alma Ata trouxe a promessa de retomada do conceito dos determinantes sociais em saúde. O balde de água fria veio cedo: a redução de Alma Ata à assistência primária em saúde. “Vivemos a síndrome do reducionismo”, atestou.



Berlinguer e Boaventura, cada um em sua área, falaram de grandes dilemas que a sociedade precisa enfrentar



Pressionado pelo tempo, Naomar de Almeida Filho fez uma apresentação acelerada. Começou dizendo que é possível uma epidemiologia de estados individuais de saúde, mas cada vez mais se tenta popularizar e desenvolver uma epidemiologia de mensuração de níveis coletivos de saúde. Há muitas críticas, segundo ele, a estratégias que vêm reduzindo a saúde a perfis de doença e negligenciando elementos subjetivos e qualitativos essenciais na definição do conceito de saúde. Retomando a discussão conceitual do tema, enunciou os três componentes da doença: o biológico, o social e o psicológico. “O conceito de doença é fácil de ser delimitado, mas o de saúde, não: cada pessoa tem sua saúde”. Para ele, saúde é conceito político. “Temos no Brasil políticas de saúde ou políticas de doença?”, provocou.

“Essa política é grande política ou micropolítica? É social ou pública? Social no sentido de que antevê e incorpora inclusive as relações contraditórias ou principalmente as relações de antagonismo na sociedade? Ou é uma política apenas pública, que vê o povo como uma massa homogênea? Saúde é direito ou mercadoria?” Interrompendo a rajada de perguntas, respondeu: “O modo como nossa sociedade lida com a questão revela que é uma mercadoria”. Mas voltou a atirar: “É assistência ou é situação, produção de serviços ou conjuntura? É privada ou social, ou seja, é matéria de cada um ou é algo que interessa a um conjunto de relações dos sujeitos da sociedade?”

Naomar afirmou que o conceito tem uma primeira utilidade: ser fer-

ramenta de pensamento. É, também, um elemento de teoria. “Podemos definir, de modo genérico, a teoria como estrutura de conceito, instrumento de compartilhamento cognitivo: quando dizemos *doença* e lhe damos um nome outros sujeitos sabem do que se trata, e aí há um compartilhamento do conhecimento sobre a vida”. Para Naomar, o conceito é um regulador de práticas.

Mais fácil, assim, é conceituar doença, porque podemos usar uma certa teoria da delimitação para dizer que tal conceito tem limite, mas o de saúde pode não ter. Naomar arriscou então, para encerrar, que “saúde é um genérico, uma definição ampla, ou melhor, uma não-definição”. Mas é conceito, sim. “É pulsão de vida nos planos de realidade que dizem respeito ao sujeito humano, aquele capaz de expressar simbolicamente inclusive seu sofrimento”.

Sempre citado como “pai da Reforma Sanitária brasileira”, o sanitário italiano Giovanni Berlinguer começou sua fala na concorrida conferência magna da manhã do dia 25 – *Novas fronteiras em ciência e tecnologia: o que isso significa para a saúde coletiva?* – com uma brincadeira: “Os verdadeiros pais foram os milhões de cidadãos que lutaram pela reforma, que tem portanto uma infinidade de pais e mães: sou no máximo um dos avós”. Aos 82 anos, Berlinguer se interessou pela bioética na primeira metade dos anos 1990 e logo virou referência na área.

O sanitário falou por 51 minutos em torno de um eixo central, a saúde pública como ponto de intersecção en-

tre ciência, mercado e política. Quais devem ser os limites da ciência, que transforma profundamente o homem e a natureza?, sempre lhe perguntam. Sua resposta é enérgica: ninguém deve limitar a ciência, como também não se deve limitar a filosofia, a arte e outras expressões da criatividade. “A repressão dessas liberdades provocou desastres econômicos e culturais, problemas políticos e desertos de idéias”, asseverou. A Inquisição deixou a Itália atrasada por séculos, e o Partido Comunista da União Soviética, ao apoiar as idéias falsas do biólogo Trofim Lysenko (1898-1976), destruiu uma escola de genética importante. “Então, estabelecer campos inacessíveis ao saber por decreto é regressão antropológica: o desejo de saber é característica fundamental da espécie humana”.

CONSTRUÇÃO COMUM

“Tudo deve ser permitido”, sentenciou, “nesse campo de liberdade, de criatividade, de conflito, de polêmica, de construção comum”. Esses sistemas de construção muito antigos e complexos hoje se confrontam com as novas fronteiras da ciência e da tecnologia. Os conhecimentos são acumulados a cada dia com a genômica, a neurocirurgia, a pesquisa em células-tronco, em tantos campos – o que suscita questões éticas. Para ele, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada em outubro do ano passado pela Unesco, pode ser o instrumento orientador neste debate.

Para Berlinguer, o debate bioético é muito complexo, porque abrange fundamentos comuns de justiça e equidade. A pesquisa com seres humanos, por exemplo, foi objeto de muitas normas de Nuremberg para cá, lembrou ele o primeiro código, de 1947, que recomendou a criação de comitês de ética nas instituições. Hoje existe uma perigosa tendência à erosão e à criação de uma moralidade dupla nessa pesquisa, com assédio a regiões pobres e protocolos atraentes de estudos com pessoas pouco conscientes – “pouco empoderadas”, disse, literalmente – de seus direitos.

“O saber científico foi sempre um desafio”, e desde o século 19 envolveu riscos de profundas deformações, com leis da natureza usadas na legitimação da supremacia de uma raça sobre outras, em séculos de domínio colonial e o sofrimento e a morte de milhões. “Isso prossegue com os imigrantes de hoje”, disse. “O importante é garantir o empoderamento dos cidadãos, com o fortalecimento dos serviços de saúde”.

A tendência de prevalência do mercado e da moeda em detrimento da ciência não pode vencer, afirmou. “O ser humano não pode ser vendido, como ocorre agora com as células-tronco, vistas como mercadoria – é um comportamento incompatível com as normas fundamentais da ética”.

Apesar da agenda restrita da política e do mercado, dois pontos devem integrar a pauta das ações públicas: a segurança alimentar e a segurança ambiental. “Quem decide as prioridades da pesquisa em saúde?”, perguntou. “E por que governos e agências internacionais abdicam de sua liderança em pesquisas essenciais de doenças negligenciadas?”. Questões que a sociedade precisa enfrentar. Num carinho final, disse: “Apesar das desigualdades, a América Latina é uma das maiores e mais importantes experiências da minha vida”, sob os aplausos do auditório. Berlinguer foi homenageado pelo Conselho Deliberativo da Fiocruz com o título de *doutor honoris causa*, o quinto outorgado pela instituição em seus 105 anos de história.

ESTRELAS QUE BRILHAM

Ainda no dia 24, o debate *Estado e democracia: impasses num mundo globalizado* levou grande público ao auditório do Pavilhão 5, atraído principalmente pela grande estrela da anti-globalização, o sociólogo Boaventura de Sousa Santos. Mas também brilharam o cientista político Leonardo Avritzer, da UFMG, que falou sobre “Debates democráticos contemporâneos: participação política e o processo de globalização”, e o economista Carlos Lessa, da UFRJ, que, perdido no RioCentro, chegou atrasado e protagonizou um dos momentos mais hilariantes do evento. “Pensei que fosse a festa dos 40 anos do IMS da Uerj, do qual sou co-fundador”, confessou. “Agora fico sabendo que é um congresso de saúde e ainda por cima me vejo ao lado de um dos meus ídolos, o professor Boaventura!”, disse, sob gargalhadas.

Leonardo Avritzer, professor de Ciência Política, botou a platéia bem séria ao tratar cruamente de sua especialidade, o Estado e a democracia, alvos, em sua opinião, de dois grandes mitos: o do Estado fraco e o da forma invariante da democracia. Pelo primeiro mito, o Estado forte, regulador, provedor do bem-estar, da rede de proteção social acabou. Agora, segundo essa tão difundida visão, temos um Estado fraco. “Prefiro a interpretação de Chaline, que antes considera este um *Estado ardiloso*, que usa a força quando lhe interessa e é fraco quan-

do conveniente – por exemplo, para rejeitar políticas sociais”.

“Não existe isso de Estado fraco”, afirmou Avritzer. O outro mito é a forma invariável da democracia. Até a primeira metade dos anos 1970 tinha formato fixo, com opinião pública forte, direitos políticos, seu complexo político-partidário, eleições e processos distributivos. Agora, não tem mais relação com processos distributivos. “É preciso responder a esse novo padrão, e redefinir o modelo especialmente nos países do Sul”.

Para ele, é um paradoxo que a extensão da democracia tenha trazido enorme degradação das práticas democráticas. “No Brasil se fala muito em democracia participativa, com a incorporação de novos atores sociais”, disse. “Isso não pode, porém, obedecer à lógica do Estado fraco, ou teremos uma desvinculação total entre democracia e sociedade”.

A DEMOCRACIA VAI MAL

Boaventura de Sousa Santos, da Universidade de Coimbra, falou sobre os desafios da democracia neste século, “primeiro porque ela está mal”, foi longo afirmando. Ela não está muito bem quando vemos sondagens recentes na América Latina revelando que em alguns países a maioria da população preferiria uma ditadura desde que lhe garantisse algum bem-estar social, deplorou. Por outro lado, temos a corrupção, que leva à conclusão de que os governantes legitimamente eleitos usam o mandato para enriquecer à custa do povo e dos contribuintes. “O desrespeito dos partidos, uma vez eleitos, a seus programas eleitorais parece nunca ter sido tão grande”.

Assim, os cidadãos se sentem cada vez menos representados pelos seus representantes. Apela-se à participação, raciocinou Boaventura, mas se reduzem ao mesmo tempo as condições de participação, que são três: ter a sobrevivência garantida (“quem não come não tem vontade de votar”), ter segurança (“quem está ameaçado por violência não é livre”) e ter informação (“na sociedade inter-nética, falta informação, crucial para uma participação esclarecida”).

Como disse Rousseau, lembrou o sociólogo, uma sociedade só é democrática se ninguém for suficientemente rico para poder comprar alguém ou ninguém for tão pobre que tenha de se vender. “Segundo este critério, as nossas sociedades estão ainda longe da democracia”. Boaventura citou três entre os desafios lançados à democracia em nosso tempo. Primeiro,

a desigualdade. Segundo ele, se continuarem a aumentar as desigualdades sociais ao ritmo das três últimas décadas, a igualdade jurídico-política entre os cidadãos deixará, em breve, de ser ideal republicano para virar hipocrisia social constitucionalizada.

E isso ocorre embora, pela primeira vez, quem nasce pobre pode morrer rico, um analfabeto pode morrer pai ou avô de um doutor. “A discrepância é que as experiências são mais ricas do que as expectativas, que estão mais negativas do que as experiências”. Se abrimos o jornal e vemos “reforma da previdência”, “reforma da educação”, “reforma da saúde”, pensamos: “Hoje está ruim, mas o futuro pode ser bem pior”. Tudo fruto de uma crise brutal no contrato social, disse o sociólogo. “Vivemos num mundo moralmente repugnante e desigual: podemos ter a democracia política, mas os processos sociais são cada vez mais autoritários, o que chama de fascismo social – caminhamos para sociedades politicamente democráticas, mas socialmente fascistas”.

O segundo desafio é o da diferença. “Não basta mais sermos iguais: queremos ser iguais sendo diferentes”. Independentemente das origens nacionais, das etnias, das opções sexuais, a matriz da modernidade enfatizou a igualdade como princípio na construção de sociedades justas. De uns anos para cá, surgiu o tema da diferença e, portanto, de novos direitos. O que passa a motivar grandes lutas sociais é o direito de cada um ser pessoal e coletivamente diferente dos outros, de os diferentes serem tratados como iguais sem que isso anule suas diferenças. “Mas a democracia atual não está preparada para reconhecer a diversidade cultural, para lutar eficazmente contra o racismo, o colonialismo e o sexismo e as discriminações decorrentes”, lamentou ele.

O terceiro desafio é a escala global: mecanismos transnacionais cada vez mais fortes e menos democráticos, agências impondo dívidas externas absolutamente injustas, fundos cada vez mais indisponíveis, políticas de distribuição muito fracas. “Só reconhecem democracia quando isso serve a seus interesses”. Vitórias eleitorais legítimas são transformadas em ameaças à democracia, afirmou: o Hamas ganhou as eleições na Palestina, e decretou-se o embargo da ajuda internacional ao povo palestino; Hugo Chávez, Evo Morales são ameaças à democracia. “Está no último discurso de Condoleezza Rice: só é democrático quem serve a seus interesses”.

Antes, o chamado socialismo real era no mínimo uma alternativa, o que exigia consensos nos governos e no âmbito internacional. “Hoje, não há alternativa, então não é mais necessário o consenso, basta a resignação”. O sociólogo criticou a tendência galopante de mercantilização da saúde no mundo, destacando relatório da Merrill Lynch que aponta o mercado gigantesco e o déficit gerencial da área como propícios à privatização.

Se a democracia tem tantos problemas, por que a levamos a sério? Ele citou países na América Latina — Argentina, Uruguai, Bolívia, Chile, Venezuela — que tentam escapar ao modelo neoliberal. Aqui no Brasil, embora sem ruptura com o modelo, há uma preocupação com distribuição social. “Eu até falava há pouco com colegas economistas sobre o Bolsa-Família, e perguntava de onde saiu o dinheiro para o programa, se o país não parou de pagar a dívida externa”, contou. “Da saúde! Da saúde!”, ouviram-se gritos da platéia.

“Aqui há uma energia capacitadora, a população quer levar a democracia além da hipocrisia”, avaliou. “Mas não devemos ter certas ilusões, pois quando o capitalismo se sente ameaçado a democracia fica na berlinda”. E defendeu o engajamento da academia: “Nós, cientistas sociais, temos que ser objetivos, mas não neutros: sabemos de que lado estamos”. Boaventura foi aplaudido por longos minutos.

Carlos Lessa cobriu de elogios o companheiro de mesa — o “Vasco da Gama de nossos tempos” — antes de entrar no conceito de consumo, do qual traçou um

histórico desde a era pré-industrial aos nossos dias, em que “banho de loja virou terapêutica para deprimidos”. Disse que, hoje, o capital precisa que o mercado seja renovado diariamente. E, pela “pedagogia que imbeciliza o consumidor”, o ideal é o frequentador assíduo dos templos do consumo — os shoppings. “O perfeito idiota condicionado”, que se transforma num “estuprador compulsivo” do carro zero, da grife, enquanto os barrados sobrevivem de reciclar e reaproveitar o lixo dos consumistas, numa “geriatria do obsoleto”.

À sombra da sociedade moderna opulenta, disse, os “barrados” criam cultura, síntese, fusão de elementos do saber. “Os setores informais se disseminam e botam a República contra a parede”, analisou. O subempregado que não tem mais a informação do chão da fábrica, do escritório ou da assembleia reconstrói uma socialização urbana. “O povo está reinventando o lugar, e toda vez que no jogo democrático alguém reinventa a sociedade diz-se que é populista”, afirmou. “Então, fora do populismo não há salvação”.

Ao responder a perguntas da platéia sobre o fundamentalismo, Boaventura afirmou que a tendência das pessoas é ver apenas o fundamentalismo dos outros, não os próprios. “Não significa que o fundamentalismo não seja legítimo, e sim que todos os fundamentalismos são legítimos”, disse. Para ele, devemos lutar por um mundo sem fundamentalismos e em especial contra a dualidade de critérios. Citou o exemplo do Paquistão, que nem democracia é, mas pode ter sua bomba

nuclear porque “é um dos nossos”, ao contrário do Irã que, sendo um “dos outros”, não pode ter a bomba.

Com tantos dilemas neste mundo partido, o Abrascão tinha mesmo que abraçar a bioética. Discutido em vários painéis, além da conferência de Berlinguer, o tema dominou o debate *Bioética, globalização e direitos humanos*, um dos mais concorridos do último dia do evento, trazendo o argentino radicado nos EUA Victor Penchaszadeh, do PAINEL de Peritos em Genética Humana da OMS e professor da Escola de Saúde Pública da Columbia University, o canadense Steven Fletcher — parlamentar do Partido Conservador que representou o ministro da Saúde de seu país, Tony Clement — e o brasileiro Volnei Garrafa, diretor da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília.

ABUSOS ESCANDALOSOS

Depois de enumerar os artigos das declarações universais que asseguram o direito à saúde, o primeiro expositor fez retrospecto da intervenção dos interesses privados na saúde pública, acompanhada do desfinanciamento do setor público e da criação de barreiras à atenção primária. Para Victor, o elevado grau de conhecimentos científicos e tecnológicos, com grandes implicações na área da saúde, expôs as contradições entre sua aplicação e seus custos, emergindo a bioética com o propósito de “abordar dilemas éticos de saúde e vida”.

As limitações bioéticas tradicionais, resultantes das concepções restritas dos países centrais, acarretam desatenção aos reais problemas de saúde, além de falta de responsabilidade frente à hegemonia da indústria farmacêutica, com seus abusos na pesquisa e nas práticas de marketing, que Victor classificou de “escandalosos”. Para ele, há exagero na visão da genética como geradora de “produtos mágicos” para prevenção e tratamento de enfermidades: a tendência é a ênfase excessiva nos determinantes genéticos de variação humana, que ele chama de reducionismo e determinismo genético. Desses excessos decorrem, afirmou, discriminação e estigmatização.

A fala do canadense Steven Fletcher era das mais aguardadas. Tetraplégico, contou ser o primeiro deficiente físico permanente eleito para o parlamento do Canadá e também o primeiro parlamentar canadense nascido no Brasil! Bastou isso para que fosse muito aplaudido. Filho de um engenheiro civil que trabalhava em Itaipu, Steven nasceu no Rio e disse que, apesar de ter morado apenas cinco anos na mais famosa praia carioca, lembra-se muito bem, “e de maneira muito

Pela Reforma Psiquiátrica Brasileira

Um manifesto em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em repúdio às declarações de Josimar França, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), ao jornal *O Globo* (20/7), percorreu corredores e salas do Congresso. Josimar defendeu a internação de pacientes em hospitais psiquiátricos e criticou a política de saúde mental, centrada em serviços substitutivos ao manicômio.

“Consideramos empobrecedora a análise do Sr. Josimar França, em sua crítica à política de Saúde Mental”, diz o manifesto. “Trata-se de uma análise saturada, monocórdia. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma política pública, formulada a partir de uma construção social, que aborda questões, principalmente, de direito à cidadania”.

Para os manifestantes, sob a coordenação da Rede Nacional Inter-

núcleos da Luta Antimanicomial, a crítica de Josimar é feita na verdade em nome da manutenção de privilégios e de interesses corporativos e econômicos, tentando confundir a opinião pública. “O presidente da ABP “desconsidera as deliberações dos órgãos de controle social, que transformaram as experiências, construídas coletivamente, em política pública”.

Os gestores públicos foram conclamados a acelerar o ritmo da Reforma Psiquiátrica, adotando medidas mais contundentes, descredenciando hospitais psiquiátricos que violam direitos humanos, ampliando a rede de cuidados em Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), em substituição aos leitos psiquiátricos, e investindo na formação de profissionais.



Ennio Candotti:
"Seremos chamados
a responder pelos
gritos de horror das
gerações futuras"

vívida, das mulheres de Copacabana", o que levou a platéia às gargalhadas.

Depois, em tom sério, narrou o acidente sofrido em 1996, aos 23 anos. Também engenheiro, dirigia para a mina em que trabalhava quando atropelou um alce. Fraturou a vértebra C-4 (a quarta, de cima para baixo). No Canadá, disse Steven, a população tem muita sorte por ter direitos e liberdades formalizados, o que dá a todos acesso a inúmeros serviços, incluindo os de saúde. Disse achar surpreendente, por outro lado, que se salvem as vítimas de acidentes, mas elas não recebem recursos para uma vida com qualidade. "Tratamos do problema, depois abandonamos a pessoa".

"Há muitos tabus, muita estigmatização". Quando candidato, diziam que ele não soava como deficiente. "Sugeriam que talvez haja algum problema cognitivo relacionado à deficiência física". No ano em que foi eleito (2004), concorria com um candidato famoso em todo o país (Glenn Murray, do Partido Liberal), prefeito de sua cidade (Winnipeg, província de Manitoba). Numa entrevista, um radialista disse que ele disputava a vaga na *House of Commons* (a nossa Câmara dos Deputados) com uma "estrela" que tinha mais de 20 anos de partido, e perguntou por que votar nele. "Respondi que eu preferia ser paralisado do pescoço para baixo do que do pescoço para cima!" O público não segurou as gargalhadas e o aplaudiu muito. "Como lidamos com isso? Podemos até aprovar leis para combater esse preconceito, mas isso não vai mudar a mentalidade das pessoas".

Depois dele, Volnei Garrafa discorreu sobre o novo conceito de bioé-

tica, que ganhou corpo há 35 anos nas preocupações com a vida num sentido mais amplo do bioquímico americano Van Rensselaer Potter (1911-2001). Desde então, os conceitos de bioética vêm se modificando, numa tentativa de adequação à realidade.

Nem sempre a contento. Por exemplo, "a bioética principialista anglo-saxônica não é suficiente para abarcar os conflitos da realidade concreta do Hemisfério Sul". Baseado em quatro princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça –, esse principialismo superdimensiona o indivíduo em detrimento do coletivo, deixando de lado valores culturais de povos diversos.

O maior avanço foi a homologação da Declaração Universal de Bioética, mas nem ela resolveu todas as questões, mas serve de roteiro para os países elaborarem sua legislação. Não se conseguiu negociar, por exemplo, a questão do padrão de pesquisa, ou o uso de tecnologias e metodologias diferentes para países pobres e ricos (o chamado duplo padrão de cuidados). Se o pluralismo é bem-vindo para abranger a diversidade moral, o duplo padrão, que admite a exploração de populações vulneráveis de países pobres em pesquisas de países ricos, "é inaceitável", protestou. "Os mais vulneráveis precisam ser protegidos por seus Estados".

BIOÉTICA DO COMPROMISSO

E foi muito aplaudido quando conclamou: "Parem de confundir igreja com ética e bioética – a bioética plural respeita a secularização da sociedade, mas não tem que estar de

acordo com a sociedade canônica". Ele exemplificou: uma mulher católica, grávida de um bebê com anencefalia, tem todo o direito de levar a gravidez a termo, porque é autônoma, mas não tem o direito de exigir, em legislações restritivas, que todas as outras mulheres, com outras visões morais, sejam obrigadas a seguir a mesma decisão. A bioética do século 21, afirmou, "deve ser mais politizada, comprometida e mais concreta para enfrentar os problemas de saúde pública de nossa realidade".

Esse compromisso já havia sido lembrado no painel *Novas fronteiras para a ciência e tecnologia e a saúde pública: desafios atuais*, no dia 24, em que se havia destacado o físico Ennio Candotti, presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Ele agradeceu a "ousadia" do convite a um físico, em meio a tantos sanitaristas, que o levava a conjeturar se um observador externo das pesquisas em saúde deve participar calibrando as discussões ou trazendo visões ingênuas.

Embora curta, sua fala nada teve de ingênuo. Depois de afirmar que a SBPC se associa à reivindicação do setor por mais agências de fomento à pesquisa em saúde, Candotti disse que a pesquisa científica tem a capacidade de manter vivo o espírito crítico no Universo. "Vocês são campeões nisso: cuidar do paciente ou da doença?", perguntou. "A Abrasco opta pelo paciente, mas os fabricantes de fármacos optam pela doença". E a pesquisa científica, quase uma exigência ética da sociedade, não está livre de abusos, a começar pelo fato de que pesquisa em saúde não é objetivo prioritário, aqui e mundo afora.

E como colocar limites ao desenvolvimento que a própria pesquisa exige? Na opinião de Candotti, a manipulação genética, por exemplo, ao definir as características de um ser, que deixa de ser fruto do acaso, pode vir a pôr em xeque a dignidade humana. Se o homem for programado para sorrir sempre sua capacidade de se reconhecer como indivíduo – sua identidade – se rompe. "Os físicos construíram a bomba atômica e, quando ela foi usada em Hiroxima, muitos, mesmo Oppenheimer (1904-1967), ficaram surpresos".

O progresso é associado à ciência, lembrou. "Seremos chamados a responder pelas gerações futuras, pelos gritos de horror dos momentos delicados". E conclamou: "A ciência deve abrir à sociedade essas questões, que exigem o uso de sabedoria." 

SERVIÇO

LANÇAMENTOS

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Cenários Possíveis – experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva, de Maria do Carmo Leal e Carlos Machado de Freitas (organizadores), publicado pela



Editora Fiocruz, analisa o mestrado profissional em saúde coletiva como uma nova modalidade de formação de técnicos e dirigentes do setor Saúde articulado ao SUS. Os autores percorreram experiências de diversos programas de formação e mostram a diversidade e a riqueza da área de saúde pública e coletiva.

CONHECIMENTO EM SAÚDE

Temas em Saúde é uma nova coleção da Editora Fiocruz, que tem por meta oferecer um panorama dos conceitos e conteúdos fundamentais das áreas



da saúde. A idéia é combinar informação atualizada com reflexões que se baseiem em recentes produções científicas. Já estão disponíveis cinco livros da coleção: *Aids na terceira década*, de Francisco Inácio Bastos; *Violência e saúde*, de Maria Cecília Minayo; *Educação profissional em saúde*, de Isabel Brasil Pereira e Marise Nogueira Ramos; *Saúde, ambiente e sustentabilidade*, de Carlos Machado de Freitas e Marcelo Firpo Porto; e *Obesidade e saúde pública*, de Luiz Antônio dos Anjos.

SAÚDE MENTAL

Esperança equilibrada – cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico, de Bernadete Maria Dalmolin, faz parte da coleção Loucura & Civilização, também da



Editora Fiocruz. Fruto da tese de doutorado da autora, o livro analisa os tipos de cuidado que recebem os sofredores psíquicos e suas famílias,

usuários de serviços de saúde mental de uma comunidade urbana: o modelo de atenção é padronizador, condicionando e determinando comportamentos e desconsiderando a autonomia e a liberdade como elementos de expressão do sofrimento.

Psiquiatria institucional – do hospício à reforma psiquiátrica,

de Maurício Lougon, outro lançamento da coleção Loucura & Civilização, também da Editora Fiocruz. O livro trata do processo de transformação da Colônia Juliano Moreira (CJM), que foi um dos maiores e mais violentos manicômios brasileiros, e sobre as experiências de desinstitucionalização psiquiátrica em vários países, conduzindo a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. O autor é um dos pioneiros no processo da reforma e atuou durante muitos anos na CJM.



EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Capela saudável – Gestão de políticas públicas integradas e participativas,

de Marcia Faria Westphal (organizadora), publicado pela Editora da Universidade de São de Paulo (Edusp), conta o que foi o projeto de gestão participativa e intersectorial da subprefeitura de Capela do Socorro (2002-2004). Os autores dos artigos fazem um balanço das ações, dos avanços e das dificuldades, para que mais pessoas busquem novas dinâmicas em redes promotoras de qualidade de vida e saúde.



Boca Larga, publicação anual dos Doutores da Alegria e organizado pela psicóloga Morgana Masetti (coordenadora nacional do Núcleo de

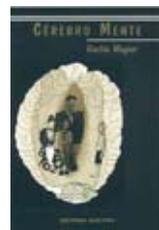


Pesquisa e Formação dos Doutores da Alegria) e pelo pesquisador e sociólogo Edson Lopes (co-organizador e assistente de pesquisa do Núcleo), está na segunda edição. Editado por Edison Paes de Melo, o volume discute o papel do palhaço fora

do Brasil e a figura do bobo e do bufão na arte dramática, em textos de atores, diretores e pesquisadores em artes cênicas. “É preciso sabermos a história do outro para conhecermos melhor a nossa história”, justifica Edson Lopes a pesquisa sobre palhaços de outros países.

ROMANCE DE SANITARISTA

Cérebro mente, publicado pela Editora Hucitec, é o quarto romance do sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Unicamp e autor de várias obras de referência na área



da saúde pública. O novo romance narra as contradições na vida do cientista Lógicus, professor-titular de respeitada universidade, fundador de conceituado instituto, escravo do sucesso, da carreira e da opinião alheia, equilibrando-se entre o fardo e a glória que acompanham o grande líder.

ENDEREÇOS

Edusp

Av. Prof. Luciano Gualberto, Trav. J, 374, Cidade Universitária
Cep 05508-900 • São Paulo, SP
Tel. (11) 3091-4156
E-mail antiga-edusp@usp.br
Site www.edusp.com.br

Editor Edison Paes de Melo

Falar com Sylvio Novelli e Cinira Fiúza
Tel. (11) 3824 4200
E-mails snovelli@editorweb.com.br
ou cfiuza@editorweb.com.br
Site www.editorweb.com.br

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112, Manginhos
Cep 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br
Site www.fiocruz.br/editora

Editora Hucitec

R. Joaquim Antunes, 637, Pinheiros
Cep 05415-011 • São Paulo, SP
Tel. (11) 3060-9273
Tel/Fax. (11) 3064-5120
Site www.hucitec.com.br

A “lei seca” de Diadema e os interesses contrariados

Ronaldo Laranjeira*

Nos últimos dias o Instituto Braudel atacou no rádio e nos jornais a “lei seca de Diadema” — na realidade, um controle social do ambiente onde o álcool é consumido, que existe em países desenvolvidos. Chamou atenção a completa ausência “do outro lado”, seja a Prefeitura de Diadema (SP) ou profissionais com opiniões diferentes. Mais uma estratégia de marketing bem-orquestrada do que debate público sobre tema de interesse do país.

Dezenas de cidades estão implementando a medida e notando melhora substancial no ambiente urbano, com clara diminuição da violência. A Assembléia Legislativa de Pernambuco, em 5/5, votou lei estadual de fechamento dos bares das 23h às 5h. O governo federal estuda tornar a medida fator facilitador na liberação de recursos para a segurança. Temos, portanto, uma das poucas histórias de sucesso na luta contra a violência. Como explicar que um instituto tão respeitado gaste tempo e dinheiro atacando essa lei?

Dois fatores influenciaram a avaliação do Instituto Braudel. Primeiro, o fato de ser um de seus financiadores a AmBev, multinacional cervejeira com 70% do mercado no Brasil, cujos interesses são contrariados com o fechamento dos bares. Não podemos negar que parte das pessoas intoxicadas vai se tornar violenta, e se bebe fora de casa essa violência tem conseqüências para a segurança pública. Com o fechamento dos bares temos diminuição do consumo de álcool e redução da violência. Bom para a saúde pública e para a violência urbana. Mau para os lucros da AmBev, que no ano passado repassou aos acionistas R\$ 3 bilhões — quase 10% do orçamento da saúde brasileira.

O segundo fator: análise amadora das estatísticas. Foi feita pesquisa sobre o impacto da lei no número de homicídios e violência doméstica, com financiamento da Fapesp, parceria entre a Prefeitura de Diadema e a Unifesp, além de colegas do Prevention Research Center (EUA) e do Guy’s King’s and St Thomas’ School of Medicine (Londres).

Diferentemente do alegado pelo Instituto Braudel, a pesquisa usou dados de homicídios de janeiro de 1995 a julho de 2005, em análise multivariada (*log-linear regression analysis*), que avalia outros fatores — criação da guarda municipal, taxas de desemprego, ações contra o tráfico — como causadores das mudanças nas taxas de homicídio, em conjunto ou isoladamente, e também que nesses 10 anos a população cresceu 20%.

O gráfico mostra a evolução das taxas de homicídio por grupo de 1.000 habitantes no período. A variação mensal é grande, de 4 a 41 mortes. Os homicídios aumentaram de 1995 a 1999 antes de cair abruptamente em 2000, possivelmente em resposta às medidas. Nos dois anos anteriores à lei, a taxa era de 22 mortes/mês antes de cair para 12/mês nos três anos seguintes.

Os dados serviram de base para análise estatística mais sofisticada, que mostrou que, nos três primeiros anos após a introdução da lei, 267 homicídios deixaram de ocorrer: queda de 40%. A diminuição do desemprego e a criação da guarda tiveram efeito, embora pequeno. No geral houve menos 89 mortes/ano numa cidade de 360 mil habitantes, ou seja, redução de 25 mortes por 100.000 habitantes/ano, especificamente devido ao fechamento de bares. Diadema tinha uma das maiores mortalidades do Brasil, e do mundo, com 103 homicídios por 100.000 habitantes. É um grande

acontecimento do ponto de vista de saúde e segurança pública.

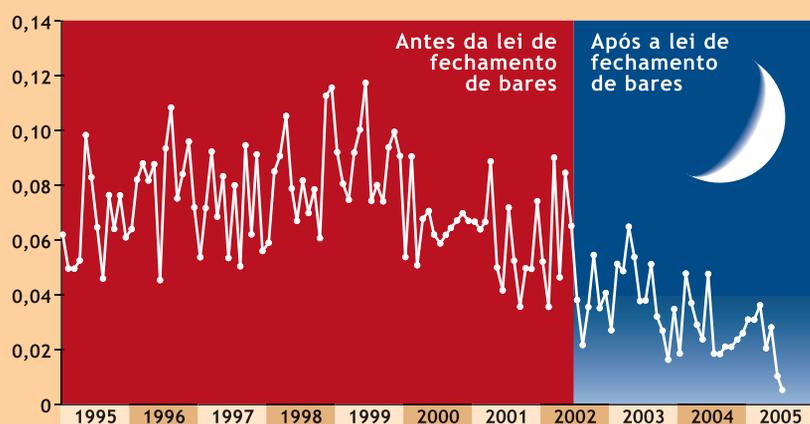
De 1980 a 2004 São Paulo passou de 18 para 54 homicídios por 100.000. A OMS compara: se considerarmos as mortes por homicídio no Reino Unido como 1, os EUA seriam 6 e o Brasil, 27 — principal causa de mortalidade em homens entre 15 e 44 anos.

Vários fatores contribuem para que Diadema sirva de modelo: 1) qualidade dos dados, com bom monitoramento de mortes; 2) amplo debate prévio, prevalecendo o interesse público, e não o da indústria do álcool; 3) sistema de fiscalização-modelo: toda noite uma viatura, com fiscais e representantes da comunidade, vigiam o cumprimento da lei; 4) mais de 95% dos habitantes apóiam a lei; 5) com a queda da violência, Diadema virou pólo de desenvolvimento; 6) dados corroboram que a medida salva vidas — nunca uma pesquisa foi tão bem monitorada, até pela indústria do álcool.

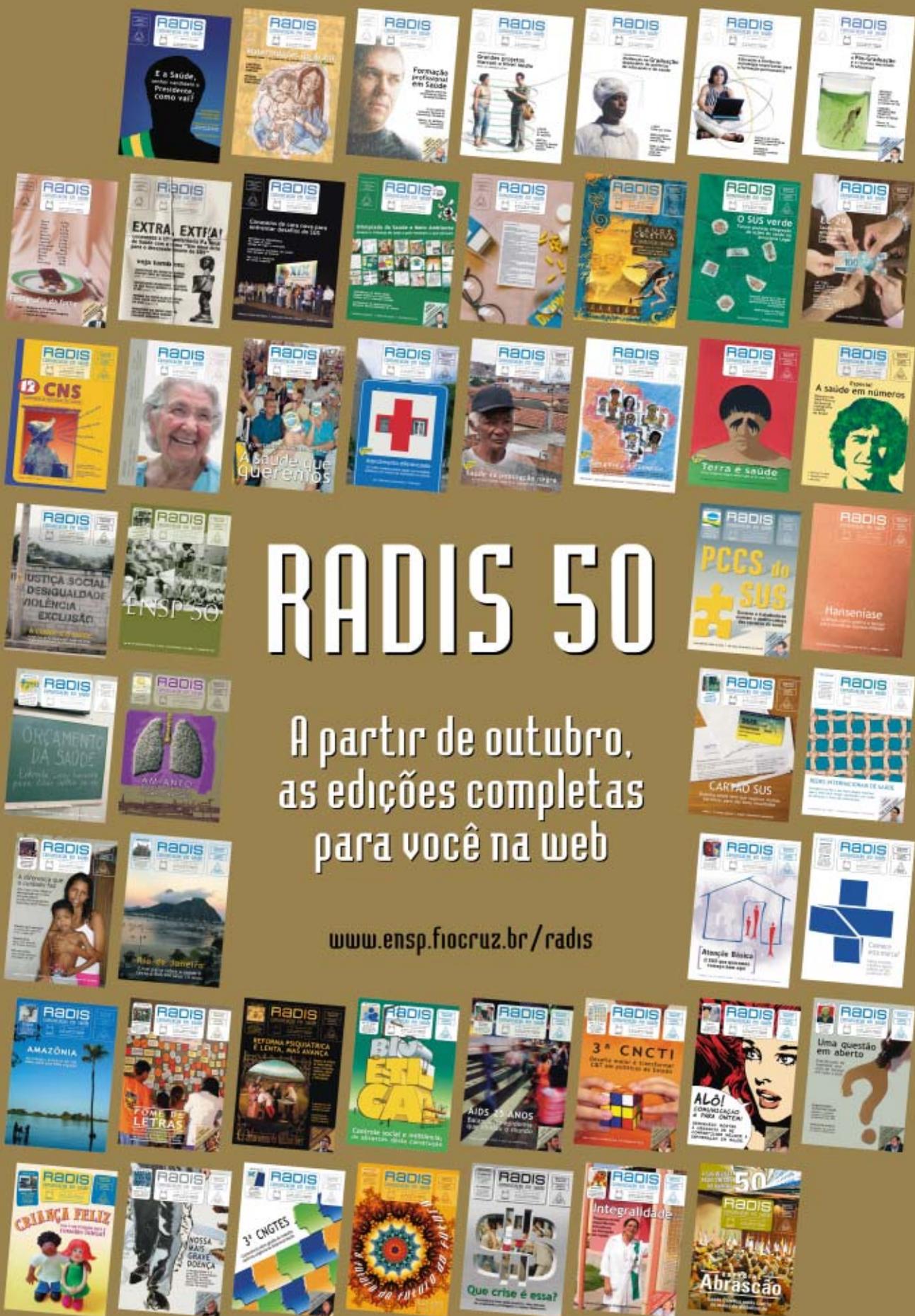
Quem ganhou não foi o prefeito e sua secretária de Defesa Social, que merecem o reconhecimento que angariaram. Ganhamos todos nós, que assistimos ao sucesso de uma política social consistente e barata.

Amídia precisa prestar atenção aos interlocutores de assuntos de interesse nacional. A indústria do álcool desenvolveu estratégia de financiamento de “institutos” para defender seus interesses. Não podemos deixar que esses interesses tomem conta do debate sobre saúde pública, violência e álcool. ■

Homicídios por 1.000 habitantes



* Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Londres, professor de Psiquiatria da Unifesp



RADIS 50

A partir de outubro,
as edições completas
para você na web

www.ensp.fiocruz.br/radis