

NESTA EDIÇÃO



**Entrevista:**  
**Alexandre Padilha**

O usuário no centro  
da proposta do SUS

**RADIS**  
comunicação em saúde

DESDE 1982

Nº 103 • Março de 2011

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

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



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP



FIOCRUZ

Mala Direta  
Postal

9912233515/2009-DR/RJ  
FIOCRUZ

...CORREIOS...



# O tripé da Seguridade Social



**Universalização se alcança com  
Saúde, Assistência e Previdência integradas**

# Cartilha orienta sobre direitos da mulher vítima de violência



REPRODUÇÕES: CARTILHA 'DIREITOS DA MULHER'

Katia Machado

A violência contra a mulher pode se dar de múltiplas formas, e reconhecê-las, muitas vezes, requer orientação. Segundo a Lei Maria da Penha (nº 11.340), criada em 2006, para coibir e prevenir a agressão às mulheres no âmbito doméstico, da família e em relação íntima de afeto, a violência pode ser de ordem física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. A cartilha *Direitos da Mulher*, publicada pela Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (Acnur), busca informar as mulheres sobre as diversas situações de violência de que podem ser vítimas e como se prevenir e obter ajuda. Resultado de parceria entre Acnur, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o guia, disponível na internet, também trata de direitos sexuais e reprodutivos e das formas de prevenção ao HIV/aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis.


Voltado tanto às vítimas de maus tratos quanto a pessoas que queiram atuar no enfrentamento à violência contra a mulher, a publicação busca

fazer frente a um cenário preocupante. Segundo dados trazidos em suas páginas, pelo menos uma em cada três mulheres ao redor do mundo sofre algum tipo de violência durante sua vida. O Brasil é um dos que mais sofre com a violência doméstica: 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas a esse tipo de agressão.

De acordo com a cartilha, ainda, a violência contra a mulher atinge indistintamente todas as classes sociais, raças e etnias, religiões e culturas, e os maus tratos produzem consequências emocionais devastadoras, muitas vezes irreparáveis, e impactos graves sobre a saúde mental sexual e reprodutiva da vítima. "Mais de 40% das ações violentas resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos", aponta a cartilha.

Com cerca de 30 páginas, organizado em tópicos enxutos e objetivos, o guia reúne, por exemplo, uma série de motivos pelos quais as mulheres ainda deixam de revelar episódios de violência a que são submetidas: ora porque costumam sentir-se envergonhadas e humilhadas, ou mesmo culpadas pela violência, ora porque temem por sua segurança pessoal e de seus filhos; muitas ainda esperam que o agressor mude de comportamento; outras creem que suas lesões e problemas não são importantes; e algumas querem proteger seu companheiro por motivo de dependência econômica ou afetiva. Há

ainda as que omitem casos de agressão devido ao medo de perder seus filhos ou porque pertencem a um contexto cultural ou social onde os abusos são tolerados ou mesmo compreendidos como *naturais*.

Na seção *Não acredite em tudo o que dizem e não diga o que todos dizem*, a cartilha busca desmontar crenças como a de que "mulher gosta de apanhar" ou de que "a violência contra a mulher é um problema só do casal". O texto ainda conceitua o que é violência contra a mulher, indicando em tópicos o que caracteriza cada uma das modalidades. A violência psicológica, por exemplo, se dá por humilhações, danos a animais de estimação e ameaças a pessoas queridas, entre outras formas. Já a violência patrimonial expressa-se por atos como a destruição, venda ou furto de objetos pertencentes à vítima. Orientações sobre como reconhecer que uma mulher está sendo vítima de ato violento, quais as formas de transmissão do HIV e o que fazer no caso de gravidez resultante de violência sexual também estão entre os temas abordados. 

O arquivo, em PDF, da publicação está disponível em [http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2011/Direitos\\_da\\_mulher\\_-\\_Prevencao\\_a\\_violencia\\_e\\_ao\\_HIV-AIDS.pdf](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2011/Direitos_da_mulher_-_Prevencao_a_violencia_e_ao_HIV-AIDS.pdf).

# Direito à proteção social

Você já leu e ouviu falar muito que saúde boa só pagando, que a previdência é deficitária e que programas assistenciais levam à acomodação. Pois nas próximas páginas encontrará propostas e argumentos diametralmente contrários a essa ladainha divulgada e incentivada pela mídia. Todo cidadão tem direito ao bem estar. Para isso existe o Estado e para isso ele cobra tributos da sociedade e das atividades econômicas. O conceito de proteção social é antigo e os modelos são muitos, desde a Alemanha do Século XIX. Este direito está inscrito na Constituição brasileira, no capítulo da Seguridade Social, e foi tema de recente conferência mundial, com a presença em Brasília de representantes de 98 países.

Aqui na revista há sempre exemplos de como a saúde pode e deve ser de qualidade para todos. Nesta edição, estudo de várias instituições reunidas pelo Ministério da Saúde mostra as condições de nascimento, adoecimento e morte da população brasileira – diretamente relacionadas a desigualdades por região, escolaridade, cor de pele, alimentação e modo de vida. Em entrevista sobre suas prioridades, o novo ministro da Saúde, Alexandre Padilha – sintonizado com o slogan do novo governo: “país rico é país sem pobreza” –, define que a saúde é fundamental para a promoção da cidadania e que não se reduz miséria sem promover a cidadania. Afirmo que há consenso de que a saúde precisa de mais recursos e que este é um debate “que o Congresso tem que fazer”.

Dinheiro é o que mais falta na Previdência, afirmam os economistas

liberais que querem transformá-la numa espécie de seguro, daqueles ruins, em que a conta final dá sempre menos para todos. O Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea) e o Tribunal de Contas da União (TCU) já defendem que essa insustentabilidade financeira é um mito. Especialistas respeitáveis sustentam que é viável montar um sistema solidário baseado nas necessidades sociais e não na capacidade contributiva de cada um.

Nos diversos países, é raro quando assistência social não é sinônimo de assistencialismo, clientelismo e políticas focais de inclusão ou limitadas a ações humanitárias pontuais. Difícil, mas necessário, é transformar em políticas públicas permanentes os projetos e ações pontuais e assegurar a todos o acesso aos direitos fundamentais que tornam digna a vida de cada cidadão.

Saúde, previdência e assistência. Há quem acrescente educação e trabalho a esse tripé. A seguridade “transfere renda, gera consumo e estabiliza a demanda”, lembra aos governantes a Organização Internacional do Trabalho. A discussão de políticas universais assusta porque “desafia a desigualdade inaceitável” acrescenta a representante do Zimbábue. E o “nosso problema não é só a pobreza, é a desigualdade”, completa Sônia Fleury, professora da Fundação Getúlio Vargas, em entrevista à *Radis*.

Que não reste dúvida: universal é para todos... todos mesmo.

Rogério Lannes Rocha  
Coordenador do Programa RADIS

## Comunicação e Saúde

- ♦ Cartilha orienta sobre direitos da mulher vítima de violência 2

## Editorial

- ♦ Direito à proteção social 3

## Cartum

- 3

## Cartas

- 4

## Súmula

- 5

## Radis adverte

- 6

## Toques da Redação

- 6

## Entrevista

- ♦ Ministro Alexandre Padilha: ‘O SUS tem que ser um projeto centrado no usuário’ 8



## Sistemas Universais de Seguridade Social

- ♦ Um olhar baseado nos direitos humanos 12
- ♦ O modelo brasileiro em foco 14
- ♦ Insustentabilidade financeira é mito 16
- ♦ Entrevista – Sonia Fleury: ‘Nosso problema não é só a pobreza, é a desigualdade’ 18



## Relatório

- ♦ Retrato da saúde dos brasileiros 19

## Serviço

- 22



## Pós-Tudo

- ♦ Risco climático, saúde humana e convenção do clima 23

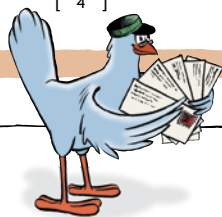
## CARTUM



SÉRGIO E. DE OLIVEIRA/ARTE SOBRE PERSONAGENS DO FILME 'O MÁGICO DE OZ'

Capa Dayane Martins sobre logo da 1ª Conferência Mundial sobre Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social.

Ilustrações Dayane Martins (D.M.) e Sérgio Eduardo de Oliveira (S.E.O.)



## CARTAS

### 'RADIS' 100

Queridos amigos, antes de tudo, quero parabenizá-los pelo fabuloso número 100 da *Radis*. Ficou muito bom!

Essa fã de carteirinha da revista fez ampla divulgação do número especial. Agradeço também o destaque em torno do nosso trabalho. Fazemos alta divulgação da *Radis*. Ministrei um curso para a nossa especialização em divulgação científica, cuja clientela principal é de jornalistas, e um dos eixos da aula foi o trabalho da *Radis*. Usei alguns números da revista para ilustrar formas de desenvolver o trabalho do jornalismo científico. O resultado foi interessante. Além do debate proveitoso, alguns deles começaram a acessar o link da revista.

♦ Luiza Garnelo, Manaus, AM

▣ *Cara Luiza, a Radis agradece o carinho.*

Parabéns pela 100ª edição desta revista magnífica. Adorei o encarte com todas as capas. Tenho a intenção de criar



um brinde para vocês, uma vez que sou inventora e vice-presidenta do Instituto Brasileiro de Inventores. Saudações polí cromáticas de excelentes resultados.

♦ Maryáh da Penhã da Sylva, comendadora benemerita, Rio de Janeiro

▣ *Cara Maryáh, a equipe agradece.*

Quero parabenizar a equipe por selecionar nossa experiência, aqui no Ceará, do projeto de radiodifusão *Agentes em ação*, e, acima de tudo, agradecer a oportunidade. No mais é dizer que a edição (*Radis 100*) tá super atrativa de ler, como sempre. Desejo que o sucesso se prolongue por muitos e muitos anos. Continuaremos fazendo a nossa parte, divulgando indiscriminadamente a revista e o seu excelente conteúdo. Abraços a toda a equipe, que por sinal foi um prazer conhecer, na apresentação feita pela *Radis*.

♦ Nei Alcântara Araújo, Canindé, CE

Que alegria comemorar o centésimo número da querida revista *Radis*. Sou assinante desde 1995 e leio todas as edições por inteiro. A revista

tem me acompanhando desde minha graduação e continua me formando nos diversos enfoques de reflexão que a área da Saúde proporciona. Mas tenho uma suave queixa a fazer: sinto falta de reportagens sobre planejamento familiar e neste caminhar por 100 edições, não me lembro de nenhuma matéria sobre o assunto. Fica a sugestão de uma matéria, ou quem sabe uma edição sobre como está a situação do planejamento familiar (ou não?) no SUS atualmente.

♦ Roberta Cavalcanti Lira, Sobral, CE

▣ *Cara Roberta, voltaremos ao tema, com certeza. Por ora, sugerimos que consulte a Radis 33.*

### MATERIAL DE APOIO

Gostaria de agradecer por estar recebendo a revista *Radis*. As edições têm me ajudado muito como material de apoio na universidade. Fico grata pelo carinho e o cuidado com que a informação chega a mim.

♦ Cristiane Motta, estudante, Rio de Janeiro

### PROGRAMA DE RÁDIO

Tenho muito interesse em receber essa importante revista que traz informação sobre comunicação e saúde. Sou comunicadora comunitária da rádio Curaçá FM, no interior da Bahia e, por estar sempre renovando a programação, gostaria de receber a revista para enriquecer o programa que faço, o *Tarde Alegre*. Ajude-nos a fazer uma comunicação diferente que chegue a todos. O site da rádio é [www.curacafm.org.br](http://www.curacafm.org.br).

♦ Delaides Rodrigues Paixão, Curaçá, BA

▣ *Cara Delaides, para receber as revistas, você deve entrar em nosso site ([www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)) e fazer seu cadastro. A assinatura é gratuita, mas sujeita a aumento de tiragem. Enquanto aguarda, você pode acessar a coleção completa da revista, em versão digital, no mesmo site.*

## 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 Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal  
Tiragem 71.500 exemplares  
Assinatura grátis  
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

### PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha  
Subcoordenação Justa Helena Franco  
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)  
Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lator, Bruno Dominguez (Milênio) e Patrícia Pimentel (estágio supervisionado)  
Arte Dayane Martins (subedição/Milênio), Natalia Calzavara e Sérgio Eduardo de Oliveira (estágio supervisionado)  
Documentação Jorge Ricardo Pereira,



Ministério  
da Saúde



Laís Tavares e Sandra Benigno  
Secretaria e Administração Onésimo  
Gouvêa, Fábio Lucas e Vitor Gomes  
Neto (estágio supervisionado)  
Informática Oswaldo José Filho

### Endereço

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

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119  
E-mail [radis@ensp.fiocruz.br](mailto:radis@ensp.fiocruz.br)

Site [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis) (confira também a resenha semanal *Radis* na Rede e o *Exclusivo para web*, que complementam a edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762

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

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

### NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

## SÚMULA

**REGIÃO SERRANA: MAIOR TRAGÉDIA NATURAL E SOLIDARIEDADE EM ALTA**

As chuvas que caíram na Região Serrana do Rio de Janeiro no começo do ano mataram ao menos 877 pessoas até 2 de fevereiro, representando a maior tragédia climática do Brasil em número de mortos. Segundo o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, a estação meteorológica de Teresópolis registrou 124,6 mm de chuva somente em 12 de janeiro, quase metade da média histórica, de 290,4 mm para o mês (Portal IG, 17/1).

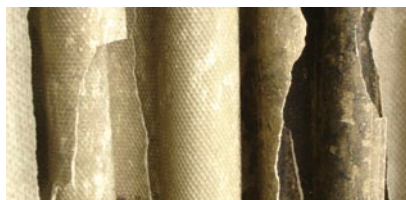
Dados das prefeituras e da Defesa Civil do estado indicam que quase 35 mil moradores da região tiveram suas casas destruídas ou precisaram abandoná-las. Teresópolis contava em fevereiro 9.110 desalojados e 6.727 desabrigados; Petrópolis e Itaipava somavam 6.223 desalojados e 191 desabrigados. Vinte e seis casos de leptospirose foram confirmados em Nova Friburgo.

As medidas para conter os efeitos da tragédia envolveram diversos setores. A presidenta Dilma Rousseff e o governador Sérgio Cabral visitaram as áreas atingidas pelas chuvas em janeiro (*Jornal do Commercio*, 14/1). A presidenta autorizou o saque do FGTS para os trabalhadores afetados e anunciou a construção de 6 mil casas populares para as vítimas. O Ministério da Saúde convocou profissionais de saúde para o atendimento emergencial e, em menos de três horas, 131 voluntários se apresentaram. A pasta disponibilizou R\$ 8,7 milhões para assistência hospitalar; kits de medicamentos e insumos, 30 mil frascos de desinfetante; 250 mil doses de vacina dupla contra difteria e tétano; material de orientação a população e aos profissionais de saúde, além de 15 ambulâncias avançadas e básicas.

Numa rede de solidariedade, foram recebidas, apenas pelo Corpo de Bombeiros do estado, 359.430 litros de água e 334 toneladas de alimentos não perecíveis e produtos de higiene pessoal, além de colchões, cestas básicas, cobertores, roupas de cama e toalhas para os abrigos, informou o *Portal da Saúde do RJ* (25/1).

Para o professor Luiz Pinguelli Rosa, diretor do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, faltam medidas básicas para prevenir a perda de vidas em casos de temporais com enxurradas e deslizamentos de terra.

Mas, segundo ele, não falta só prevenção, organização e política habitacional. "Aqui (no Brasil) não tem nem sequer um alerta", disse ao *Valor Econômico* (14/1). "Os governos estaduais e municipais mantêm sistemas de alerta (climático), inclusive partilhados com as empresas, mas nada chega à população".

**PROIBIÇÃO DO AMIANTO NÃO AFETA ECONOMIA**

Ao contrário do que prega a indústria, a proibição do amianto crisotila no Brasil não traria impactos econômicos significativos, segundo pesquisa do Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia (Neit) da Unicamp. As empresas já possuem tecnologia para substituir o material, informou *O Estado de S.Paulo* (4/1).

O estudo diz que a substituição do amianto crisotila, usado na fabricação de telhas e caixas d'água, não provocaria aumento de preço para o consumidor, já que a diferença de valor entre as telhas sem amianto e as com amianto não ultrapassa 10%. No caso da telha mais comum no mercado, o preço pode até ser maior quando o produto contém a substância.

Uma das pesquisadoras, Ana Lucia Gonçalves da Silva, explicou que os impactos econômicos negativos mais significativos recaem sobre o município de Minaçu (GO), onde está localizada a mina de extração do amianto. "Embora relevantes para Minaçu, esses impactos são pequenos diante dos enormes ganhos em termos da saúde dos trabalhadores e da população em geral, em todo o país", disse ao jornal. A exposição à "fibra que mata" está ligada a doenças como câncer de pulmão e fibrose pulmonar, como reconhece a Organização Mundial da Saúde.

O Instituto Brasileiro do Crisotila (IBC), que representa os produtores do amianto, contestou o estudo da Unicamp. Segundo a entidade, os produtos com amianto têm custo de produção 30% menor se comparados aos que têm a tecnologia alternativa. "O estudo se baseou em preços diretos ao consumidor, o que

é uma inconsistência", rebateu Marina de Aquino, presidente-executiva do IBC.

**VIOLÊNCIA: NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA**

A violência doméstica ou sexual entrou na lista de doenças e agravos de notificação obrigatória. Agora é obrigação dos profissionais de saúde e de estabelecimentos públicos de ensino notificar as secretarias municipais ou estaduais de Saúde qualquer caso do tipo que atenderem ou identificarem, noticiou a Agência Brasil (26/1). As novas regras constam da Portaria nº 104 do Ministério de Saúde, que também acrescenta à lista casos graves e mortes por dengue e casos de dengue tipo 4.

Apesar de já haver uma lei (10.778, de 2003) determinando que se notifiquem casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados, na prática, muitos profissionais de saúde só faziam a denúncia com a concordância dos pacientes — em casos envolvendo crianças e adolescentes, acionava-se o Conselho Tutelar.

**DANO INSTANTÂNEO PELO CIGARRO**

A fumaça do cigarro provoca danos à saúde em questão de minutos após a inalação e não somente após anos de exposição, como se acreditava, segundo artigo publicado na revista científica *Chemical Research in Toxicology*. O estudo detalha pela primeira vez a forma como certas substâncias presentes no tabaco causam danos ao DNA humano, informou *O Estado de S.Paulo* (18/1).

Há evidências de que substâncias nocivas presentes na fumaça do cigarro, chamadas hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (ou HPAs), seriam responsáveis pelo câncer de pulmão. O procedimento de pesquisa consistiu em adicionar um HPA específico, o fenantreno, a cigarros e depois monitorar o progresso da substância nos organismos de 12 voluntários que fumaram esses cigarros.

Entre 15 e 30 minutos depois de os voluntários terminarem de fumar, os HPAs se transformaram em outra química cujo dano ao DNA foi relacionado ao câncer, segundo *O Globo* (17/1). O efeito foi tão instantâneo que equivalia à injeção da substância diretamente na corrente sanguínea.

## 'DR. GOOGLE'

O Brasil ocupa o 5º lugar no ranking dos países onde mais se buscam orientações de saúde na internet. Usada por leigos e especialistas, a rede é meio de pesquisa de 86% dos brasileiros com acesso à internet por informações sobre remédios, doenças e diagnósticos baseados em seus sintomas. Os brasileiros ficam atrás apenas de russos (96%), chineses (92%), indianos (90%) e mexicanos (89%). Os dados são da pesquisa global encomendada pela seguradora britânica Bupa, informou a *Folha de S. Paulo* (5/1).

Se, por um lado, a internet tem facilitado o acesso às informações sobre como cuidar melhor da saúde e mudado a relação entre médico e paciente, por outro, esse processo traz riscos, como automedicação e autodiagnóstico, que podem piorar muito a condição do paciente, alertam os especialistas. Isso sem contar a grande quantidade de informações equivocadas ou incompletas que circulam pela rede. Um quarto dos brasileiros que acessou a internet em busca dessas informações admitiu não ter verificado se a fonte era confiável. As consultas virtuais podem levar uma pessoa a acreditar que tem uma doença quando, na verdade, sua condição é totalmente diferente. Segundo o presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz D'Avila, muitas vezes, os pacientes trazem para os consultórios sugestões de tratamentos sem saber que ainda são experimentais, não foram liberados pela vigilância sanitária ou não têm comprovação científica.

Também para Wilma Madeira, pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública da USP, apesar da autonomia que a pessoa adquire quanto à saúde e ao próprio corpo com tal facilidade de acesso às informações, é preciso tomar

cuidado. "Quanto mais informações, mais autonomia a pessoa terá para tomar decisões sobre a própria saúde. O risco é a confusão entre se informar e formar. Não posso passar pelo Google achando que estou passando por uma consulta médica", disse ao jornal.

## EMPRESA PÚBLICA PARA GERIR HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: POLÊMICA

A estrutura de funcionamento dos hospitais universitários sofrerá mudanças, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A medida provisória 520/2010, publicada em 31 de dezembro, estabelece prazo de 180 dias para a constituição da empresa pública com personalidade jurídica de direito privado – responsável por administrar as unidades hospitalares, regularizar a contratação de pessoal e prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial no âmbito do SUS (*Correio Braziliense*, 6/1).

A motivação principal é o cumprimento de acórdão do Tribunal de Contas da União, que determina a substituição dos terceirizados nos hospitais universitários – que atualmente somam 40% do quadro de funcionários. Os cargos serão inicialmente preenchidos por profissionais contratados temporariamente por meio de seleção simplificada, pelo período máximo de dois anos. Em seguida, a renovação do quadro funcional só poderá ser feita mediante concurso público.

"Além de regularizar os mais de 20 mil funcionários precários, os hospitais universitários precisam de mais 10 mil servidores", observou o presidente da Comissão de Hospitais Universitários da Associação dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior, Natalino Salgado Filho, reitor da Universidade Federal do Maranhão.

A administração da empresa ficará a cargo de um conselho administrativo, uma diretoria executiva e um conselho fiscal – não estão previstos mecanismos de controle social. A medida não foi bem aceita pelo Conselho Nacional de Saúde, que aprovou moção repudiando a MP. Para os conselheiros, a criação da empresa vai desvincular os hospitais universitários das instituições federais de ensino superior, com o comprometimento da formação dos profissionais que trabalham na saúde pública.

Na avaliação do CNS, a medida trará precarização da mão-de-obra, uma vez que estabelece outra relação de trabalho nessas unidades, e reforçará o processo de terceirização "segundo a lógica de mercado e tendo por princípio tão somente o cumprimento de metas, o que



**FALTA A LEI** – Circulou pelos principais veículos da mídia comercial e ganhou tom de comemoração a aprovação, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de novas regras para a reprodução assistida no país, publicadas em resolução no Diário Oficial da União (6/1). A nova resolução substitui texto de 1992 e tem como ponto principal a permissão para que homossexuais e pessoas solteiras acessem técnicas de fertilização artificial. O conselho ainda liberou o uso de sêmen, óvulo e embriões de parceiros já mortos, quando há autorização prévia. Se por um lado a iniciativa representa avanços, por outro, seu alarde acaba por camuflar uma necessidade premente: é preciso que se legisle sobre o tema. Afinal, o CFM não regula a sociedade; aponta normas éticas que devem orientar a prática de determinada categoria profissional – a dos médicos. Na própria resolução, questões delicadas ainda ficam no ar: embora se tenham tomado medidas cautelosas, tais como redução do limite máximo de embriões a serem implantados (mulheres de até 35 anos podem receber até dois embriões; de 36 a 39 anos, até três; acima de 40, até quatro) para evitar a prematuridade e o aborto que podem decorrer da gravidez múltipla; e vetos à retirada de parte dos embriões implantados com sucesso, bem como à seleção de sexo ou outra característica biológica do bebê, na prática, o controle é difícil.

é danoso ao processo de busca de qualidade nos serviços públicos de saúde”.

## AGROTÓXICO PROIBIDO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Ministério da Agricultura e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis decidiram retirar de circulação do mercado o metamidofós, princípio ativo de inseticidas utilizados nas culturas de cana-de-açúcar, soja e algodão (*Valor Econômico*, 18/1). Estudos toxicológicos apontam esse agrotóxico como responsável por prejuízos ao desenvolvimento



Para o coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB e integrante do Comitê Internacional de Bioética da Unesco, Volnei Garrafa, técnicas como a sexagem continuarão populares. “O Estado não tem controle sobre as clínicas de reprodução”, considerou ele, que foi mais longe. “Há um vazio legislativo criminoso relacionado a essa área”.

**INFORMAR E MOBILIZAR** – Voltou a circular na internet o passo a passo para se construir uma armadilha de garrafa pet para caçar o *Aedes aegypti*. A mensagem via correio eletrônico convidou o destinatário a repassar e divulgar. Sem questionar o mérito de iniciativas assim – o governo de Minas Gerais adotou a armadilha, em 2009, como forma de rastrear focos do mosquito da dengue –, vale um alerta para que não se perca de vista algo bem mais eficaz: a prevenção. Esta, no entanto, pressupõe envolvimento grande da população, bem como ação do poder público, por exemplo, acabando com os lixões e organizando mutirões para detectar espaços em situação de risco e recolher objetos que acumulem água. Se imperar a lei do menor esforço, acabam se destacando medidas como o *fumacê*, igualmente importante, mas que também entra em cena quando o mosquito já está instalado. A mensagem sobre a armadilha para o *Aedes* suscitou debate virtual entre dois usuários da internet – o biólogo mineiro Ivan Rocha, da Prefeitura de Belo Horizonte, e o geógrafo Zilton Rocha, articulador de redes sociais na Bahia. “Fazer com que todas as fêmeas botassem seus ovos exclusivamente nas armadilhas, sem remoção de inúmeros outros criadouros seria impossível”, escreveu Ivan, provocando em Zilton uma reflexão: “Será que se as pessoas

se mobilizassem para construir a armadilha para o mosquito, não seria uma forma de discutirem todas as outras, mais eficazes?”. A explicação de Ivan: “A fêmea do *Aedes* utiliza como estratégia reprodutiva a postura de ovos em vários locais (o que daria mais chances de sobrevivência da prole). Portanto, antes de ser capturada pela armadilha, ela já poderia ter colocado vários ovos no mesmo quintal, por exemplo”. E a convocação: “Dessa forma pessoal, não tem jeito... só com o manejo do ambiente (eliminando os inservíveis, tampando a caixa d’água, verificando o represamento nas calhas de água pluvial e acabando com toda sorte de locais passíveis de acumular água) é que talvez consigamos um controle da população desses mosquitos”.

#### FRUTO JORNALÍSTICO DA ‘RADIS’

– Os seis anos à frente de 72 edições da *Radis*, até dezembro de 2009, marcaram definitivamente os caminhos da jornalista Marinilda Carvalho, que, antes de entrar na revista, apenas conhecia “por alto” o movimento da Reforma Sanitária (ver entrevista na *Radis* 100). Além de se manter em dia com a política de saúde e os caminhos do SUS, manifestando seus pontos de vista críticos em diversos fóruns, Marinilda agora assina a coluna *SUS na Teia*, no portal colaborativo Teia Livre ([www.teialivre.com.br](http://www.teialivre.com.br)). “Estou emocionada que nem *foca* estreando em jornal!”, comentou na rede social Facebook, quando publicou o primeiro texto, em 29 de dezembro de 2010. A marca que ilustra sua coluna, reproduzida aqui, é do dentista Marcelo Marques de Mélo, e foi publicada na *Radis* 35. Com pouco mais de um mês na web, o *SUS na Teia*



já se destacou por seu espírito jornalístico, ao publicar em primeira mão carta do então presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, que estava no centro de um impasse quanto ao tempo em que deveria permanecer no cargo – se três anos, como indica decreto presidencial, ou um ano, como aponta o regimento interno da entidade. Foi na coluna de Marinilda – e a partir de uma provocação da jornalista – que Batista Júnior divulgou carta em que classificou de “ilegal e politicamente equivocada” a interpretação de que o mandato de presidente é de um ano (ver íntegra em [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis)).

**14ª CNS A CAMINHO** – A 14ª Conferência Nacional de Saúde começa a ser delineada. O tema é *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do povo brasileiro*. As etapas municipais se realizam de 1º de abril a 15 de julho, seguidas pelas estaduais, entre 16 de julho e 31 de outubro. De 30 de novembro a 4 de dezembro, realiza-se a etapa nacional.

**CORREÇÃO I** – Na matéria *Em nome do cuidado (Radis 101)*, a foto da professora Lilian Koifman, do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, foi trocada com a da pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da USP Lilia Schreiber. Ambas participaram do 10º Seminário Nacional do Projeto *Integralidade*, em outubro de 2010.

**CORREÇÃO II** – A Haztec Tecnologia e Planejamento Ambiental informa que passou a operar e a gerir a Central de Tratamento de Resíduos Sólidos (CTR) Nova Iguaçu, em 2009. Até então, o empreendimento era operado pelo grupo S.A. Paulista, como informou a matéria de capa da *Radis* 102.

embriofetal, segundo o site EcoAgência. O produto ainda apresenta características neurotóxicas e imunotóxicas e atua sobre os sistemas endócrino e reprodutor, conforme referências científicas e avaliação elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz. O metamidofós já foi proibido em outros países pelo seu elevado grau de toxicidade.

Empresas que ainda importam o princípio ativo e fazem a formulação têm até 19 de novembro deste ano para finalizar sua produção. Já a comercialização poderá ser feita no Brasil até 31 de dezembro de 2011. Em 30 de junho de 2012, o uso do metamidofós estará totalmente proibido.

#### NOVIDADE NO DIAGNÓSTICO DE TB

Uma nova forma de detecção da tuberculose foi desenvolvida pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia em parceria com a Faculdade de Medicina da UFRJ. O sistema Neural TB consiste em um programa de computador que ajuda o profissional da saúde a diagnosticar a doença. Um questionário detalhado é preenchido e, ao final, informa sobre a probabilidade de o paciente ter tuberculose. O Brasil é um dos 22 países que concentram 80% dos casos da doença. O projeto piloto do sistema Neural TB tem

apoio do Programa Nacional de Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde e já está em implantação em dez unidades de saúde do Rio de Janeiro, e em outros cinco municípios, informou *O Estado de S. Paulo* (17/1). “Os métodos tradicionais de detecção são caros ou lentos. A baciloscopia é rápida, mas só acerta 60% dos casos. Já a cultura do escarro, que tem acerto superior a 80%, leva 40 dias”, explicou José Manuel Seixas, um dos responsáveis pelo novo sistema.

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

## ENTREVISTA

Ministro Alexandre Padilha

**'O SUS tem que ser um projeto centrado no usuário'**

Adriano De Lavor e Bruno Dominguez\*

**M**édico infectologista com experiência na área de medicina tropical, Alexandre Padilha foi coordenador nacional de Saúde Indígena da Funasa, ministro chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, no governo Lula, atuante na coordenação política da gestão. Filiado ao Partido dos Trabalhadores, esteve na Secretaria de Assuntos Federativos (SAF) e integrou a coordenação das campanhas presidenciais de Lula e Dilma Rousseff. Em sua primeira visita oficial como ministro da Saúde à Fiocruz, Padilha concedeu entrevista coletiva aos veículos da instituição, na qual falou sobre a relação da saúde com o desenvolvimento do país, seguridade social, formação profissional e aproximação do Ministério da Saúde com os atores do controle social. Quinze dias após esta entrevista, Padilha foi eleito, em 16 de fevereiro, presidente do Conselho Nacional de Saúde.

**Em seu discurso de posse, a presidenta Dilma citou como áreas prioritárias do governo Educação, Saúde e Segurança. O senhor acredita que agora a saúde vai estar no centro da agenda de desenvolvimento do país?**

Tenho certeza absoluta da necessidade de a saúde estar no centro da agenda do país e do compromisso da presidenta com isso, mas acredito que essa não é uma obra só da Presidência, e sim do conjunto do país e de todas as pessoas do setor Saúde. Não é possível ser a quinta economia do mundo sem aproveitar ao máximo o potencial do setor econômico que mais investe em inovação e desenvolvimento tecnológico, que é a Saúde. Hoje em dia, 30% dos recursos de desenvolvimento, informação e pesquisa do país são dos vários segmentos da Saúde, seja o desenvolvimento de soros, medicamentos, vacinas, seja o



FOTO: PETER LICCIEV/FIOCRUZ

desenvolvimento de novas tecnologias e equipamentos, inclusive de atenção à saúde. O investimento em inovação e tecnologia da saúde sempre foi setor de ponta em outros países. Não há país, entre as maiores economias do mundo, que não tenha uma política específica de desenvolvimento em relação ao campo da saúde.

**Que outros desafios o país deve enfrentar?**

O segundo grande desafio do Brasil, ao se tornar a quinta economia mundial, é aproveitar ao máximo o esforço de redução da pobreza e da miséria como a principal estratégia de desenvolvimento econômico. O Brasil aprendeu ao longo desses últimos oito anos que investir, se esforçar e reduzir a pobreza e a desigualdade regional propiciaram a construção de um mercado interno muito pujante, com força econômica e capacidade de inclusão, em seis, sete anos, de uma gente inteira na economia. Isso constrói o Brasil com uma característica diferente da de outros países, que atrai o mundo inteiro.

**Qual o papel da saúde nesse cenário?**

A saúde é, em relação ao conjunto de políticas, um dos fatores decisivos para erradicação da miséria e da desigualdade regional. É importante para atrair investimento privado nos estados, para atrair profissionais liberais, profissionais de nível superior. Permanentemente, a saúde tem impactos diretos e indiretos na economia local. O impacto direto é o fato de a expansão da rede estar combinada com o crescimento de uma força de trabalho bem remunerada, que são os profissionais de saúde. Em várias cidades do país, o principal motor da economia local são os agentes comunitários de saúde, os enfermeiros, os auxiliares de enfermagem e os médicos. Há impacto em ampliar a rede pública de saúde: você faz com que as pessoas gastem menos para conquistar aquilo que é o direito fundamental, que é direito de todos. Sempre brinco com meus amigos que foram gestores municipais de cidades pequenas, lembrando que a cada equipe de Saúde da Família que ampliava a cobertura, pessoas paravam de vender

\* Colaborou Patrícia Pimentel (estágio supervisionado na Radis)



sua produção rural. Antes, elas tinham que vendê-la para se deslocar ou pagar o médico. Esse é um impacto direto. E ainda tem o fato de a ampliação do serviço de saúde ser algo fundamental para promoção da cidadania. Não se reduz a miséria do país sem promover a cidadania.

### **Uma das prioridades do governo Dilma é corte de gastos. Qual a sua expectativa em relação à Saúde?**

Tenho certeza de que a presidenta Dilma não vai fazer cortes em política social do governo. Pelo contrário, acho que ela tem como um desafio — que assumiu para si, com os ministros da área social, mas também os da área econômica e os responsáveis pela gestão do governo — que é fortalecer e expandir nossas políticas sociais. Isso tem a ver com recursos e com investimento. Acho que tem um sentimento de quem atua na área da saúde, de todos os partidos — em governos estaduais, municipais ou Governo Federal, nos espaços institucionais ou nos segmentos econômicos relacionados a saúde, movimentos sociais, associações de hospitais, as várias confederações de prestadores, trabalhadores e gestores —, de que a saúde precisa de mais recursos.

### **Como conquistar esses recursos?**

Nossa capacidade de ganhar mais recursos para a saúde será a nossa capacidade de mostrar que queremos aplicar num certo modelo de atenção que garanta acesso, atendimento de qualidade, que priorize a inclusão, a prevenção, a atenção básica, e, por outro lado, a nossa capacidade de gestão dos recursos a mais que vêm. Então, para mim, não existe uma dicotomia entre o debate de melhorar a gestão e garantir mais recursos. Estou absolutamente convencido de que a única forma de conquistarmos recursos para consolidar o SUS é darmos sinais claros de que temos maior capacidade de gestão sobre esses recursos. Quando falo de gestão, não estou falando somente de custo e efetividade, ou de fazer mais com o que nós temos, de reduzir custos onde tiver que reduzir. Falo também de fortalecer o modelo de atenção focado no usuário e que tenha a atenção básica como pilar. Falo da necessidade de que o processo de gestão garanta transparência para o conjunto da sociedade brasileira. O SUS só vai se consolidar no interior de uma aliança da sociedade brasileira. Isso significa transparência não só nos gastos, mas nas decisões. Tenho certeza de que vamos consolidar as políticas sociais do governo da presidenta Dilma e

temos grandes chances de obter, sim, mais recursos na Saúde.

### **Durante os últimos anos, o governo ficou dividido quanto à questão do financiamento. O senhor visualiza de que fontes pode vir o financiamento da Saúde? Qual sua expectativa em relação a isso?**

Para mim, pode vir da lua, de Marte, da Nasa. Esse é um debate que o Congresso tem que fazer. A agenda do desenvolvimento só vai se sustentar se, junto com o crescimento da economia, nós pudermos aumentar os recursos para a Saúde. A fonte é um debate que o Congresso tem que fazer. O debate que eu, como ministro da Saúde tenho que fazer, é qualificar a gestão do SUS para mostrar por que quero mais dinheiro e onde quero aplicá-lo. Esse é um desafio nosso. Só vamos conseguir mais recursos se conseguirmos mostrar que mais recursos serão bem aplicados e reafirmarão um novo modelo de atenção à saúde, e que, com o processo de aplicar os recursos,

**DEFENDO O SUS  
COMO PROJETO  
PÚBLICO, COM  
CONTROLE PÚBLICO  
PERMANENTE**

a gente reconstrói essa aliança com a sociedade. Acho que esse é meu principal esforço como ministro. De onde vem o dinheiro, é o debate que o Congresso tem que fazer.

### **A maioria do Governo no Congresso facilita essa perspectiva?**

Acho que sim, mas também acho que o debate mais importante para a Saúde não é só da base do governo. É também um sentimento dos partidos da oposição.

### **Um dos temas que têm mobilizado os movimentos sociais no campo da saúde é o que se tem chamado de privatização da saúde. Qual o seu diagnóstico sobre essa discussão?**

Não podemos fazer um debate ideologizado sobre isso. Quando fomos construir o SUS, esse debate apareceu: se o SUS tinha que ser só estatal ou se tinha que compreender a participação de várias modalidades de entes não estatais, sejam filantrópicos, hospitais universitários, o próprio setor privado credenciado. O movimento de Reforma Sanitária, naquele momento, compre-

endeu que o SUS não tinha que ser só estatal. Essa é uma primeira questão. Defendo o SUS como um projeto público, permanentemente público, que esteja voltado para o usuário e tenha controle público permanente. Hoje, a maior parte dos equipamentos de saúde do SUS é não estatal. Isso foi até maior no começo, logo quando se criou o Sistema Único de Saúde. Acredito que qualquer modelo gerencial tem que respeitar o conjunto de diretrizes do SUS. Inclusive em relação aos modelos estatais, porque tem muito modelo estatal que não é público; que não tem nada de controle social; onde os trabalhadores são menos valorizados do que trabalhadores que têm vínculo com fundações ou com organizações que não são necessariamente estatais. Por isso, acho que esse debate não tem que ser ideologizado, nesse sentido de confronto entre o estatal e o não estatal. O debate tem que ser o SUS como projeto público, voltado para o usuário, com controle social permanente, e onde processo de valorização do gestor e dos trabalhadores tem que existir. Para mim, o SUS tem que ser um projeto *usuário-centrado*: o centro sempre tem que ser o usuário, sempre o acesso. Não tenho bloqueio ou preconceito contra qualquer modelo gerencial. Desde o início, o SUS convive com organização não governamental, OS, hospital filantrópico, hospital particular credenciado. Para mim, não é esse o debate. Isso fez com que a gente ficasse anos e anos se distanciando do debate central, que é o SUS ser um projeto público, voltado para o usuário e para a ampliação permanente do acesso com qualidade para a população.

### **Quais são as prioridades para a educação e formação técnica de nível médio dos trabalhadores do SUS?**

Tenho dito que estamos construindo no Ministério da Saúde uma obsessão única que é o acesso de qualidade, em tempo adequado, para a necessidade de saúde das pessoas, com a qual todos os secretários e todos os eixos de atuação do ministério têm que dialogar. O centro do debate é: o Brasil tem que construir um planejamento estratégico para daqui a dez, 15, 20 anos, definindo que profissionais quer ter, onde quer que estejam trabalhando e que política de formação quer para garantir isso. Tem tudo a ver com formação.

### **E em relação ao ensino técnico...**

A modalidade do ensino técnico é fundamental, para qualificar um conjunto de trabalhadores que já estão no SUS e exigem qualificação e valorização dessa força de trabalho. A expansão da modalidade de ensino técnico — seja

no nível médio ou no nível superior – é fundamental para expandir cada vez mais o acesso aos serviços, numa realidade tão diversa que é o Brasil, com dificuldade de acesso geográfico, de novos serviços e equipamentos de saúde adequados às necessidades. Para expandir o serviço de saúde você tem que aproveitar cada vez mais a população que vive nessas realidades. A oportunidade maior de formação e valorização dos trabalhadores e inclusão dessas populações é através do ensino técnico. Ele é estratégico, mas tem que acompanhar o debate que nós vamos fazer com os profissionais do nível superior.

### Como será esse debate?

O Ministério da Saúde vai coordenar um debate sobre comissão de residência médica, juntamente com o MEC. Vamos fazer um grande mapa nacional para comparar a oferta de serviços de saúde que temos e as necessidades de saúde de cada uma das regiões sanitárias do país, cerca de 500, para ter um indicador permanente de avaliação de acesso. Dentro desse mapa, incluímos – e conversamos com o MEC sobre isso – a necessidade de profissionais e força de trabalho para cada uma destas regiões, para que se tenha um projeto estratégico que defina quais os profissionais que o Brasil quer formar (e onde). Isso deve ser guiado pelas necessidades de saúde articuladas pelo SUS, pelo ministério, no nível federal, e não que seja uma determinação exclusiva dos espaços de formação – escolas e instituições de ensino. A demanda tem que vir do setor Saúde.

### Como tratar de forma intersetorial os problemas de saúde decorrentes do desenvolvimento e resgatar o conceito e a prática da seguridade social no Brasil?

O conceito e a prática da seguridade social vêm sendo resgatados desde que o presidente Lula colocou as políticas sociais no centro da agenda política do país. Cada governo, em todos os níveis, deveria investir nas políticas sociais, que seriam decisivas para o desenvolvimento do país. Um estudo recente do Ipea demonstra que saúde e educação são as políticas que dão mais retorno para o crescimento do PIB. Todo o esforço que tivemos em criar uma rede de proteção social, com o SUS, a previdência pública, a partir do *Bolsa Família*, só reforça isso. A discussão sobre como o crescimento econômico e o desenvolvimento do país promovem a Saúde, ao invés de trazer novos impasses, é um desafio do setor da Saúde, mas também de outros setores econômicos. Não penso qualquer agenda de desenvolvimento que não tenha a

variável ambiental como algo central. Todos os atores econômicos começam a perceber mais fortemente isso. Temos um exemplo, de quando eu estava no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social – eu era ministro das Relações Institucionais – e coordenei a construção da posição brasileira na COP-15 (Conferência da ONU sobre Mudanças Climáticas), em Copenhague, Dinamarca. Fizemos com que a Confederação Nacional da Indústria (CNI), Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), Central Única dos Trabalhadores (CUT) e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) construíssem sua agenda ambiental. O conselho, que reúne da maior liderança empresarial à maior liderança dos trabalhadores, representante indígena e representante da academia, construiu um consenso sobre agenda ambiental. Esta variável ambiental está incorporada aos vários atores econômicos e sociais do país. Lógico que as divergências vão sempre existir, sobre se determinada obra ou

**A INCLUSÃO SOCIAL  
É POSITIVA PARA O  
DESENVOLVIMENTO  
DO PAÍS. VAMOS  
CONVIVER COM NOVOS  
RISCOS E NOVAS  
CONTRADIÇÕES**

projeto de desenvolvimento tem maior ou menor impacto ambiental. O fundamental é que, hoje, sob todas as ações do Governo Federal, nós não pensamos mais em plano de obra; pensamos em projeto de desenvolvimento.

### O senhor pode dar um exemplo?

Vou citar um exemplo que é polêmico e, por isso, faço questão de citá-lo: a usina de Belo Monte. Eu acompanhei de muito perto, por conta da minha atividade profissional, toda a expectativa daquela região em relação a existir (ou não) a usina de Belo Monte. Isso vem desde o final dos anos 80. Não tenho dúvida de que a grande oportunidade para aquela região enfrentar gargalos que existiam em relação ao saneamento ambiental, à formação na educação e à expansão dos serviços de atenção à saúde só são possíveis agora por conta do projeto Belo Monte. Combina um projeto de usina hidrelétrica que, numa reavaliação, reduziu e muito os impac-

tos ambientais, com US\$ 4 bilhões de investimento em saneamento, reestruturação da rede de saúde e educação. Em várias regiões do país, a oportunidade de enfrentar gargalos históricos do desenvolvimento e oferecer condições mínimas para as pessoas viverem (acesso a água tratada, tratamento de esgoto, saneamento, serviços de saúde e de educação) só é possível quando se faz dentro desses projetos de investimento. Essa é a melhor forma para enfrentar a contradição que sempre existirá entre crescimento econômico, preservação ambiental e promoção da cidadania. O Brasil, hoje, é um dos países que está no contexto do risco mundial de uma epidemia de obesidade. Isso, em parte, decorre da ascensão social, de as pessoas pararem de passar fome, começarem a consumir cada vez mais alimentos. Isso não é necessariamente ruim. A inclusão social é absolutamente positiva para o desenvolvimento do país e vamos conviver com novos riscos e novas contradições, fruto do processo de crescimento. O Ministério da Saúde tem papel decisivo nesse grande plano de combate à miséria que a presidenta Dilma estabeleceu como meta principal.

### No seu discurso de posse, o senhor falou da “obsessão” em melhorar a qualidade do SUS, inclusive com a diminuição das filas. Já existe um plano para isso, levando-se em consideração que nem o Canadá conseguiu resolver este problema?

O que eu falei foi exatamente isso. Tenho uma obsessão, que tem que ser projeto único do ministério, que é colocar no centro de qualquer processo de planejamento das decisões políticas de saúde a ampliação do acesso e acolhimento em tempo adequado à necessidade de saúde das pessoas. E reconhecendo que esse é um problema do mundo inteiro, dos nossos sistemas públicos nacionais, como também da saúde suplementar no Brasil. O fato de ser um problema não nos permite deixar de fazer com que isso esteja no centro do nosso planejamento. Quando pensamos em desenvolvimento tecnológico, temos que pensar em promoção do acesso. O investimento tecnológico que a Fiocruz desenvolve tem impacto decisivo no acesso, quando reduz custos, garante oferta de tecnologia, de insumos, de vacinas e medicamentos com que o SUS não teria condições de arcar se tivesse que adquirir do setor privado. Isso nós estamos fazendo com todas as unidades do ministério. Do ponto de vista nacional, da relação com os estados e municípios, a ideia é criar dois mecanismos que serão estru-

turantes para trazer o tema do acesso para o centro do planejamento entre União, estados e municípios.

#### **Fale sobre esses mecanismos...**

Primeiro, queremos ter um instrumento mais sólido na relação dos governos estadual, governo municipal federal. A ideia é criar contratos inter-federativos, onde se estabeleçam metas e compromissos muito claros. No centro desse contrato, estarão as estratégias e as opções que estado e município fazem para ampliar o acesso em tempo adequado. Para construir esse contrato, queremos mapear o Brasil em regiões sanitárias — e o próprio pacto de gestão já fez esse primeiro mapeamento. O objetivo é que, para cada realidade regional, você tenha o mapa sanitário, onde se possam comparar as necessidades de saúde e a oferta dos serviços. Outro momento estruturante é criar um indicador nacional de garantia de acesso. Estou conversando com instituições acadêmicas, institutos de pesquisa, municípios que já têm experiências com essa, para que tenhamos um grande indicador nacional, com sua base estadual, sua base regional e sua base municipal. Ele servirá para que a gente conheça uma linha das garantias de acesso que cada região oferece para a população e, a partir dos recursos e dos investimentos estratégicos, se possa avaliar a evolução desse indicador, inclusive premiar quem teve mais capacidade para ampliá-lo.

**Uma figura fundamental na atenção básica é o agente comunitário de saúde. A formação desse profissional é feita em três módulos. Em 2008, a Comissão Tripartite decidiu que o Ministério da Saúde só poderia financiar o primeiro módulo. Há interesse em retomar essa discussão?**

Há pleno interesse nisso. Vários estudos mostram que a qualificação do agente comunitário de saúde é um dos fatores decisivos para a qualidade do serviço de saúde, sobretudo na atenção básica. Precisamos é definir a estratégia e o aporte financeiro para garantir isso. Não acredito que você possa fazer isso sem fortalecer o ensino a distância e o ensino em serviço. As próprias instituições de formação têm que se reestruturar, estar mais próximas do serviço, pensar uma estratégia de tutoria para dar conta desse desafio. E fazer isso no conjunto da equipe. Um dos grandes erros das estratégias de formação para a atenção básica é pensar os componentes da equipe de forma isolada: cria-se um grande programa de capacitação e formação para agente e não se cria para os demais profissionais, inclusive

médicos e enfermeiros; ou não se garante estrutura e condições para que não haja grande rotatividade. Faz-se investimento em formação no profissional que não fica fixo naquela região.

**A presidenta Dilma apontou as UPAs como estratégia importante na organização do sistema de Saúde. O senhor destacou a promoção da saúde e a atenção primária. Uma crítica às UPAs é que elas contrariam a organização do sistema a partir da atenção primária. Como articular as duas ideias?**


Isso é fundamental na discussão que estou fazendo sobre acesso. Estou convencido — e a presidenta também — de que as UPAs são equipamentos que fazem parte de uma rede que combina a atenção de urgência e emergência com a atenção básica de saúde no Brasil. Só assim elas fazem sentido. Para mim, as UPAs complementam em parte o que nós chamamos de atenção primária em saúde, porque vão funcionar

**VAMOS CONSOLIDAR AS POLÍTICAS SOCIAIS DO GOVERNO DA PRESIDENTA DILMA E TEMOS GRANDES CHANCES DE OBTER MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE**

24 horas, ficam num certo território, onde há outros equipamentos de saúde, e funcionam como observatório da qualidade da atenção básica. Na UPA, você pode perceber se o perfil de atendimento revela ou não a insuficiência de resolutividade da atenção básica. Dependendo do perfil de atendimento, pode ser resolvido na atenção básica, aliviando a pressão das unidades de urgência e emergência. Por isso, é um equipamento fundamental. Nosso compromisso em implantar 500 UPAs no país vai estar permanentemente combinado a uma rede de urgência e emergência, que reúne UPA, Samu e central de regulação e requalificação das unidades de emergência. Estamos mapeando os pronto-socorros de referência no país (não são mais do que 200) para se ter um grande programa de qualificação. Combinado com esse esforço, nosso maior desafio hoje é a garantia de oferta de leitos clínicos

de curta e de média duração. Um dos motivos hoje para lotação das urgências e emergência do país é o fato de uma parte dos pacientes que já poderiam ter saído de um serviço de urgência e ir para um leito clínico, não ter oferta desse leito naquela região.

**Na gestão passada, houve distanciamento entre ministério e controle social. Este ano, teremos Conferência Nacional de Saúde. Como pretende retomar essa relação e fortalecer o controle social?**

Venho de uma experiência muito recente na condução do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Este ano é decisivo para o controle social e para o SUS. Nós não podemos reproduzir na 14ª Conferência Nacional de Saúde o mesmo cenário que encontramos nas últimas conferências. É preciso pensar metodologia: como se vai garantir a participação de milhões? Na 13ª, o relatório final tinha mais de 100 propostas. Cada uma representava um segmento ou um desejo pontual, todos muito legítimos, mas sem uma proposta estruturante para o SUS e usuários do SUS. Sugerí em um debate no Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, em vez de a conferência ter três ou quatro eixos, como vinha sendo construída, tenha eixo único. O Conselho concordou com o eixo único, orientador dos demais, que é o acesso com qualidade e tempo adequado para a necessidade das pessoas. Esse é um desafio do SUS e de toda a seguridade social. Outro esforço que precisamos fazer é afirmar o conselho como espaço de construção de uma agenda estratégica. Mesmo que a tarefa do conselho seja acompanhar as decisões da política de saúde, do gestor, ele tem que construir uma agenda estratégica, para poder ter maior papel de controle. Quando exerce o controle só em questões pontuais, perde sua capacidade de influenciar a política mais geral. O Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social mostrou essa experiência: teve papel decisivo para o governo Lula na construção da Agenda Nacional de Desenvolvimento. O CNS só consegue influenciar quando constrói um grande consenso sobre temas que envolvem todos os segmentos. A contribuição que quero dar ao conselho é no contexto de que a gente construa uma agenda estratégica para o SUS. Em segundo lugar, quero manter a política de formação e capacitação dos conselhos estaduais e municipais. É nessa prática de valorização e diálogo com o Ministério que a gente também valoriza o espaço de controle social. 

# Um olhar baseado nos direitos humanos

*1ª Conferência Mundial, realizada no Brasil, mobiliza governos e sociedade civil em debate sobre a universalização*



FOTOS: DIVULGAÇÃO 1ª CONFERÊNCIA

Representantes de 98 nações reuniram-se no debate sobre os sistemas universais de seguridade, caminho para que o poder público cumpra seu papel

Adriano De Lavour

O Brasil sediou, em dezembro de 2010, a 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Reunidas no centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, delegações de 98 países discutiram a construção de sistemas universais de seguridade social, os desafios da universalização e a necessidade de definição de agenda política e de estratégias de mobilização nacional e internacional em torno da questão. Aprofundar o debate sobre seguridade social era um compromisso do país, assumido em 2007, durante o 7º Fórum Social Mundial da Saúde, em Nairóbi, Quênia, como

observou a ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do governo Lula, Márcia Helena Lopes. Para ela, seguridade é “um tema que começa a ser caro para todos os países que querem que o poder público cumpra seu papel”.

A cerimônia de abertura do evento, realizada após apresentação do modelo brasileiro de seguridade social para convidados internacionais (ver box na pág. 14), revelou a expectativa dos participantes. O epidemiologista Armando de Negri (ver entrevista na Radis 90), integrante da comissão organizadora – na qual representa o Movimento de Saúde dos Povos – destacou a importância da-

quele espaço no cenário internacional para a defesa de um “olhar universalista baseado nos direitos humanos”, que garanta a qualidade de vida e a dignidade das pessoas.

Ele defendeu que o debate sobre o direito à saúde é a raiz de uma seguridade universal, capaz de responder a um conjunto de fatores determinantes

da saúde. Esta seguridade deve ser civil, garantindo acesso à justiça, à organização e à expressão de identidade, gênero, raça e etnia; e deve ser social e econômica, “fator

fundamental para viabilizar a proteção social”. O desafio, sustentou, é discutir o tema apontando para uma

*A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Artigo 194 da Constituição Federal)*



A indiana Kardi Kuppa: seguridade social é vítima do liberalismo econômico



Armando, da comissão organizadora: direito à saúde na raiz da universalização



Cheong Yi, das Nações Unidas: financiamento com os que podem, não com os mais pobres

diretriz política que afirma a lógica universalista da proteção social.

### LIBERALISMO ECONÔMICO

Armando de Negri criticou políticas econômicas compensatórias, que não garantem direitos humanos, e conclamou a criação de outra perspectiva, de "radicalização democrática", que não possibilite a mercantilização da proteção social. Apontou para uma discussão política, ética e filosófica sobre universalismo, "que desmistifique que é inviável economicamente".

A indiana Kardi Kuppa Hemalata, representante da sociedade civil internacional, disse que a seguridade social é vítima do liberalismo econômico e das forças do mercado, alertando que "crescimento econômico nem sempre se torna desenvolvimento humano". Ela lembrou que um dos contrastes do seu país era ter um número enorme de pessoas passando

fome, ao mesmo tempo em que figurava como grande produtor internacional de remédios.

Presidente da conferência, o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, classificou como de grande porte os desafios enfrentados pelo país, apesar de os projetos sociais e o crescimento econômico terem beneficiado todas as classes. Ele reconheceu que "gastamos menos do que gostaríamos na saúde". Segundo Temporão, dos países com sistema universal, o Brasil é o que gasta menos, percentualmente — um total de US\$ 150 bilhões, o que representa cerca de 8% do PIB, sendo 40% de recursos públicos e 60%, privados.

Temporão defendeu a saúde como espaço produtivo, com geração de emprego, renda e inovação, e assinalou êxitos do SUS, como o sistema de imunização, o programa nacional de combate à aids, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as ações de cooperação internacional. Ele disse esperar que o governo de Dilma Rousseff encare o desafio do financiamento para a saúde, que considera insuficiente e desigual. "O Brasil discorda radicalmente da cobrança de taxas para diminuir a demanda", afirmou.

### IMPERATIVO ÉTICO

Os programas de transferência de renda como forma de superar a desigualdade estiveram em debate no painel *As razões e oportunidades para a construção dos sistemas universais e seus imperativos democráticos e éticos*, apresentado pelo senador Eduardo Suplicy (PT/SP). São 17 programas na América Latina, onde "a desigualdade ainda é uma das maiores do mundo". Ele assinalou que é hora de reavaliar nossos sistemas de proteção, alertando que as políticas com-

pensatórias "não têm senso de futuro".

Ao se referir ao Bolsa Família, o senador destacou que o Brasil foi o primeiro país em que o Congresso Nacional aprovou lei introduzindo renda básica incondicional para o cidadão. Ele sugeriu que esta deveria ser uma prioridade de todos os países. "Há motivos para acreditar que as pessoas mais seguras são mais tolerantes e mais solidárias", justificou.

Ele defendeu que a renda básica no Brasil seja proveniente de recursos arrecadados com os impostos, de maneira que "quem tenha mais, mais contribua". Desta maneira, disse, seriam eliminados a burocracia, o preconceito contra quem recebe benefícios e o que classificou como fenômeno da dependência: "As pessoas deixariam de fazer coisas apenas para não deixar de receber seus benefícios".

A sanitarista Sonia Fleury (ver entrevista na pág. 18) afirmou que o principal imperativo ético da seguridade seria a construção de uma ordem política baseada no reconhecimento da igualdade, da diversidade e da liberdade dos indivíduos. Para isso, assinalou, é preciso enfrentar desigualdades e iniquidades. "Não há coesão social sem proteção social", disse, citando o sociólogo francês Robert Castel. Ela acentuou a necessidade de se resgatar o que há de tradicional na noção de comunidade, que se traduz em uma esfera pública igualitária e desprovida de privilégios.

Também inclui a soberania da Justiça, a afirmação dos direitos humanos, o direito à vida não subordinado ao direito à propriedade intelectual e "um sistema que proteja a vida de todos os tipos de risco da sociedade". Sonia conclamou para a formação de uma corrente de forças que garanta a solidariedade como princípio.



Batista Júnior: enfrentar o discurso de que não há como bancar um sistema de proteção social



Ela destacou que a América Latina teve sistemas de proteção social pioneiros no mundo, “muito antes da social democracia”. Destacou os exemplos do Chile, do Brasil e da Colômbia. “Houve grandes avanços na inclusão social. Na estratificação, não”, criticou.

## EDUCAÇÃO

Ministra do Desenvolvimento Social do Uruguai, Marina Arismendi defendeu a integração das políticas de proteção social de todo o continente com base na educação. “É necessário pensar a educação como exercício de cidadania”, disse, ao narrar o exemplo uruguaio, no qual a construção de um Estado de bem estar não prescindiu de investimentos na educação, para evitar que a seguridade social se transformasse em ferramenta de clientelismo político.

A professora Aldaíza Sposati (PUC-SP) destacou o aspecto ético de se defender o universalismo, no início do terceiro milênio. Não como utopia, ressaltou, mas na prática, como “expressão histórica que supõe engenharia institucional, relação entre Estado e mercado e mediação de sujeitos políticos”. Ela salientou que o universalismo não pressupõe apenas igualdade, mas também equidade e solidariedade. As respostas não podem se basear na homogeneidade, mas levar em conta as necessidades das minorias.

## DESAFIOS

A necessidade de reconhecimento das particularidades culturais, históricas e de desenvolvimento econômico na construção de sistemas diferenciados foi discutida no painel *Os desafios para alcançar a universalização da Seguridade Social*, pela professora Ivanete Boschett (UnB), representante do Conselho Federal de Serviço Social. Ela observou que não é possível universalizar as políticas a partir da lógica *keynesiana* – baseada nas teorias do economista britânico John Maynard Keynes (1883/1946) – dos países capitalistas centrais, que se apoia no seguro social e é contributiva, isto é, voltada aos que contribuem.

Ela expôs como alternativa o modelo *beveriano* (criado em 1941, por um alto funcionário do governo britânico, Lord Beveridge, para quem a seguridade social deveria se dar do berço ao túmulo), não contributivo, onde benefícios e serviços se baseiam nas necessidades sociais. Na América Latina, disse, a lógica do seguro deixa de fora boa parte da população e precariza as relações de trabalho.

Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à época da conferência, Francisco Batista Júnior propôs ampliar o espectro da seguridade social, abrangendo-se educação e trabalho. Referendou a ampliação e qualificação de espaços para o conselho social e o enfrentamento do “discurso unânime da mídia, que insiste que não temos condição de bancar um sistema de proteção social”.

Para Batista Júnior, o grande problema é a especulação financeira em detrimento de investimentos sociais.

## PADRÕES DE UNIVERSALISMO

Victor Báez, representante da Organização Sindical Internacional (ORIT), reforçou o que defendeu Batista Júnior. “Os trabalhadores já sabiam que essa

# O modelo

Antes da abertura oficial da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, um painel formado por ministros do governo Lula, que se encerrava, apresentou aos convidados internacionais um balanço sobre as ações brasileiras na área de seguridade social. O ministro do Trabalho e Emprego, Carlos Lupi, defendeu o emprego formal como a maneira mais segura de se fazer distribuição de renda. Em oito anos de governo, 15 milhões de brasileiros passaram a ter empregos formais. “Saímos de 26 milhões de empregos, em 2002, para 40 milhões agora”, disse. Ele lembrou que o trabalhador brasileiro também teve aumento real de 67,45% no salário, o que aqueceu o mercado interno e possibilitou a superação da crise econômica de 2009.

Lupi tratou ainda dos recursos arrecadados anualmente pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) – cerca de R\$ 230 bilhões –, fundamentais quando o trabalhador perde o emprego ou se aposenta, e também estratégicos para investimentos como o projeto *Minha casa, minha vida*. O ministro também falou do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no patamar de R\$ 165 bilhões, “responsável por programas sociais”, e destacou o *Seguro Desemprego* que atendeu 48 milhões de trabalhadores ao ano. “É pela mão do trabalhador que se constrói a seguridade social”, defendeu.

## INCLUSÃO SOCIAL

Carlos Eduardo Gabas, na época ministro da Previdência Social, lembrou que o Brasil fez mudanças estruturais nos últimos oito anos. Gabas

explicou que o modelo de proteção social brasileiro é fruto de reivindicações da sociedade incorporadas pela Constituição de 1988, e reúne saúde, previdência e assistência social. As três políticas, integradas e participativas, são importantes na minimização e erradicação da pobreza e na inclusão social, e refletem a resistência a um modelo de captação pura. “Este modelo não é concebido a partir de algo que vem de fora”, explicitou o ministro, salientando que ele é adequado aos desafios que a sociedade brasileira enfrenta. Fazem parte dele, explicou Gabas, as políticas assistenciais – de ações afirmativas, de inclusão social e de combate à fome e à miséria –, as políticas de proteção previdenciária (com benefícios pagos também a oito milhões de trabalhadores rurais) e ainda a política coordenada de fundos de pensão – ou previdência capitalizada. “Defendemos o regime de capital fechado, que não visa ao lucro”, declarou.

O ministro explicou que o sistema de “poupança interna” rende R\$ 1,5 trilhão, recurso que pode ser utilizado em investimentos de longo prazo sem a dependência externa. A preocupação, disse, é incluir 28 milhões de pessoas que saíram da miséria e criar uma classe média de consumidores. “O Brasil foi um dos últimos países a sofrer com a crise e um dos primeiros a voltar a crescer”.

## NOVAS TECNOLOGIAS

Para continuar crescendo, ele aposta que é necessário investir nas novas tecnologias, com o compromisso de distribuir a renda. Para isso, propôs a criação de piso básico de proteção social, já discutido na Organização Internacional do Trabalho (OIT), “única maneira de incluir



crise é também social, trabalhista, ambiental”. Ele criticou a terceirização das relações de trabalho, que “enfraquece os sistemas de seguridade social”.

Donald Moulds, representante do governo americano, explicou que seu país aprovou recente reforma na seguridade social, o que modificará a legislação até 2014. As mudanças incluem maior regulamentação das

empresas que prestam os serviços de seguridade social, melhorias na qualidade, aumento na cobertura e maior eficiência dos serviços de saúde.

l Cheong Yi, representante das Nações Unidas, explicou que o ideário neoliberal separou a questão social da econômica, e que essa mudança prejudicou os avanços em busca da seguridade social universal. “A segu-

ridade tem que ser financiada pelos que podem, e não pelos mais pobres como ocorre em muitos países atualmente”. Cheong destacou que países da Ásia e da América Latina podem definir os padrões de universalismo. “O mercado não é a única solução e países como o Brasil têm boas experiências baseadas na área social, como o Bolsa Família”.

## brasileiro em foco

pessoas, distribuir renda e melhorar o diálogo com a sociedade”.

Márcia Bassit, à frente, então, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, representando o ex-ministro Temporão, lembrou que não foi fácil incluir a proteção social no texto constitucional e destacou os avanços do SUS, também instituído pela Constituição. A secretária observou que o país vive momento de transição demográfica, com crescimento do número de idosos, o que exige investimento em novas tecnologias

**Só com mobilização social e pactuação mundial garantiremos o acesso à saúde que o Estado tem obrigação de oferecer**

MARCIA BASSIT

em saúde. Além disso, assinalou, 75% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS. “Antes, só tinham direito à assistência os empregados que contribuíam para a Previdência Social”.

Ela observou que o novo modelo de atenção à saúde inaugurado com o SUS rompeu com o conceito de cidadania “que vinculava direitos sociais à inserção no mercado de trabalho” e trouxe a gestão compartilhada, o acesso universal, integral, igualitário e gratuito. O SUS movimenta R\$ 160 milhões, responde por 10 milhões de empregos diretos e “atende do procedimento mais simples ao transplante de órgão”.

Márcia explicou que o país encara a saúde como fonte de desenvolvimento econômico e social, e defendeu aumento no orçamento da Saúde, de R\$ 65 bilhões — “Fazemos um milagre a cada dia” —, destacando que as ações não se limitam à assistência e incluem prevenção, promoção, vigilância sanitária e vacinação.

### NÚMEROS DO SUS

Dentro do “contexto de resgate” do programa *Mais Saúde: direito de todos*, dividido em oito eixos — promoção e atenção à saúde, saneamento, vigilância, controle social, cooperação internacional, complexo produtivo e industrial e monitoramento de indicadores —, Márcia Bassit apresentou números relacionados ao SUS: 367 mil leitos oferecidos; 1,4 milhão de profissionais de saúde; mais de 20 mil transplantes de órgãos e de 31 mil equipes na Estratégia Saúde da Família, que beneficia 99,8 milhões de pessoas. Contabilizou, ainda, 243 mil agentes comunitários de saúde (ACSs) no país, beneficiando 119 milhões de habitantes, 20 mil equipes do programa *Brasil Sorridente*, 19,4 milhões de consultas de pré-natal, em 2009, e 1,5 mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), entre outros números.

“Somente com mobilização social e pactuação mundial conseguiremos garantir o acesso à saúde que o Estado tem obrigação de oferecer”, assegurou.

### ASSISTÊNCIA E ASSISTENCIALISMO

Para a então ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Márcia Helena Lopes, falar sobre sistema unificado de seguridade significa assumir um compromisso ético e político de transformar em políticas

públicas ações, programas e projetos pontuais; universalizar o acesso aos direitos fundamentais, compreender a diversidade, traçar diagnósticos, definir responsabilidades e a participação de cada setor da sociedade.

“No Brasil, lutamos por uma norma jurídica para que o Estado assumisse esse compromisso, integrado e articulado com as demais políticas transversais de desenvolvimento econômico e social”, assegurou. Ela citou o artigo 194 da Constituição Federal, que define seguridade social — “um conjunto integrado de ações do poder público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” — como um meio de avanço da democracia no país.

Márcia Lopes salientou que o que unia os países participantes da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social era “o patamar incontornável de garantia de bem estar dos povos”, a partir da reconstrução de estratégias e metodologias em prol de uma rede de serviços públicos de qualidade, garantindo tratamento digno e universal. “Ações humanitárias não podem substituir a responsabilidade pública do Estado”, assinalou.

O desafio, disse, é superar a ideia de que assistência social é assistencialismo. Ela citou políticas sociais como Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, “que garante acesso, aperfeiçoamento na produção, abastecimento e consumo de alimentos”, e o programa *Fome Zero*, que integra todas as ações de combate à fome. Para Márcia Lopes, a conferência é fundamental para defender estratégias de implementação dos sistemas universais e para compreender o papel de cada agente público na área de seguridade social.



# Insustentabilidade financeira é mito

Bruno Dominguez

A ideia de que os sistemas universais de seguridade social são insustentáveis financeiramente é um mito, concordaram os participantes da conferência. As barreiras para a construção e a expansão de sistemas desse tipo não estão no campo econômico, e sim no campo político.

O discurso da *crise* do sistema previdenciário teve suas origens na corrente neoliberal, sendo difundido pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional para os países da periferia, descreveu em estudo a pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Denise Lobato Gentil.

A “falência” e a “incapacidade futura” da previdência pública têm sido relacionadas ao envelhecimento da população em função de aumento da expectativa de vida, baixa taxa de natalidade, elevação do salário mínimo, aumento do valor médio dos benefícios previdenciários, aposentadoria precoce, renúncia de receita, sonegação e evasão fiscal e custos administrativos altos.

No Brasil, governo e oposição afirmam em uníssono que a previdência é deficitária, argumento usado para defender reformas que fatalmente culminam na restrição de direitos de aposentados e pensionistas. “É necessário considerar que os números utilizados para avaliar a situação financeira são normalmente enganosos e alarmistas”, avalia Denise.

Relatórios recentes do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Tribunal de Contas da União indicam que o sistema de seguridade social brasileiro é, ao contrário, superavitário. A análise do TCU afirma que a seguridade social teve superávit de R\$ 7,9 bilhões em 2008. Mesmo com o desvio de até 20% de seus recursos por meio da DRU (Desvinculação das Receitas da União) para a composição do superávit primário e o pagamento da dívida pública, o sistema gera receita.

Nas palavras da pesquisadora, de um lado, a política econômica sobre-



Maurício, da Colômbia: política reparadora leva a altos gastos, monopólios e serviços ruins

carregou o sistema de seguridade social com a precarização das condições de vida da classe trabalhadora e, de outro, usou o sistema como fonte geradora de receita para produzir o ajuste fiscal e a transferência de renda em favor de proprietários de títulos públicos.

## CONTRA-EXEMPLO BRASILEIRO

Na sessão temática *A desconstrução do mito da insustentabilidade financeira da universalização da Seguridade Social: justiça tributária e (re)orientação do gasto fiscal*, Denise destacou a política intencional de redução da pobreza e da desigualdade levada a cabo no governo Lula. Para ela, o Brasil deu um contra-exemplo às teses neoliberais, provando que redução de tributos somada a aumento de gastos sociais pode acelerar o crescimento econômico.

“O investimento num sistema de seguridade mais sólido não resultou em dificuldade fiscal, mas em melhor situação fiscal, porque dinamizou a economia pelo consumo das famílias, pela formalização do emprego, pelo reajuste real do salário mínimo sem aumento da inflação, pelo aumento da arrecadação sem aumento de carga tributária (com desoneração de IPI e fim da CPMF)”, citou.

E o país ainda registrou crescimento da renda per capita em todas as faixas, mas especialmente entre os 10% mais pobres, o que levou à redução da pobreza extrema e da pobreza.

Denise, do Ipea: números que avaliam situação financeira podem ser “enganosos e alarmistas”



“Navegamos na contramão da Europa e de parte da América Latina: enquanto eles desmontam seus sistemas, a gente constrói”, comparou.

Na Colômbia, por exemplo, a tendência é que a previdência deixe de ser um instrumento do Estado para garantir direitos, passando a ser agenciada por instâncias privadas sob o argumento de conter gastos e aumentar a eficiência na execução dos recursos.

Maurício Molina, do Movimento pela Saúde e Seguridade dos Povos da Colômbia, lamentou que os recursos para a previdência no país sejam destinados prioritariamente ao pagamento da dívida dos bancos e gastos com exército. Na política fiscal, ao isentar investidores de impostos, em vez de gerar emprego, o Estado tem constatado um resultado bem diferente: a precarização do trabalho e a queda de arrecadação.

“No lugar de uma política universal, equitativa e solidária, a tendência é haver uma política mais do tipo reparadora do modelo de desenvolvimento, fragmentada e segmentada”, avaliou. A transferência de responsabilidade pela execução dessas políticas para agentes de mercado vem se provando problemática, na opinião dele: como os mecanismos de regulação não funcionam, verifica-se o enriquecimento desses agentes. “O resultado são grandes monopólios, com altos gastos e serviços ruins”.

Molina observou que a discussão sobre a sustentabilidade do sistema







Helmut, da OIT: seguridade transfere renda, gera consumo e estabiliza a demanda



Rene, do Zimbábue: discussão sobre políticas universais desafia desigualdade inaceitável

de seguridade social não deve estar vinculada somente a questões como financiamento e responsabilidade pela execução, mas, principalmente, ao nível de interferência da população nesse sistema — portanto, à própria democracia.

O comprometimento dos estados com a democracia, permitindo a intervenção da sociedade nas decisões, aliás, foi um dos sete desafios apontados pelo francês Bernard Teper, do Fórum de Saúde Internacional, para que se alcance a universalização da seguridade social no mundo. Anteriormente, já havia citado o financiamento: muitos países não têm sequer recursos suficientes para criar sistemas desse tipo, decorrência da concentração de renda em nações ricas — que tende a se manter ou se acentuar.

O terceiro desafio citado é reformar a Organização Mundial da Saúde, que, na visão dele, sofre com um forte conflito de interesses — “há na direção poderosos representantes da indústria farmacêutica e dos seguros privados, o que coloca em risco a defesa do interesse público”. A esse, juntou-se a necessidade de criar um programa mundial de distribuição de medicamentos para países pobres.

O quinto, que seria repetido em muitos outros debates da conferência, é estabelecer sistemas em que se garanta o acesso de todos, independentemente de sua capacidade de contribuição — “cada um deve contribuir como pode, mas receber por igual”. Aos governos, indicou, ainda deve caber a tentativa de aumentar a formalização do trabalho.

Finalmente, Teper alertou para a impossibilidade de superar esses desafios anteriores sem mudar a lógica econômica. “Se o mundo continuar sendo

liderado pela Organização Mundial do Comércio, pelo Banco Mundial e pelo FMI, a lógica financeira vai dominar a lógica da saúde”, disse.

### TUDO PARA TODOS

No painel *Os caminhos políticos para a construção dos Sistemas Universais: a definição da agenda política e as estratégias de mobilização*, o representante da Organização Internacional do Trabalho Helmut Schwarzer foi além: os sistemas universais não só não são insustentáveis como fazem bem à economia dos países. A seguridade transfere renda, o que gera consumo e estabiliza a demanda. “Durante a crise financeira internacional, as nações com previdência avançada puderam se reequilibrar mais rapidamente”, afirmou.

Os estados ainda se beneficiam com a redução da pobreza e a desconcentração de renda, bens públicos que trazem coesão social e estabilidade, necessários para qualquer projeto de desenvolvimento sustentável.

Veio do coordenador da conferência Armando de Negri a afirmação de que “as barreiras não estão no campo econômico, mas no campo político”. Ele convocou os participantes a batalharem de forma mais ousada pelos sistemas universais de seguridade social. “Nós aceitamos que nossa luta é uma luta de resistência, quando deveria ser de rompimento radical”, criticou.

Tocando fortemente na questão da participação popular, Armando disse acreditar que a incidência política dos movimentos sociais está dividida em inúmeras frentes, faltando um ponto de convergência. Sugeriu como bandeira única o acesso de todos a iguais benefícios segundo sua necessidade,

imediatamente. “Podem dizer que é impossível, mas a reivindicação direciona a luta e estabelece um caminho em direção à perspectiva desejada, a mudança radical”.

Aos movimentos, indicou, cabe contribuir para o processo de construção de agendas políticas, para que essas agendas sejam apropriadas por sociedade e governos. Com esse rumo afirmativo estabelecido, se passaria a rever questões como sistema tributário, execução pelo Estado, oferta de benefícios, modelo de desenvolvimento.

### ARTICULAÇÃO DOS DIREITOS

A unificação nessa batalha, observou Armando, deve se dar pela defesa de direitos universais, integrais e equitativos, com vistas à igualdade — “direitos em sua totalidade, e não fracionados”. A compressão articulada permite uma resposta frente ao processo atual de desarticulação dos direitos, baseado em uma lógica contrária à da inclusão social. “Ao questionarmos o fracionamento dos direitos, questionamos o fracionamento das estruturas de Estado”.

Armando defendeu que os sistemas não ataquem as vulnerabilidades, porque desse jeito segmenta-se a população e permite-se que se deem respostas diferentes para cada grupo populacional. Na seguridade ampliada, disse, deve se atacar a determinação social. “A política de vulnerabilidade resolve questão pontual, não estrutural, e precisamos afetar a estrutura”.

Para ele, os movimentos sociais precisam do poder da palavra e o poder da proposta para representar a sociedade e modificar a realidade, tendo como núcleo legítimo a justiça social. A tarefa é desfragmentar os movimentos sociais e buscar a reforma do Estado de modo a promover o desenvolvimento social. Citando o sociólogo português Boaventura de Sousa Santos, lembrou que “democracia sem justiça social é mera formalidade”.

Rene Loewenson, do Centro de Apoio à Pesquisa no Zimbábue, observou que a discussão sobre políticas universais é difícil justamente porque desafia a desigualdade inaceitável. No leste e no sul da África, exemplificou, há importantes riquezas, mas uma população inquestionavelmente pobre — que sofre com epidemia de aids, desnutrição, baixa escolaridade, desemprego. “É inaceitável que o país onde você vive determine sua condição social”, disse.



Entrevista: **Sonia Fleury**

# “Nosso problema não é só a pobreza, é a desigualdade”



Adriano De Lavour

**D**outora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), psicóloga e mestre em Sociologia, Sonia Maria Fleury Teixeira participou ativamente da luta pela democratização do país em instituições como o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que atuaram na formulação do projeto da Reforma Sanitária e criação do SUS. Consultora da Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração do capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição de 1988, Sonia é professora titular da Fundação Getúlio Vargas, e tem mais de 100 artigos publicados em livros e revistas científicas no Brasil e exterior. Em um dos raros intervalos que teve durante a 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, ela atendeu a *Radis* e falou sobre proteção social no Brasil e na América Latina e sobre a ousadia latino-americana na formulação de projetos em seguridade.



## **Que contribuições a América Latina tem a oferecer na área da seguridade social?**

Em primeiro lugar, ter tido a ousadia de formular projetos generosos e solidários em vários aspectos, no momento em que já estavam em crise modelos dos países ricos. Cuba e Costa Rica fizeram isso antes, mesmo sendo pobres ou emergentes, o que demonstra que é preciso mais vontade política do que política econômica. Ao contrário de outros países que, mesmo vivendo experiências muito importantes de reformas e de inclusão social, só estenderam suas reformas ao limite do combate à pobreza, ineficientes para combater desigualdades.

## **Muitas análises apontam para a transversalidade nas ações...**

O modelo setorial e disciplinar de políticas sociais é cada vez mais limitado. A população vive problemas holísticos, enquanto a política disciplinar separa estes problemas. Isso se traduz em ações pouco efetivas. De cada dez idosos no país, oito estão cobertos pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC). Pesquisa demonstrou o que eles fazem com o dinheiro: comem melhor e compram remédios, ou seja, dá por um lado e tira de outro. A transversalidade deveria incluir a política fiscal e tributária, que operasse com um sistema regressivo: para quem ganha menos de dois salários mínimos, a carga tributária é de 50%; para quem ganha mais de 10 salários, a carga é de mais ou menos 30%. É uma perversidade. Grande parte do dinheiro volta para o governo em forma de impostos.

## **A senhora acredita na inclusão pelo consumo?**

Essa é uma visão idealista de que as classes C e D são a nova classe média, porque consomem melhor. Não sairão disso se não tiverem escola de qualidade, e seus filhos terão condições de saúde sempre piores do que os filhos das outras classes. Isso é bom para o mercado, mas não para a cidadania. É incluir, mas manter sempre desiguais. Nosso problema não é só a pobreza; nosso problema é a desigualdade. Não conse-

guiremos resolvê-lo com uma escola de péssima qualidade. Ou se tem política de qualidade universal ou não se tem. O problema da desigualdade é não colocar os indivíduos em condições de igualdade para competir.


## **Qual a sua opinião sobre o Programa de Renda Mínima proposto pelo senador Eduardo Suplicy (PT/SP)?**

Não tenho a fé nesta proposta que o senador Suplicy tem. Seria uma boa solução de combate à pobreza, mas não muda nada no que diz respeito à tutela dos pobres. Como toda política de transferência de renda, não é solução para problemas nas áreas sociais que nós enfrentamos.

## **Como o profissional de saúde pode contribuir para a afirmação da seguridade social?**

Acabar com a cultura política que naturaliza a desigualdade. Pesquisas feitas em serviços hospitalares revelam o discurso que diz que o serviço público é assim mesmo. Ele não deve aceitar esse parâmetro de naturalização da injustiça, não aceitar o Q.I. (quem indica). Não deve compactuar com estas demonstrações extremamente antidemocráticas. Seu compromisso com a qualidade deve se mostrar na dedicação ao trabalho. Nenhuma empresa na área privada funciona na ausência. Isso tem a ver com a cultura do serviço público. Precisamos de medidas em prol de qualificação, produtividade, compromisso e avaliação do desempenho desses profissionais.

## **O que se espera do governo Dilma em relação à proteção social?**

Nas áreas de saúde e educação, pelo que se tem dito até agora, espera-se a exigência de melhores desempenhos. No entanto, o governo parece que ainda não descobriu a ideia de seguridade social, de acordo com o cumprimento da Constituição Federal, que exige orçamento separado, integração das áreas e a existência de um conselho. Estão na lei e deveriam ser pauta para o governo. Oxalá esta conferência consiga inserir na política o fortalecimento dessa ideia comum. 

## RELATÓRIO



# Retrato da saúde dos brasileiros



## Estudo do governo mostra como a população nasce, cresce, adoece e morre no país

Como anda a saúde do país? O relatório *Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades* responde essa pergunta. Lançado pelo Ministério da Saúde no fim de 2010, o amplo estudo, disponível na internet, revela, em 369 páginas, como nascem, crescem, adoecem e morrem os brasileiros. Em sua sexta edição, o *Saúde Brasil* foi produzido por 46 autores de diversas instituições – Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo mais seis universidades (USP, UnB, UFG, UFPE, UFRGS e UFF). Os dados vieram de sistemas nacionais de informações em saúde (SIM, Sinasc, Sinan, SIH/SUS, entre outros), pesquisas populacionais nacionais em saúde (Vigitel, Viva, Pense) e do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) 2008.

Dividido em capítulos e repleto de gráficos, o relatório aborda a saúde reprodutiva, o perfil da mortalidade no Brasil, doenças transmissíveis, panorama da violência e dos acidentes e o cenário das doenças crônicas não transmissíveis. Também existem itens especiais para malária, dengue, influenza, hanseníase e tuberculose. O relatório analisa, ainda, a epidemia de HIV/aids nos estados brasileiros e a evolução da desnutrição infantil, um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos em 2000 pela Organização das Nações Unidas.

Entre 2000 e 2008, os níveis de fecundidade caíram no Brasil. Em termos absolutos, os nascimentos passaram de 3,2 milhões em 2000 a 2,9 milhões em 2008, queda de quase 10%. A diminuição foi verificada em todas as regiões, exceto na Norte, que apresenta aumento nos nascimentos desde 2000 – entendido

pelos pesquisadores como consequência da melhoria do sistema de informação.

### FILHOS MAIS TARDE

As brasileiras têm tido filhos cada vez mais tarde, revertendo a tendência de rejuvenescimento da estrutura etária da fecundidade das décadas anteriores. A idade média das mães no momento do parto subiu de 25,1 anos, em 2000, para 25,7 anos, em 2007. O número de nascimentos entre mães dos grupos etários de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, teve redução de 93%, entre 2000 e 2008, enquanto os nascimentos entre mães com 25 a 34 anos aumentou a partir de 2003.

Apesar do movimento de elevação da idade média das mães no momento do parto, a estrutura da fecundidade para o país como um todo ainda é considerada precoce, com concentração de 20% dos nascimentos nas idades de 15 a 19 anos e de 29% nas idades de 20 a 24 anos, em 2007. Outro dado destacado no relatório é o de nascimentos entre mães com idade entre 10 e 14 anos, que permaneceu praticamente inalterado, em torno de 28 mil por ano, entre 2000 e 2007 – a região Nordeste somou 37% desses nascimentos.

A estrutura etária mais precoce verificou-se na região Norte, em 2007, com picos para idade entre 15 e 24 anos, e também a mais elevada taxa de fecundidade total do país, estimada em 2,3 filhos por mulher. A região Nordeste, com taxa de fecundidade estimada em 2,1 filhos por mulher, teve comportamento semelhante ao da região Norte, porém, com taxas inferiores para o grupo etário de 15 a 19 anos. Nas demais regiões, caminhou-se de uma estrutura de fecundidade precoce para a tardia – as taxas totais de fecundidade estimadas são inferiores a 2,0.

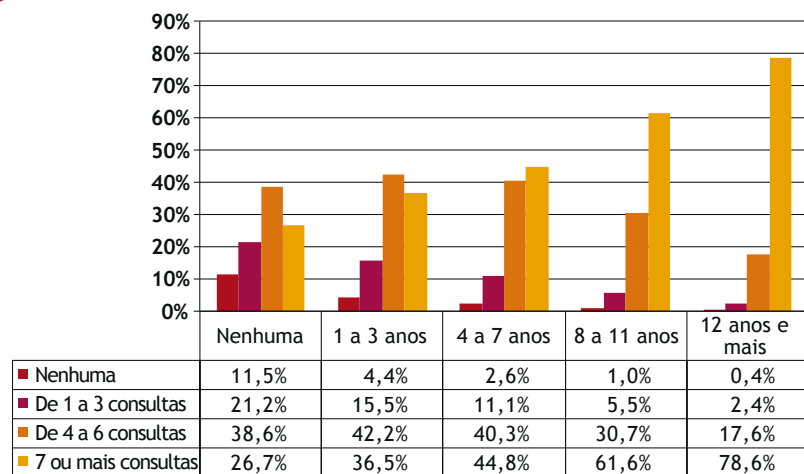
A proporção de mães que passaram por sete ou mais consultas de pré-natal aumentou de 43,7% para 55,8% entre 2000 e 2007, indicando uma melhoria na atenção à saúde materno-infantil. Contudo, esse aumento não foi uniforme entre as regiões. As desigualdades regionais tornaram-se ainda mais acentuadas nesse quesito: nas regiões Norte e Nordeste, a proporção em 2007 era de 31% e 40% de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto nas regiões Sudeste e Sul era de 69% e 72% – no Centro-Oeste, 62%.

A atenção à saúde materno-infantil também é desigual segundo a escolaridade da mãe – quanto maior a escolaridade, maior a proporção de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (Figura 1). Enquanto 79% das mães com 12 anos ou mais de estudo tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, esse percentual cai a 37% entre mães com um a três anos de estudos e a 27% para mães sem nenhum ano de estudo. Mais grave ainda: uma em cada três mães sem nenhum ano de estudo foi atendida, no máximo, três vezes para pré-natal em 2007.

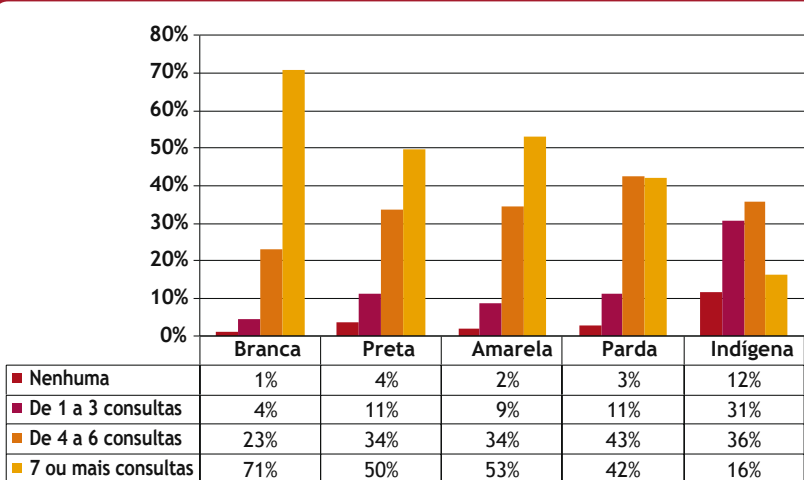
A atenção à gestante também é diferenciada segundo cor da pele do recém-nascido (Figura 2). Entre os recém-nascidos de cor branca, 71% das mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. Esse percentual cai a 50% para os recém-nascidos de cor preta e amarela e a 42% para os de cor parda. Os recém-nascidos indígenas apresentaram menor proporção de mães com sete consultas ou mais no pré-natal: apenas 16%.

Contrariando uma diretriz do ministério, que recomenda o parto natural, houve aumento no percentual de partos cesáreos de 38% para 47% entre 2000 e 2007 – tendo Sudeste, Centro-Oeste e Sul como maiores responsáveis.

A maior frequência de partos cesáreos pode ter relação com o aumento da

**FIGURA 1** Distribuição dos nascimentos (%) segundo número de consultas de pré-natal e escolaridade da mãe – Brasil, 2007

Fonte: Ministério da Saúde, Sinasc (2007).

**FIGURA 2** Distribuição dos nascimentos (%) segundo número de consultas de pré-natal e cor da pele do recém-nascido – Brasil, 2007

Fonte: Ministério da Saúde, Sinasc (2007).

proporção de nascimentos com baixo peso (menos de 2500 gramas), sugere o relatório, com base em estudos que indicam que a cesariana é fator de risco para o baixo peso ao nascer. A proporção de nascimentos com baixo peso registrou pequeno aumento, passando de 7,7% em 2000 para 8,2% em 2007 – fato que, segundo os pesquisadores, também pode estar relacionado à melhoria no preenchimento de formulários. As diferenças regionais reforçam a associação entre tipo de parto e baixo peso ao nascer. Em 2007, os menores percentuais de nascimentos com baixo peso ocorreram nas regiões de menores percentuais de partos cesáreos – Norte e Nordeste.

Em 2007, os bebês do sexo masculino superaram ligeiramente em número os do sexo feminino, na razão de 105 nascimentos masculinos para cada 100 femininos. Quanto à cor da

pele, 47% dos recém-nascidos foram declarados de cor parda, 45% de cor branca, 2% preta, 1% de indígenas e 0,2% de cor amarela.

### MUDANÇAS NO PERFIL DE MORTALIDADE

Em 2008, 1.066.842 brasileiros morreram. Quase a metade desses óbitos foi notificada na região Sudeste (47,1%). O coeficiente de mortalidade geral bruto foi de 5,60 por mil habitantes e o coeficiente de mortalidade geral padronizado (com taxas padronizadas por sexo e idade, para permitir a comparação), de 4,92 por mil habitantes.

Está em curso um processo de mudança no perfil da mortalidade do brasileiro: a proporção de óbitos por causas relacionadas a doenças crônicas e degenerativas vem aumentando em detrimento das infecciosas e parasitárias

(Figura 3). Em 2008, quase 60% dos óbitos relacionavam-se com aparelho circulatório, neoplasias (crescimento exagerado de células) e aparelho respiratório. Doenças infecciosas e parasitárias e afecções perinatais representaram 7,4% – redução de 64% em relação a 1980. Afora as nove maiores causas de óbitos, as demais doenças somavam apenas 5,1% do total.

A probabilidade de óbito foi 40% superior entre os homens, comparada à das mulheres. As curvas de mortalidade proporcional segundo sexo revelam diferenças importantes: para o Brasil e todas as regiões é evidente um pico de mortalidade entre os homens com idade entre 20 e 29 anos, não observado entre as mulheres. Isso se reflete em maior sobrevida delas e maior proporção de óbitos em idosas, em relação aos homens da mesma faixa de idade.

Em 2008, os óbitos masculinos na faixa dos 20 aos 29 anos corresponderam a 7,2% do total de óbitos de homens no Brasil – 5,8% na região Sudeste, 6,1% na Sul, 8,5% na Centro-Oeste, 9,0% na Nordeste e 11,0% na região Norte. Esse excesso de mortalidade entre os homens jovens pode ser atribuído, em grande parte, a causas externas, que incluem violência e acidentes. O coeficiente de mortalidade por causas externas foi de 66,3 óbitos por 100 mil habitantes no país, com picos nas regiões Centro-Oeste (77 óbitos por 100 mil), Nordeste (69,8 por 100 mil) e Sul (69,1 por 100 mil).

As diferenças nos padrões de mortalidade entre as regiões segundo a faixa etária também são claras. Em 2008, os óbitos de menores de cinco anos de idade corresponderam a 4,8% do total de óbitos registrados no Brasil – 3,2% na região Sul, 3,5% na Sudeste, 5,6% na Centro-Oeste e 6,5% na Nordeste, chegando a 11,2% na Norte. Os na faixa etária de 60 anos e mais corresponderam a 60,4% do total de óbitos do país – 47,7% na região Norte, 54,3% na Centro-Oeste, 58,3% na Nordeste, 62,7% na Sudeste e 63,8% na Sul.

As principais causas de óbito em 2008 foram as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, que equivaleram, respectivamente, a 9,2% e 8,9% do total de óbitos no país.

Juntas, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortes no país. Em 2007, responderam por 67,3% das causas básicas de óbito – com predomínio das doenças cardiovasculares (29,4%), câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%).

Entre 1996 e 2007, a taxa de mortalidade desse grupo caiu 17%, o equivalente a 1,4% por ano – em 1996, era de 569 óbitos por 100 mil habitantes e, em 2007, de 475 óbitos por 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade por doenças

cardiovasculares foi reduzida em 26% e a por doenças respiratórias, em 33%. Para o diabetes, a tendência se inverte: a taxa elevou-se em 10%. Em geral, essas mudanças se deram de modo semelhante entre homens e mulheres, à exceção do diabetes, em que o aumento foi maior entre eles do que entre elas. De 2006 a 2009, a prevalência de diabetes autorreferida entre homens aumentou de 4,4% para 5,3%; entre mulheres, o aumento foi mais discreto, de 5,9% para 6,2%.

A prevalência de hipertensão autorreferida cresceu de 18,4% para 21,1% entre homens e de 24,2% para 27,2% entre mulheres. A de obesidade, estimada por peso e altura referidos, também subiu em ambos os sexos, de 11,4% para 13,7% entre eles e de 11,4% para 14% entre elas.

Quanto aos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, observou-se estabilidade na prevalência de tabagismo para mulheres (12,7% em 2006 e 12,5% em 2009) e queda não significativa para homens (20,2% em 2006 para 19,0% em 2009). O sedentarismo passou de 15,1% para 16,0% entre homens, e de 11,6% para 15,3% entre mulheres. Ambos os sexos aumentaram o consumo abusivo de álcool: entre elas, a prevalência subiu de 8,2% para 10,4% e, entre eles, de 25,5% para 28,8%.

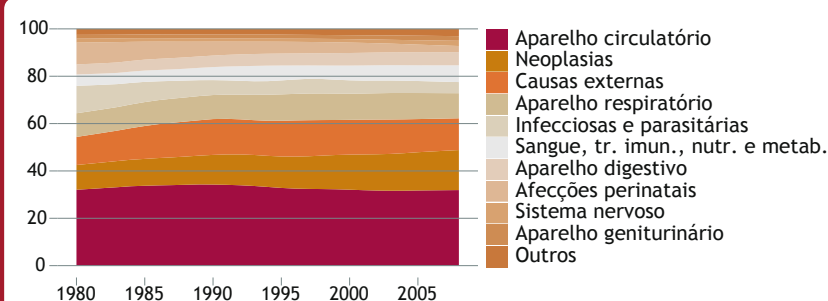
## OBJETIVOS DO MILÊNIO

Além de descrever o estado de saúde dos brasileiros, o relatório avalia os esforços do país para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). No caso da mortalidade na infância, a meta é reduzir a taxa em dois terços entre 1990 e 2015, chegando a 17,9 óbitos por mil nascidos vivos – em 2008, o Brasil registrou 22,8 óbitos por mil nascidos vivos. De 1990 (ano-base e início da série temporal para comparação da tendência de cada um dos ODM) até 2008, a taxa brasileira já foi reduzida em 58%, o equivalente a queda de 4,6% ao ano (Figura 4).

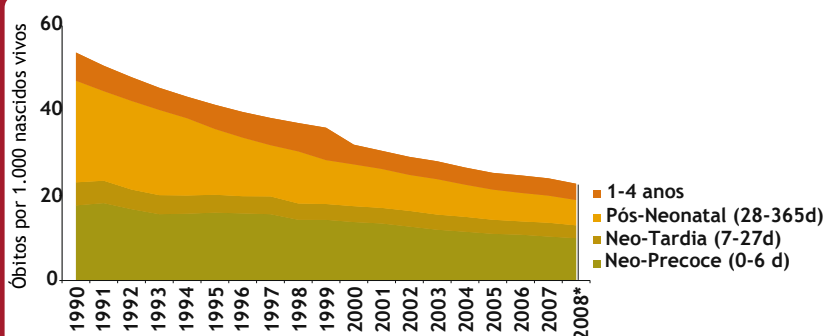
Caso a velocidade anual de redução se mantenha, essa meta será atingida pelo país antes de 2015. O relatório ressalva, porém, que no período de 2000 a 2008 houve desaceleração na queda da taxa de mortalidade. Ainda assim, uma avaliação dos ODM em 68 países prioritários realizada em 2008 mostrou que o Brasil teve a segunda maior redução da mortalidade na infância e é um dos 16 países em condições de atingir o objetivo.

A desigualdade entre regiões ainda persiste: em 1990, a mortalidade no Nordeste era 2,5 vezes maior do que no Sul; em 2008, era 2,2 vezes maior. A taxa caiu mais no Nordeste – 5,3% de 1990 a 2008, contra 4% da média de outras regiões.

**FIGURA 3** Mortalidade proporcional (%) segundo grupos de causas definidas – Brasil, 1980-2008



**FIGURA 4** Evolução da mortalidade na infância e da mortalidade infantil segundo seus componentes (por mil nascidos vivos) – Brasil, 1990-2008



Fonte: CGIAE/Dasis/SVS/MS; IBGE  
Nota: \* Dado preliminar

A redução da mortalidade materna em três quartos até 2015 é outro objetivo estabelecido pela ONU. Para atingi-lo, a razão de mortalidade materna (frequência de mortes de mulheres durante a gravidez, por aborto, no parto ou em até 42 dias após o parto, atribuídas a causas relacionadas) deve ser de 35 por 100 mil nascidos vivos. Entre 1990 e 2007, houve queda de 46% da mortalidade materna no Brasil – a razão era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990, caindo para 75 em 2007.

A queda dos níveis de mortalidade materna se deve, fundamentalmente, à redução em 56% dos óbitos por causas obstétricas diretas (que decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação), de 1990 a 2007. As causas obstétricas indiretas, por outro lado, aumentaram 33%, entre 1990 e 2000, e se mantiveram estáveis entre 2000 e 2007.

Uma conquista real do Brasil é a diminuição da desnutrição infantil, parte do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 1, de erradicar a extrema pobreza e a fome no mundo. O principal indicador do fim da fome é a prevalência de desnutrição energético-proteica em crianças menores de 5 anos. O país alcançou e ultrapassou antecipadamente a meta

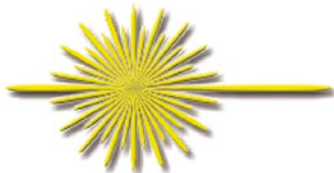
dois do ODM 1 (“proporção de crianças abaixo do peso”), para a qual era prevista a redução pela metade da prevalência de déficit de peso, de 1990 a 2015. Entre 1989 e 2006, o país reduziu esse déficit a um quarto – de 7,1% para 1,7%. O déficit de altura foi reduzido em mais da metade da prevalência de 1989 – de 19,6% para 6,8%, número considerado ainda alto.

Apesar da acentuada queda na desnutrição infantil em nível nacional, persistem as desigualdades regionais. Entre 1996 e 2006, a prevalência de baixo peso para a idade em crianças reduziu-se consideravelmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Para as demais regiões, cujos números já estavam abaixo dos 3% da população de referência, não houve variação significativa. No período, diminuíram as diferenças entre as regiões. Em 1996, as crianças desnutridas no Nordeste eram quatro vezes mais numerosas que as desnutridas no Sul; em 2006, eram 15% mais. A região Norte ainda apresenta alta prevalência de déficit de altura e de peso, as mais altas taxas do país. (Bruno Dominguez)

Acesse a íntegra do estudo em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29\\_11\\_10\\_saude\\_brasil\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29_11_10_saude_brasil_web.pdf)

## SERVIÇO

## EVENTO

**3º SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

A União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a Fiocruz e a Universidade de São Paulo organizam o 3º Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, tendo como foco a ampliação do diálogo com governo e sociedade. O evento terá como eixos Atenção Primária à Saúde na implementação das políticas sociais e do desenvolvimento sustentável com equidade; Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, sua articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde e sua territorialização em nível regional e local; Metodologias de monitoramento e avaliação: tradução do nível conceitual para as práticas e papel da inter-relação pesquisa, formação e prática nesse processo; e Diálogos conceituais em Promoção da Saúde: formação de gestores, profissionais e multiplicadores.

Data 23 a 26 de maio

Local Rio de Janeiro, RJ

**Mais informações**

Tel. (21) 2548-5141 (secretaria do evento)

E-mail [efetividade2011@metodorio.com.br](mailto:efetividade2011@metodorio.com.br)

Site [www.metodoeventosrio.com/efetividade/index.php](http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/index.php)

**8º ENCONTRO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL – HTAi**

Pela primeira vez, a América Latina sediará o encontro anual da Sociedade Internacional *Health Technology Assessment International* - HTAi, que se realizará no Rio de Janeiro. Sob o tema *Sustentabilidade dos sistemas de saúde*, a oitava edição do encontro tem como finalidade ampliar os debates sobre

a avaliação de tecnologias em saúde (ATS), bem como promover a incorporação de inovações e a alocação eficiente de recursos. As inscrições podem ser feitas mediante registro como integrante do HTAi 2011-2012. Os não integrantes poderão participar das atividades pré-conferência que incluem workshops, simpósios satélites e minicursos.

Data 25 e 26 de junho (pré-conferência) e 27 a 29 de junho (conferência)

Local Rio de Janeiro, RJ

**Mais informações**

Tel. (21) 2215.4476 (secretaria executiva)

E-mail [info@htai2011.org](mailto:info@htai2011.org)

Site [www.htai2011.org](http://www.htai2011.org)

## INTERNET

**BIODIVERSIDADE PARA ADOLESCENTES**


**Insetos:** *Uma aventura pela Biodiversidade*, livro de Jane Costa, Carlos Eduardo Almeida, Márcio Félix e Nicolau Maués Serra Freire, tem como objetivo atrair a curiosidade dos jovens, principalmente, alunos do Ensino Médio, e motivá-los a buscar mais conhecimentos na área ambiental. A publicação foi lançada pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), por ocasião do Ano Internacional da Biodiversidade, comemorado em 2010, e tem visual colorido e vibrante, para atrair os jovens. A obra, com acesso livre e gratuito e que em breve terá sua versão em inglês, está disponível em [www.ioc.fiocruz.br/livroinsetos](http://www.ioc.fiocruz.br/livroinsetos).



mais gerais da Reforma Psiquiátrica em curso no país e a necessidade da participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social. O relatório buscou dar conta das mais de 1.500 propostas apresentadas à plenária final, expressando as recomendações dos atores do campo da saúde mental e da intersectorialidade para a temática no SUS. A 4ª CNSM-I foi realizada de 27 de junho a 1º de julho de 2010, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília (Radis 97). O relatório pode ser acessado no endereço [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/relatorio/21\\_jan\\_relfinal\\_iv\\_cnsmi.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/21_jan_relfinal_iv_cnsmi.pdf).


**PUBLICAÇÃO**

**CONHECIMENTO CIENTÍFICO**

*História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, volume 17, número 4 (out/dez, 2010), editado pela Casa de Oswaldo Cruz, traz entre seus artigos o texto *O acesso livre à produção acadêmica como subsídio para políticas públicas: um exercício sobre o Banco de Teses da Capes*, de Teresa da Silva Rosa e Maria José Carneiro. O trabalho mapeia o que se conhece sobre a contribuição da agricultura na conservação da biodiversidade, põe em pauta o acesso ao conhecimento científico, como forma de informar e validar posições na construção de políticas públicas, e faz uma leitura crítica do acesso às informações do Portal de Periódicos da Capes. Versão online disponível em [www.scielo.br/hcsm](http://www.scielo.br/hcsm) e em [www.coc.fiocruz.br/hscience](http://www.coc.fiocruz.br/hscience). 

## PUBLICAÇÃO

## CONHECIMENTO CIENTÍFICO

*História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, volume 17, número 4 (out/dez, 2010), editado pela Casa de Oswaldo Cruz, traz entre seus artigos o texto *O acesso livre à produção acadêmica como subsídio para políticas públicas: um exercício sobre o Banco de Teses da Capes*, de Teresa da Silva Rosa e Maria José Carneiro. O trabalho mapeia o que se conhece sobre a contribuição da agricultura na conservação da biodiversidade, põe em pauta o acesso ao conhecimento científico, como forma de informar e validar posições na construção de políticas públicas, e faz uma leitura crítica do acesso às informações do Portal de Periódicos da Capes. Versão online disponível em [www.scielo.br/hcsm](http://www.scielo.br/hcsm) e em [www.coc.fiocruz.br/hscience](http://www.coc.fiocruz.br/hscience). 

**4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: RELATÓRIO FINAL**

O relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (CNSM-I) está disponível no site do Conselho Nacional de Saúde ([conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br)).

O documento reafirma os princípios

**Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)**

Tel. (21) 2209-4111

Email [hscience@coc.fiocruz.br](mailto:hscience@coc.fiocruz.br)

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



PÓS-TUDO

# Risco climático, saúde humana e convenção do clima

Martha Macedo de Lima Barata\*

Os avanços científicos realizados sobre mudanças climáticas e ambientais globais se intensificaram ao longo da segunda metade do século 20. O Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC), que reúne cientistas do mundo, revisa os resultados em literatura especializada e, após criteriosa avaliação, os consolida a cada cinco anos em Relatórios de Avaliação (AR). Estes subsidiaram os trabalhos da Convenção-Quadro das Nações Unidas para Mudança do Clima (UNFCC) e apóiam as negociações realizadas na Conferência das Partes (COP), que se realiza periodicamente no âmbito da Convenção. O objetivo principal é estabilizar a concentração de Gases Contribuintes para o Efeito Estufa (GEE) na atmosfera em nível seguro.

Há consenso entre os representantes dos países membros da UNFCC quanto à necessidade de estabelecer um acordo que possibilite: 1) combater a Mudança do Clima (MC) através da cooperação em longo prazo, considerando os resultados dos estudos científicos apresentados no IPCC; 2) respeitar o princípio da equidade, a responsabilidade e a capacidade diferenciadas dos países, a necessária erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável global; 3) implantar ações de adaptação, isto é, iniciativas e medidas para reduzir a vulnerabilidade da população e dos ecossistemas aos efeitos da MC 4) definir mecanismos para prover adequado, previsível e sustentável recurso financeiro, tecnológico e de capacitação para apoiar a implementação de ações e tecnologias de mitigação de GEE e adaptação à MC.

A COP-16, realizada em novembro de 2010, em Cancún, no México, se iniciou em ambiente de baixa expectativa de êxito. Avanços nas negociações contribuíram para que a reunião fosse encerrada com um documento que apresenta possibilidades de acordo entre as partes para a redução das emissões, a ser deliberado na COP-17, em Durban, África do Sul, em novembro de 2011.

Entre os avanços alcançados, destacam-se: a definição de aspectos técnicos que possibilitem o incentivo à preservação de grandes florestas, denominado REDD (redução de emissões por desmatamento e degradação) e a ênfase dada à contribuição ao desenvolvimento sustentável global, nomeadamente, através da transferência de tecnologia e de estratégias de mitigação, que integrem cobenefícios.


O artigo 1 da UNFCC trata das mudanças do clima que afetam os ecossistemas e têm efeitos danosos significativos sobre os sistemas socioeconômicos e a saúde humana. Mas este não foi um tema relevante em negociações passadas. Já na COP-16, foram organizados eventos paralelos com o objetivo de intensificar o debate acerca dos impactos da MC sobre a saúde humana, bem como de definir estratégias para incorporá-los nas soluções propostas no âmbito das negociações. Paralelamente, foi encaminhado aos negociadores documento sobre a relevância de inserção do tema no documentação oficial. Mesmo não tendo sido explicitamente inserido no acordo final, o debate em torno dos impactos da MC e os cobenefícios que tecnologias e estratégias de mitigação e adaptação podem exercer sobre a saúde humana foi relevante.

Sabe-se que o custo de estabilizar o clima é significativo, mas controlável. A demora pode ser danosa e mais onerosa (Stern, 2006)<sup>1</sup>. Ainda há muito trabalho a ser feito de apoio aos negociadores, que atuam considerando os interesses dos respectivos países, muitas vezes, sem a visão de longo prazo. Destaca-se aqui a necessária intensificação de estudos e interlocução que mostrem claramente os riscos das mudanças climáticas para a saúde humana e as vantagens que os países podem ter na adoção de medidas preventivas.

No Brasil, o Ministério da Saúde está envolvido, desde 2008, na formulação do Plano e da Política Nacional de Mudança do Clima (PNMC) e elaborou o plano especializado para o Setor Saúde (PNMC-Saúde), respeitando as necessidades específicas do setor. Ele tem por objetivo apontar diretrizes para o desenvolvi-

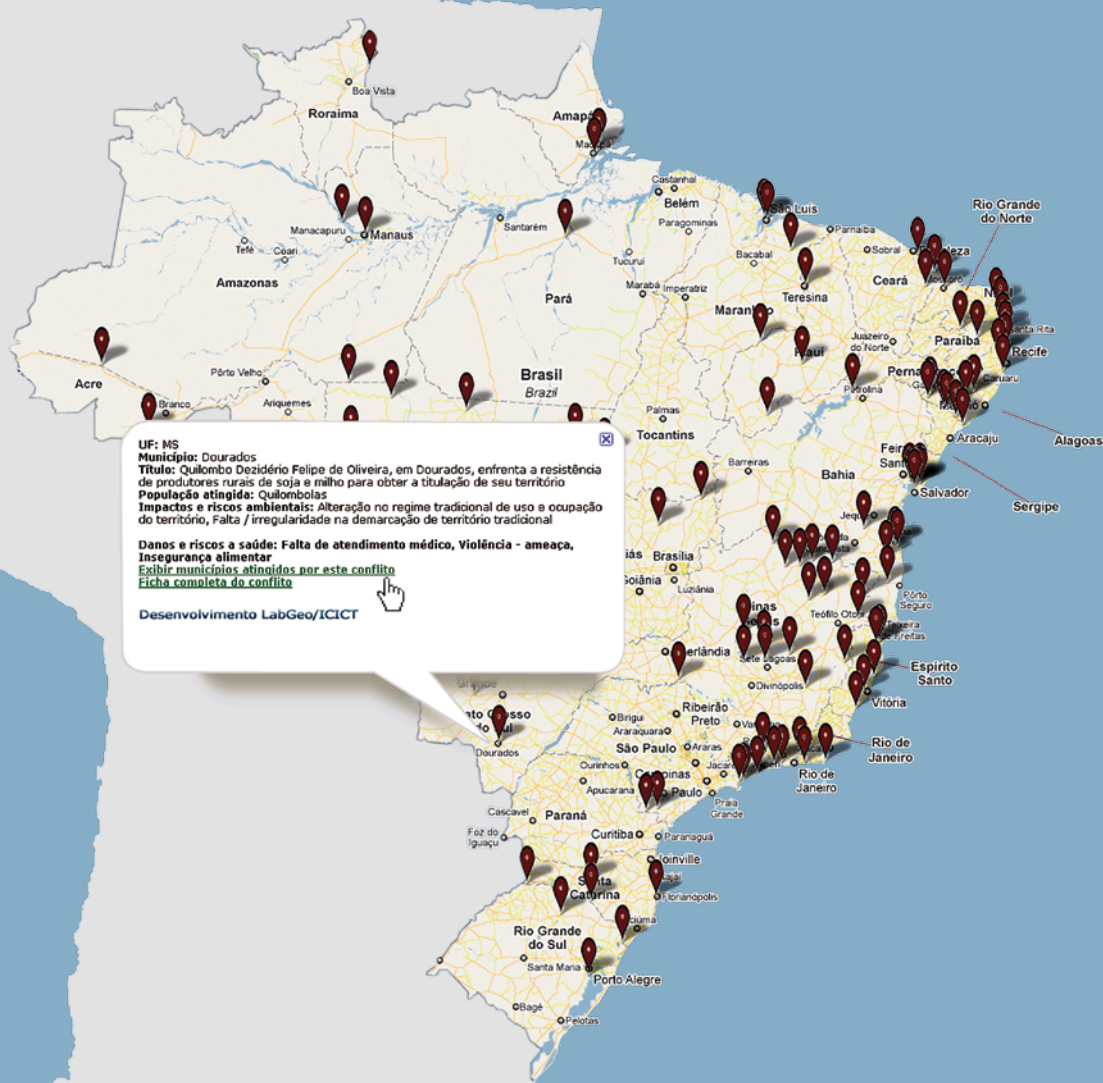
mento de ações voltadas à mitigação, à adaptação, à criação de instrumentos e ferramentas, à pesquisa e à capacitação e divulgação para a atuação do setor saúde frente às mudanças climáticas.

No âmbito da Fiocruz, a linha de pesquisa *Mudança Climática e Vulnerabilidades Socioambientais de grande parcela da população, sobretudo os pobres* foi definida como prioritária, contribuindo com as ações do ministério. Neste contexto, o Programa Institucional de Saúde e Ambiente da Fiocruz mantém como um de seus eixos estratégicos o tema *Mudança Climática e Saúde*. A ele estão vinculados o Observatório do Clima e o Centro de Gestão do Conhecimento na Prevenção e Redução de Desastres, que pretendem subsidiar o conhecimento científico e as estratégias de prevenção, monitoramento e controle social da saúde da população brasileira em longo prazo. Adicionalmente, pesquisadores da Fiocruz apoiam a elaboração e aplicação da PNMCSaúde, a Política Nacional de Defesa Civil e a Comunicação Nacional elaborada pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, entre outros.

Conclui-se que, face aos novos cenários climáticos, para que as ações de prevenção e adaptação sejam efetivamente implantadas, é imperativo que o conhecimento científico acerca dos impactos das mudanças climáticas sobre a saúde da população da cidade seja ampliado e divulgado. Ênfase deve ser dada aos mais diversos aspectos de agravo da mudança do clima na poluição, para os riscos de acidentes/incidentes que podem agravar a saúde humana e para as condições de pobreza, bem como para as soluções tecnológicas e de logística que contribuem para a mitigação, adaptação e melhoria da qualidade de vida população. 

\* Assessora para assuntos estratégicos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), foi representante da Fiocruz e integrou o grupo do Ministério da Saúde na COP-16, em Cancún.  
<sup>1</sup> Stern, N. *Review on the Economics of Climate Change*. Cambridge Univ. Press, Cambridge, UK, 2006.

# Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde



## Navegue, conheça e colabore

[www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br](http://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br)

O objetivo do Mapa da Injustiça Ambiental, criado pela Fiocruz em parceria com a Fase, é dar visibilidade às lutas e demandas das populações atingidas por projetos, políticas e empreendimentos econômicos que geram situações de risco à saúde e aos direitos humanos.

O mapa é colaborativo e tem como foco o ponto de vista dessas populações.

Você pode colaborar avaliando os conflitos já incluídos no mapa, sugerindo novas informações e apontando a existência de casos semelhantes no município onde vive. Sempre pelo Fale Conosco do site.